



**Descentralização na organização e gestão do  
Serviço Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários  
em Portugal Continental**

**Tese para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública  
Especialidade de Políticas, Gestão e Administração de Saúde**

**Patrícia Alexandra Antunes Barbosa**

**Julho 2018**



**Descentralização na organização e gestão do  
Serviço Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários  
em Portugal Continental**

**Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do  
grau de Doutor em Saúde Pública, na especialidade de Políticas, Gestão e  
Administração em Saúde, realizada sob a orientação científica de:**

**Professor Doutor Constantino Sakellarides**

**Professora Doutora Ana Escoval**

**Dr Victor Ramos**

**2ª Edição do Novo Programa de Doutoramento  
em Saúde Pública da Escola Nacional de  
Saúde Pública**

**Julho de 2018**



*Ao Pai e à avó Isaura,  
a quem este Doutorado roubou muitas horas da minha companhia,  
sem poder imaginar que seriam as últimas...*



## AGRADECIMENTOS

*Aos meus orientadores, Constantino Sakellarides, Ana Escoval e Víctor Ramos, pelo apoio, pelas oportunidades ao longo destes anos e por não me terem deixado desistir. Tenho tanto para vos agradecer, que uma página não seria suficiente.*

*Ao A. Maciel Barbosa, pela revisão minuciosa e pelos comentários honestos, mesmo quando eu já não queria ouvir mais nada.*

*A todos os que contribuíram para a recolha de dados e para o rigor metodológico: António Branco, Armando Brito de Sá, Luis Pisco, Luis Marquês (in memoriam) , José Robalo, Bernardo Vilas Boas, António Correia de Campos, André Biscaia, Paula Lobato Faria, Ana Escoval, Luís Lapão, Cristina Correia, Henrique Botelho, Rui Monteiro, Victor Ramos, Alcindo Maciel Barbosa, João Rodrigues, José Luis Biscaia, Celeste Gonçalves, Berta Nunes, António Rodrigues, Isabel Abreu, Joana Alves e Ana Patrícia Marques; aos diretores executivos e coordenadores das USF que responderam ao questionário.*

*À USFAN, em especial Bernardo Vilas Boas e João Rodrigues, mas também à Sancha Frazão e ao André Silva, pelo apoio que me deram sempre que a eles recorri.*

*À CNCSP (Alcindo Maciel Barbosa, Álvaro Pereira, Carlos Nunes, Henrique Botelho, José Luís Biscaia e Manuel Oliveira), por tudo o que me têm ensinado e por ser tão bom trabalhar com pessoas que não deixam que a seriedade daquilo que fazem os impeça de trabalhar num clima de boa disposição e companheirismo (e por me terem dado cabo da cabeça, tantas vezes quantas me perguntaram “então é a tese?”). A Adalberto Campos Fernandes, Fernando Araújo e Jaime Alves, por me permitirem continuar a “mergulhar” nos cuidados de saúde primários.*

*Aos colegas da ENSP, aos do curso e aos de trabalho: todas as ajudas foram preciosas: quem reserva salas, quem tira fotocópias, os que atendem telefones e passam recados, quem distribui material e correio, quem resolve questões de serviço, quem ajuda nas pesquisas e referências bibliográficas, quem nos ensina, quem está lá para discutir aspetos metodológicos e os que mesmo que pensem que não têm competência para ajudar um doutorando, ajudam-nos que seja com a disponibilidade para ouvir.*

*Neste período, mais duro do que alguma vez imaginei, foram particularmente importantes, por terem partilhado comigo as dificuldades quotidianas de quem tem a ousadia de trabalhar a tempo inteiro e ainda querer desenvolver projetos e ter vida: Ana Tito Lívio, Ana Isabel Santos, Débora Miranda, Sofia Ribeiro, Rui Guimarães, Marta Salavisa, Gianina Scripcaru, Marta Cerqueira, Amanda Fehn, Ana Marques da Silva, André Peralta, Nuno Lopes, Vanessa Ribeiro, Filipe Froes, Andreia Silva, Miguel Arriaga e Pedro Moreira – cada um de vós tem um papel especial na minha vida, que quero preservar para sempre.*

*Ao Rui e à minha família pela paciência e por não exigirem de mim mais do que posso dar.*





## ÍNDICE

Agradecimentos .....	vii
Índice .....	ix
Índice de Quadros .....	xi
Índice de Figuras .....	xiii
Lista de Siglas e Acrónimos .....	xvi
Resumo.....	19
Introdução.....	27
Metodologia .....	33
Fundamentação .....	39
Enquadramento conceptual.....	43
Estudo I. Descentralização no SNS e na reforma dos Cuidados de Saúde Primários.....	79
Introdução.....	79
Objetivos .....	79
Metodologia .....	80
Resultados .....	82
Discussão e conclusões .....	132
Estudo II. Determinantes da descentralização: principais obstáculos e oportunidades na reforma dos CSP .....	149
Introdução.....	149
Objetivos .....	150
Metodologia .....	150
Resultados .....	155
Discussão e conclusões .....	204
Estudo III. Estudo de Caso – Movimento associativo das equipas multidisciplinares de CSP: O caso da USFAN.....	211
Introdução.....	211
Objetivos .....	213
Metodologia .....	213
Resultados .....	215
Discussão e conclusões .....	268
Conclusões gerais e recomendações .....	275
Referências bibliográficas .....	289



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Delineamento das amostras a utilizar de acordo com as técnicas utilizadas .....	37
Quadro 2. Resultados da pesquisa relativa a teses de doutoramento nas áreas científicas selecionadas .....	40
Quadro 3. Nível de responsabilidade nas funções inerentes às formas de descentralização ....	47
Quadro 4. Resumo das vantagens da descentralização no setor da saúde, encontradas na literatura.....	53
Quadro 5. Principais reformas dos últimos anos na administração pública portuguesa .....	60
Quadro 6. Princípios do <i>New Public Management</i> (nova gestão pública).....	62
Quadro 7. Descentralização da administração na Constituição da República Portuguesa .....	64
Quadro 8. Cobertura populacional dos centros de saúde, em 2005 .....	104
Quadro 9. Recursos humanos nos centros de saúde, em 2005 .....	105
Quadro 10. Principais características das reformas da saúde dos anos 70, 80 e 90, em Portugal .....	106
Quadro 11. Principais aspetos das reformas da década de 90 .....	107
Quadro 12. Principais características da reforma dos cuidados de saúde primários e unidades funcionais dos ACeS .....	113
Quadro 13. Sistematização das tendências descentralizadoras nos diplomas legais relativos aos cuidados de saúde primários .....	124
Quadro 14. Sistematização dos determinantes da descentralização .....	159
Quadro 15. Fatores que condicionam as medidas promotoras da descentralização e autonomia de gestão nos cuidados de saúde primários .....	162
Quadro 16. Alterações úteis à autonomia dos ACeS, no ponto de vista dos entrevistados.....	163
Quadro 17. Medidas promotoras da autonomia de gestão nos cuidados primários .....	164
Quadro 18. Possíveis consequências de uma limitação de autonomia nos cuidados de saúde primários .....	165
Quadro 19. Instrumentos de apoio à gestão descentralizada nos CSP.....	166
Quadro 20. Mais valias de um nível ótimo de descentralização e autonomia nos ACeS .....	166
Quadro 21. Perceções quanto ao tipo de autonomia essencial e não essencial ao ideal funcionamento de um ACeS.....	169
Quadro 22. Comentários adicionais, dos diretores executivos.....	179
Quadro 23. Perceções quanto ao tipo de autonomia essencial e não essencial ao ideal funcionamento de um ACeS.....	181
Quadro 24. Perceção dos coordenadores das USF relativamente às decisões que devem passar da ARS para o ACeS .....	182
Quadro 25. Algumas percepção dos coordenadores das USF relativamente à influência do nível de autonomia existente, no funcionamento das USF .....	183
Quadro 26. Comentários dos coordenadores das USF para justificar porque não existe contrato-programa.....	187
Quadro 27. Evolução do número de sócios ativos da USFAN .....	249
Quadro 28. Aspetos identificados como positivos relativos à reforma dos CSP presentes nos discursos do presidente da direção, nos Encontros Nacionais da USFAN .....	252

Quadro 29. Aspetos identificados como negativos relativos à reforma dos CSP presentes nos discursos do presidente da direção, nos Encontros Nacionais da USFAN .....	253
Quadro 30. Taxas de resposta ao estudo “Momento actual da reforma dos CSP” .....	259
Quadro 31. Evolução dos problemas considerados mais relevantes nas edições do estudo “Momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal” .....	262
Quadro 32. Exemplo de grelha de resultados de análise de <i>stakeholders</i> .....	283
Quadro 33. Análise à descentralização .....	287

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organização do trabalho .....	31
Figura 2. Modelo de análise .....	42
Figura 3. Processo, finalidades e modalidades de descentralização .....	48
Figura 6. Sistematização das formas da administração pública portuguesa .....	57
Figura 7. Sistematização dos conceitos relacionados com a administração pública portuguesa .....	59
Figura 8. Organograma do Ministério da Saúde .....	67
Figura 9. Modelo tradicional do sistema de saúde e do SNS .....	72
Figura 10. Modelo do sistema e SNS com introdução de inteligência estratégica na governação da saúde .....	73
Figura 11. Aspetos mais importantes da evolução do SNS e dos CSP e seu contexto .....	74
Figura 12. Financiamento dos cuidados de saúde em Portugal.....	83
Figura 13. Dimensões dos cuidados de saúde primários .....	85
Figura 14. Diferentes modos de ver os cuidados de saúde primários .....	86
Figura 15. Posicionamento de Portugal quanto aos indicadores relacionados com a estrutura dos cuidados de saúde primários.....	87
Figura 16. Posicionamento de Portugal quanto aos indicadores relacionados com “processo” nos cuidados de saúde primários (acessibilidade, coordenação e abrangência) .....	88
Figura 17. Posicionamento de Portugal tendo em conta a combinação dos indicadores da dimensão “estrutura” .....	89
Figura 18. Orientação dos sistemas de saúde para os cuidados de saúde primários.....	89
Figura 19. Diferentes origens das instituições de saúde, na década de 70 .....	93
Figura 20. Dispersão de serviços de saúde, no início da década de 80 .....	96
Figura 21. Equilíbrio entre as abordagens <i>top-down</i> e <i>bottom-up</i> na reforma dos CSP .....	102
Figura 23. Evolução da filosofia das reformas dos cuidados de saúde primários, antes e depois de 1996.....	108
Figura 24. Áreas de intervenção da MCSP .....	109
Figura 25. Organização tradicional dos cuidados de saúde primários.....	111
Figura 26. Novo modelo organizacional dos cuidados de saúde primários, após 2005 .....	111
Figura 27. Unidades funcionais dos ACeS .....	112
Figura 29. Processo de reestruturação dos cuidados de saúde primários .....	116
Figura 31. Modelo de descentralização da gestão.....	119
Figura 32. Estratégia de descentralização da reforma.....	129
Figura 33. Abordagem <i>bottom-up</i> .....	130
Figura 34. Estratégia <i>top-down</i> e <i>bottom-up</i> .....	131
Figura 35. Sistematização dos determinantes da descentralização .....	156
Figura 36. Principais resistências à descentralização.....	156
Figura 37. Taxa de resposta distribuída por ARS.....	168
Figura 38. O que faria o diretor executivo, em caso de avaria de uma impressora .....	170

Figura 39. O que faria o diretor executivo, em caso de necessidade de passar um enfermeiro de uma unidade funcional para outra.....	171
Figura 40. Necessidade do diretor executivo solicitar autorização à ARS para representar o ACeS em reunião externa e para participar em estudos de investigação .....	171
Figura 41. Como procederia o diretor executivo, em caso de necessitar de distribuir espaços físicos e/ou equipas.....	172
Figura 42. Existência de contrato-programa estabelecido entre o ACeS e a ARS, nos moldes estabelecidos no artigo 39º do decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro .....	173
Figura 43. Opinião quanto às medidas que podem contribuir para melhorar a situação dos cuidados de saúde primários e contribuir para o seu desempenho.....	176
Figura 44. Opinião quanto às perspetivas de futuro dos cuidados de saúde primários.....	178
Figura 45. Taxa de resposta distribuída por ARS.....	180
Figura 46. Perceção dos coordenadores das USF relativamente à influência do nível de autonomia do ACeS no funcionamento das USF .....	182
Figura 47. Perceção dos coordenadores das USF relativamente ao modo como procederia o diretor executivo, caso avariasse uma impressora .....	184
Figura 48. Perceção dos coordenadores das USF relativamente ao modo como procederia o diretor executivo, caso fosse necessário passar um enfermeiro de uma unidade para outra. ....	185
Figura 49. Perceção dos coordenadores das USF relativamente ao modo como procederia o diretor executivo, caso fosse necessária a distribuição de equipas e/ou de espaços físicos ...	185
Figura 50. Perceção dos coordenadores das USF relativamente à existência de contrato-programa celebrado entre o ACeS e a ARS .....	186
Figura 51. Opinião quanto aos instrumentos de gestão úteis para implementar um modelo de gestão descentralizado .....	189
Figura 52. Estratégia de descentralização da reforma e instrumentos disponíveis .....	191
Figura 53. Modelo tradicional vertical da administração pública.....	192
Figura 54. Tipos de informação contida num sistema de informação de saúde .....	194
Figura 55. Modelo inovador de “descongelamento da periferia” .....	203
Figura 56. Modelo de análise do estudo III .....	212
Figura 4. Fases de uma análise de <i>stakeholders</i> .....	216
Figura 58. Lideranças nos cuidados de saúde primários.....	218
Figura 59. Principais aspetos do programa de desenvolvimento de competências para líderes locais, promovido pelo serviço nacional de saúde (NHS) da Escócia.....	219
Figura 57. Apresentação dos resultados do estudo de caso à USFAN .....	220
Figura 60. Pilares para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, na publicação “7x7” .....	238
Figura 61. Pilares essenciais do BIUSF.....	241
Figura 62. Matriz de dados do BIUSF .....	242
Figura 63. Excerto do Relatório de Metodologia de Contratualização para os CSP, da ACSS, onde é reconhecido o BIUSF .....	245
Figura 64. Página inicial do BICSP.....	246
Figura 65. Evolução do número de unidades funcionais dos cuidados de saúde primários ....	255
Figura 66. Percentagem de população residente coberta por UCC e USF.....	255

Figura 67. Composição tipo dos ACeS .....	256
Figura 68. Evolução da taxa de cobertura e adesão do rastreio do cancro da mama .....	257
Figura 69. Evolução da taxa de cobertura e adesão do rastreio do colo do útero .....	257
Figura 70. Evolução da o número de convidados e rastreados no âmbito do cancro do cólon e reto .....	258
Figura 71. Evolução do número de rastreados – retinopatia diabética .....	258
Figura 72. Novas USF por ano e por modelo .....	260
Figura 73. Evolução da satisfação dos coordenadores de USF .....	260
Figura 74. Visão Nacional do IDG .....	265
Figura 75. Visão nacional da matriz multidimensional do IDG .....	265
Figura 76. Prioridades estratégias presentes na publicação “7x7”, USFAN .....	266
Figura 77. Ferramenta de gestão de recursos humanos nos cuidados de saúde primários .....	267
Figura 78. Processo de desenho e implementação de políticas .....	284
Figura 79. Ferramentas para políticas adaptativas .....	286

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamento de centros de saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSS	Administrações Distritais de Serviços de Saúde
APDH	Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
ARS	Administração Regional de Saúde
BICSP	Business Intelligence dos cuidados de saúde primários
BIUSF	Business Intelligence das unidades de saúde familiar
CAF	Curso Avançado de Formação
CNCSP	Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área dos CSP
CRESAP	Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DE	Diretor Executivo
DGERT	Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho
DGS	Direção Geral da Saúde
DN	Despacho Normativo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERA	Equipa Regional de Apoio
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GANEC	Gabinete de Avaliação Económica da Universidade Nova de Lisboa
GCERCSP	Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
GTDCSP	Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários
IDG	Índice de desempenho global
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACES	Programa de Formação em Gestão e Liderança para Gestores de Cuidados de Saúde Primários
PAUF	Plano de ação das unidades funcionais
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Parceria Público – Privada
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PREMAC	Plano de Redução e Melhoria da Administração Central
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RH	Recursos humanos
RIS	Rede Informática da Saúde
RRE	Regime Remuneratório Experimental
SA	Sociedade Anónima
SI	Sistema de Informação
SIARS	Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USFAN	Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública







### Introdução

A partir de 1970, começou a delinear-se uma tendência de transformação nos sistemas de saúde, no sentido de se centrarem nos “cuidados de saúde primários”, que permitisse um afastamento progressivo do hospital-centrismo. Portugal tem sido pioneiro nesta matéria: primeiro, com a criação dos centros de saúde, em 1971 e posteriormente, em 1979, com o desenho e implementação de Serviço Nacional de Saúde (SNS); segundo, com a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) (1999 e 2005), através de um processo igualmente inovador no contexto europeu.

A reforma dos CSP tem sido considerada essencial para a qualificação e sustentabilidade do SNS. Tem contribuído para a renovação do interesse de parte importante da população portuguesa pelo SNS, que ao longo dos anos tinha vindo a afastar-se dos centros de saúde tradicionais. Um dos seus principais objetivos foi a descentralização da gestão do SNS, especificamente nos agrupamentos de centros de saúde (ACeS): capacidade de tomar decisões no nível local, com um nível adequado de autonomia funcional, administrativa e financeira.

No decurso dos últimos anos os profissionais dos CSP, nas apreciações que têm tornado públicas sobre a reforma dos cuidados primários, repetem insistentemente a ideia de que um dos aspetos onde os progressos observados são diminutos, é exatamente o da descentralização efetiva da gestão dos ACeS. Sublinham, também, que esta limitação coloca em risco de retrocesso os progressos alcançados com a reforma. Apesar disso e de toda a bibliografia existente sobre a reforma dos cuidados de saúde primários, não está disponível nenhuma análise sistemática da evolução deste processo de transformação do SNS, focado sobre o desafio da descentralização na gestão nos CSP.

### Objetivos, metodologia e principais resultados dos três estudos

Neste contexto, o objetivo da primeira componente desta tese, **Estudo I**, pode resumir-se da seguinte forma: elaborar uma análise detalhada da reforma dos CSP, no sentido de identificar e analisar os aspetos associados à descentralização das decisões neste setor. Este estudo baseou-se em conteúdos documentais: revisão da literatura pertinente sobre a reforma dos CSP, uma análise aos documentos produzidos no âmbito da reforma (pela Unidade de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - MCSP e grupos técnicos anteriores e posteriores a esta) e também por uma revisão da legislação sobre CSP desde a sua criação até 2008, com a constituição dos ACeS.

Esta análise permitiu constatar que: i) o objetivo da descentralização tem sido reiteradamente expresso nos documentos orientadores da reforma e na respetiva legislação, ii) a constituição dos ACeS foi explicitamente justificada para possibilitar a descentralização da gestão, iii) o

processo de contratualização seria o veículo privilegiado para assegurar a descentralização dos ACeS face às ARS; iv) as experiências de descentralização da gestão a nível hospitalar, primeiro com o novo estatuto, depois com os hospitais SA (sociedade anónima) e posteriormente com os hospitais EPE (entidade pública empresarial), não tiveram correspondência nos CSP; e v) os profissionais e as organizações de saúde têm manifestado as suas posições, quer através do estudo anual “Momento atual da reforma”, quer em outras publicações, declarando que o objetivo expresso da descentralização na gestão dos ACeS não teve lugar.

Tendo-se concluído pela dissonância entre os objetivos normativos e o seu efeito prático na descentralização dos ACeS na reforma dos CSP, pareceu oportuno procurar esclarecer os principais fatores que conduziram a esta dissonância e também as eventuais oportunidades para ultrapassar as dificuldades identificadas. Este foi o objetivo do **Estudo II**. A abordagem metodológica adotada, teve como ponto de partida uma revisão de literatura para identificar os principais determinantes dos processos de descentralização nos sistemas de saúde. Foram realizadas 19 entrevistas exploratórias, com o intuito de recolher informação junto dos profissionais dos cuidados primários, dos líderes das ARS, ex-diretores executivos de ACeS, juristas e gestores com experiência na área da contratualização em cuidados de saúde primários.

Os resultados das entrevistas apontaram como principais determinantes da descentralização da gestão nos ACeS os seguintes: i) modelo centralizado e burocrático da administração pública, pouco sensível às especificidades do setor da saúde, com fraca adesão aos instrumentos de gestão e avaliação do desempenho e método de seleção das lideranças (por nomeação); ii) aspetos políticos: ciclos curtos e sem políticas adaptativas que permitam a gestão da mudança; iii) interesses particulares e institucionais: captura do poder, interesses comerciais e posição defensiva por parte das autoridades de saúde; iv) aspetos financeiros: usência de recursos financeiros específicos para o processo de descentralização e receio de despesas de duplicação de cargos dirigentes e v) fragilidades em competências de gestão nos vários níveis do SNS e descrença nas capacidades dos prestadores de cuidados e das pessoas que assumem os cargos (ACeS e ARS). Aplicou-se ainda um inquérito por questionário, de administração direta através de uma plataforma online (Limesurvey), aos coordenadores de USF (412 USF e taxa de resposta de 49.3%) e diretores executivos dos ACeS (52, com uma taxa de resposta de 44.2%). Os resultados destacaram a inexistência de autonomia financeira (82.6% afirmaram existir pouca ou nenhuma autonomia financeira), assim como a dependência das ARS para decisões de gestão diária, como a reparação de equipamentos de utilização corrente (47.8% encaminharia o pedido para a ARS).

Foi possível concluir que: a conceção da reforma dos CSP introduziu aspetos inovadores na organização e gestão do SNS, promovendo a superação da lógica de comando-e-controle própria da administração tradicional, no sentido de uma maior “autonomia com

responsabilidade” das periferias locais do SNS. Isso fez-se por quatro vias distintas: i) processo de “auto-organização” das unidades funcionais e da escolha dos seus coordenadores; ii) a adoção de um modelo de remuneração associado ao desempenho; iii) o início de um processo de contratualização e iv) o papel desempenhado pelas lideranças locais no desenho e implementação da reforma.

No entanto, esta nova lógica encontrou sérias dificuldades (fatores externos e internos ao sistema de saúde) no seio da administração pública da saúde. Como fatores externos, apontam-se os seguintes: os vários órgãos dos Estado com influência na administração pública, ofereceram desde o início resistência ao afastamento dos cânones tradicionais da administração pública portuguesa. Já nos fatores internos realçam-se: o impulso transformador que permeou a reforma dos CSP não teve correspondência no conjunto da organização e gestão do SNS: não passou das unidades funcionais para os ACeS e a nível regional continuou a praticar-se uma gestão de comando-e-controle. O registo cultural desta reforma isolou-se do resto do SNS.

Numa reforma com esta complexidade e importância para o SNS, seria de esperar que a tutela procedesse a um acompanhamento contínuo dos resultados, de modo a poder argumentar a favor ou em desfavor das inovações introduzidas na gestão do SNS e aprofundá-las sempre que fora caso disso. Exceto algumas circunstâncias episódicas, esse acompanhamento não teve lugar. Esse papel acabou por ser de alguma forma assumido por um novo ator social na saúde, de natureza não-governamental e associativo multiprofissional: a Associação Nacional das USF (USFAN).

A originalidade e a importância deste novo polo de influência na reforma dos CSP, justificou que se lhe prestasse uma atenção especial. Importou compreender os fatores que facilitaram o desenvolvimento desta associação e proceder a um exercício de sistematização sobre os seus principais dispositivos de influência. Estes foram os principais objetivos do **Estudo III**, um “estudo de caso”, para o qual contribuíram a análise aos documentos oficiais da USFAN, publicações e discursos do presidente relativos aos 9 encontros nacionais realizados entre 2009 e 2017 e conteúdos resultantes das análises às entrevistas exploratórias realizadas para o Estudo II.

Esta análise permitiu identificar o papel de alguma influência que a USFAN tem desempenhado na promoção da reforma dos CSP, que se pode verificar essencialmente nos seguintes aspetos: i) evolução do processo de contratualização, por ter participado na construção do novo modelo implementado em 2017 e participando nas reuniões oficiais com a administração central; ii) aceitação, pela tutela, do BICSP como um instrumento oficial; iii) relação estabelecida com a Coordenação dos CSP, entidade com a qual faz pontos de situação periódicos, sobre o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, e cujos alguns dos seus elementos têm funções (suspensas) nos órgãos sociais da USFAN; (iv) exercício de pressão

para a abertura de novas USF e passagem a modelo B, através por exemplo da publicação e divulgação de documentos e comunicados.

Apesar dos sinais da influência exercida pela USFAN, sobretudo no crescimento do número de USF e nos novos instrumentos de contratualização e governação clínica disponíveis, esses sinais são ainda insuficientes em aspetos concretos e fundamentais da reforma, como: i) na descentralização da gestão nos ACeS, seu redimensionamento e autonomia; ii) na integração e desenvolvimento das outras unidades funcionais, nomeadamente UCC, URAP e USP; iii) na avaliação do seu impacto no funcionamento dos ACeS. Importa para o futuro, compreender se o papel que a USFAN tem desempenhado continuará a ser sustentável sem uma evolução mais rápida e efetiva do processo de reforma dos CSP. A divergência observada entre o aumento do número de USF e a tendência decrescente no número de associados e no número de inscritos nos encontros anuais, pode ser interpretada com uma indicação da dificuldade de sustentar a ação desta associação no presente contexto, de alguma diminuição do entusiasmo inicial dos profissionais ou ainda de algum cansaço por não se conseguirem outros valores como o da real descentralização da gestão dos ACeS.

## **Conclusões**

Da análise conjunta dos três estudos acima resumidos, podemos concluir o seguinte: a reforma dos CSP ainda não conseguiu alcançar as expectativas expressas na sua conceção, em matéria de descentralização. Para superar as dificuldades encontradas e tirar partido das oportunidades identificadas neste trabalho, será necessário conseguir progressos simultâneos nos domínios seguintes: i) encontrar formas mais efetivas para argumentar a necessidade de uma administração pública na saúde melhor adaptada às especificidades do setor; ii) proceder, o mais rapidamente possível, ao desenvolvimento organizacional e de gestão das ARS, superando definitivamente o modelo de comando-e-controlo ainda vigente; iii) completar a reforma dos CSP, realizando os aspetos que falta cumprir, com base na aprendizagem decorrente dos últimos 10 anos, fundamentalmente no que respeita a descentralização de gestão e autonomia dos ACeS e (iv) garantir que os princípios da reforma se difundam pelo conjunto do SNS, impedindo que se mantenha como uma reforma isolada dentro do próprio SNS e que seja assumida pela população, pelas suas instituições e pela globalidade dos poderes políticos: central, regional e local.

Esta linha de investigação deverá ser prosseguida no sentido de, aproveitando os ensinamentos obtidos nos estudos acima referidos, proceder a um acompanhamento prospetivo dos fatores que facilitam ou dificultam os necessários progressos da descentralização das decisões críticas para uma gestão de proximidade nos cuidados de saúde primários em Portugal.

**Palavras-chave:** descentralização organizacional e gestionária; autonomia; serviço nacional de saúde; agrupamentos de centros de saúde; cuidados de saúde primários.

## Introduction

A tendency for a fundamental transformation in health systems has started in the 1970s towards a focus on “primary health care”. Thus, an attempt to gradually withdraw from the hospital-centredness which has dominated health systems universally. Portugal has been a pioneer in this matter: firstly, with the creation of health centres in 1971 and later, in 1979, with the design and implementation of the National Health Service where primary health care became its “centre of gravity”; secondly, with the primary health care reform (in 1999 and 2015) through an equally innovative process in the European context.

The primary health care reform has been considered key to the SNS qualification and sustainability. It has contributed to renewing the interest of an important part of the Portuguese population in the SNS who had been withdrawing from traditional health centres over the years.

One of this reform’s main announced objectives was the SNS management decentralization, specifically in health centre clusters (ACeS). Management decentralization means the ability to make decisions on a local level which is enabled by an adequate level of functional and administrative autonomy.

Over the past years, in primary health care reform evaluations which were made public, professionals from this level of health care have repeatedly argued that one of the aspects where observed progress is low is indeed the effective management decentralization of ACeS. They also highlight that this limitation puts at risk the progress achieved in reform aspects. Despite this and all existing literature about the primary health care reform, no systematic analysis of the evolution of this SNS transformation process is available, focusing on the challenge to decentralize the management of primary health care.

## Objectives, methodology and results

In this context, the objective of this thesis’s first component, **Study I**, can be summed up as follows: elaborate a detailed analysis of the primary health care reform in order to identify and analyse all aspects associated with the decentralization of decisions in the sector. This included understanding to what extent the awaited management decentralization of ACeS had been carried out while implementing this reform. The study was grounded on documental contents: review of the relevant literature about the primary health care reform, analysis of documents produced within the reform and also a review of primary health care legislation since its creation until the establishment of ACeS in 2008.

This analysis allowed us to determine that: i) the goal of decentralization has been repeatedly expressed in this reform's guiding documents and corresponding legislation, ii) the establishment of ACeS and their later rescaling were explicitly justified in order to enable the management decentralization in primary health care, iii) the contracting process for primary health care would be a prime way to ensure ACeS decentralization against the Regional Administrations of Health (ARS), iv) management decentralization experiences at hospital level - first with the new status and later with hospitals as limited companies and corporate public entities - were not reflected in primary health care, and v) health professionals and organisations have expressed their views, not only through the "Current reform status" annual study but also in other publications, declaring that the clear goal of management decentralization of ACeS did not take place.

By concluding that there was a dissonance between the normative objectives and their practical effect in decentralizing ACeS within the primary health care reform, it seemed appropriate to try to clarify the main factors that led to such dissonance as well as eventual opportunities to overcome identified barriers. This was the objective of the thesis's **Study II**.

The starting point of Study II's methodological approach was a literature review which aimed to broadly identify the main determinants of health system decentralization processes. Nineteen exploratory interviews were then conducted, aiming to collect information from primary care professionals, ARS leaders, former executive directors of ACeS, lawyers and managers with experience in the contracting field in primary health care. Finally, a direct survey questionnaire was applied through an online platform (Limesurvey) to the coordinators of Family Health Units (USF) - 412 USF with a 49.3% response rate - and the ACeS executive directors - 52 with a 44.2% response rate. Results pointed out the absence of financial autonomy (82.6% claimed there was little or no financial autonomy) as well as the dependency on ARS in order to make daily management decisions, such as repairing frequently used equipment (47.8% of respondents would refer the request to the ARS).

Study II allowed the following conclusion: the design of the primary health care reform has introduced truly innovative aspects in the SNS organisation and management, overcoming the traditional management's command-and-control logic towards more "autonomy and responsibility" in SNS local edges. This was mainly done through 4 tracks: i) the local units' "self-organisation" process (first the Family Health Units, followed by the Community-based Care Units, but also the Units of Shared Care Resources and the Public Health Units, crucial to a good functioning and to guarantee interventions most adequate to the population's health needs) and the selection of their coordinators; ii) the adoption of a performance-related compensation model; iii) the beginning of a contracting process between the "funder" and the "provider"; and iv) the role played by primary health care professionals' local leadership,



according to different modalities and at different timepoints, in the reform's design and implementation.

However, this new logic faced serious difficulties in the heart of public administration of health. Multiple factors within the health system were pointed out, both external and internal. External factors were: from the beginning, various State agencies with an influence in public administration offered resistance against the primary health care reform's withdrawal from Portuguese public administration traditional principles. With regards to internal factors, the following are pointed out: the transforming boost which crossed the primary health care reform was not reflected in the whole SNS organisation and management – it did not go beyond functional units for ACeS and a command-and-control management remained at a regional level. The roles of the so-called “health sub-regions” focused on regional administration instead of decentralizing themselves towards the ACeS. This reform's culture has therefore isolated itself from the rest of the SNS.

In such a complex and important reform for the SNS, it would be expected that the Ministry of Health and the ARS continually monitor the reform's results in order to be able to argue for or against innovations introduced in the SNS management and dig deeper as appropriate. Apart from some specific circumstances, health authorities did not implement this monitoring process. In the end, this role was somehow taken by a new, non-governmental, multiprofessional and associative social actor in health: the National Association of USF (USF AN).

The originality and importance of this new sphere of influence in the primary health care reform has led to paying closer attention in this context. It was important to understand the factors that enabled the development of this association and proceed to a systematization exercise on those who may have been their main influence mechanisms. These were the main objectives of **Study III**. This was a “case study” and included the analysis of the association's official documents, publications and president speeches relating to 9 national gatherings between 2009 and 2017, as well as contents resulting from the analyses of exploratory interviews conducted for Study II - particularly with the first president of the association (in charge between 2008 and 2015) and the current president (since 2015). Some of the tools created or developed by the association were also analysed in depth, such as USF identity cards (BIUSF, later named as BICSP) and the global performance index (IDG).

This analysis has allowed to identify the somewhat influent role that USF AN has played in promoting the primary health care reform, as verified by the following aspects: i) evolution in the contracting process since it directly participated in building the new model implemented in 2017, attending meetings with the Health Systems Central Administration (ACSS) and the National Commission for the Primary Health Care Reform (CNCSP); ii) acceptance of the BICSP as an official tool resulting from a protocol signed in 2016 between ACSS and USF AN; iii) the relationship established with the CNCSP, with whom regular updates take place about the

primary health care development and whose some elements have responsibilities (even if suspended ones) in USF AN's corporate bodies; ii) exercise of pressure to open new USFs and turn to the so-called B model, for example through the publication and dissemination of documents and statements, the most recent example being the petition for the end of the quotas of model B USFs.

## Conclusions

By analysing the three above-mentioned studies we can conclude the following: with regards to decentralization the primary health care reform has not yet reached the expectations described in its conception. In order to overcome the difficulties found and take advantage of opportunities identified through this work, progress in the following domains needs to be achieved: i) find more effective ways to argue the need for a public administration in the health sector which is better adapted to the sector's specificities; ii) proceed as soon as possible with the organisational and management development of ARS, overcoming the still existing command-and-control model for good; iii) complete the primary care reform by carrying out remaining aspects based on learnings from the past 10 years, particularly regarding management decentralization and ACeS autonomy; and iv) ensure that the primary health care reform principles are disseminated through the whole SNS, preventing the reform from remaining an isolated one within the SNS and from being undertaken by populations, their institutions and all political powers: central, regional and local.

This line of research should be continued, seizing the learnings obtained in the above-mentioned studies in order to make long-term monitoring of the factors which facilitate or hinder the necessary progress in the decentralization of critical decisions. This way we will be able to move towards a management model of proximity in the growth of Portugal's primary health care.

**Keywords:** management and organisational decentralization; autonomy; national health service; health centre clusters; primary health care

## INTRODUÇÃO

A descentralização do poder de decisão e a autonomia de gestão têm encontrado, ao longo dos tempos, dificuldades em entrar nos cuidados de saúde primários: primeiro nível de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde português.

Esta dificuldade é com frequência apontada como um dos principais aspetos da mudança organizacional que falta cumprir para se assumir como implementada a reforma impulsionada em 2005.

A finalidade deste trabalho é a de compreender as razões dessas dificuldades, sobretudo quando a necessidade de uma gestão descentralizada e com maior autonomia nos CSP é globalmente reconhecida. Tem sido inúmeras vezes sublinhada direta e indiretamente, quer em programas de governo, documentos estratégicos, na legislação a até mesmo no Memorando de Entendimento da troika. A estas referências acresce a Constituição da República Portuguesa e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O processo de construção do Serviço Nacional de Saúde, iniciado no final da década de 70, teve na sua base uma lógica *top-down* que foi útil numa primeira fase de implementação da infra-estrutura necessária ao seu funcionamento, enquanto entidade pública de prestação de cuidados de saúde. Porém, mostrou-se insuficiente, tornando-se evidente a necessidade de um modelo de organização e gestão descentralizado, flexível e mais próximo da população.

Para a fase inicial de criação do SNS contribuiu o contexto pós Revolução de Abril, que levou à Constituição de 1976 e à instauração dos princípios democráticos e participativos. Neste ambiente de democratização política (que permitiu a democratização/ universalização da saúde), é possível identificar várias tentativas de descentralizar a gestão e os serviços: por um lado, segundo uma cultura *top-down*, por outro, através de medidas de cariz mais *bottom-up*. Isso verifica-se, desde logo, com a publicação da Lei do SNS em 1979 (António Arnaut). A legislação em si mesma faz parte da vertente *top-down*, assim como o seu conteúdo relativo ao modo como se construiria e organizaria o SNS. Contudo, foi a mesma lei que abriu caminho à possibilidade de descentralizar a gestão da saúde.

Já no início da década de 90, a Lei de Bases da Saúde e posteriormente o Estatuto do SNS (1993), permitem a criação das “Regiões de Saúde”. Também aqui a lei surge numa lógica *top-down*, com o objetivo de descentralizar a gestão e a organização da

saúde, do nível central para o nível regional. Por outro lado, foi também a Lei de Bases que permitiu criar as condições para a privatização da gestão do SNS, cujo primeiro ensaio se desencadeou com a experiência de gestão do Hospital Amadora Sintra. Foi neste período que à via da descentralização pela qualificação, se juntou a via da privatização. A existência desta “via dupla” de descentralização comprova-se pela experiência do hospital empresa (Hospital da Feira), da constituição da primeira unidade local de saúde (Matosinhos) e pela tentativa de criar a terceira geração de centros de saúde (1999). É também no decorrer destes anos que são criadas as agências de contratualização e o regime remuneratório experimental nos cuidados de saúde primários.

Todavia, esta lógica descentralizadora tem dificuldade em chegar aos cuidados de saúde primários. Chega às ULS, abrangendo os centros de saúde da sua área de influência, mas não entra naquilo que são os cuidados primários em geral. A exceção deu-se com a implementação das USF em 2006, unidades autónomas organizadas segundo princípios descentralizadores. Porém, em 2008, quando criados os ACeS, estes surgem como serviços desconcentrados das ARS e não como órgãos descentralizados de gestão.

### **O que tem contribuído para estas dificuldades**

Têm sido apontados fatores de várias ordens que contribuíram para dificultar a descentralização na organização e gestão dos cuidados de saúde primários, que sempre foi superior à dificuldade de descentralizar a organização e gestão dos serviços hospitalares, nomeadamente:

- Características próprias da administração pública portuguesa;
- Conjuntura internacional e nacional;
- Papel das lideranças existentes.

No que se refere à administração pública portuguesa são de salientar as suas características próprias: hierárquica e excessivamente burocratizada, onde existe grande resistência à mudança e que, aquando do impulso da reforma dos cuidados de saúde primários não permitiu um equilíbrio entre aquela e a reforma da administração pública. Houve, mesmo um “isolamento” da reforma dos CSP em relação aos outros setores e à administração pública em geral. Isso terá influenciado a evolução da reforma dos cuidados primários e dificultado a descentralização organizacional e gestonária, o que ficou patente com o início dos ACeS, criados como serviços desconcentrados das ARS.

A conjuntura internacional, assim como o contexto nacional, caracterizavam-se, quer aquando da criação do SNS, quer após a implementação das USF (e mais tarde das UCC, URAP e USP), por um cenário de crise económica, onde é conhecida a tendência para a centralização do poder e da tomada de decisão, com o objetivo de concentrar os escassos recursos e diminuir os cargos de gestão e custos inerentes aos mesmos.

Ainda no contexto internacional, desde os anos 90 que se vinha a discutir e implementar os princípios da nova gestão pública na saúde (*New Public Management*), que defendia a necessidade de transformar ou reduzir a intervenção do Estado na gestão pública. Isso influenciou as políticas e decisões nacionais no contexto da saúde, promovendo sobretudo as tentativas de descentralização da gestão pela privatização.

Este trabalho pretendeu identificar determinantes da descentralização organizacional e gestonária, que não permitiram que passasse das unidades funcionais para os ACeS. Além dos fatores limitadores, importou ainda encontrar aspetos que poderiam beneficiar os processos de descentralização da gestão para os ACeS, com destaque para alguns instrumentos de gestão e para as lideranças locais.

Quanto às lideranças existentes na saúde, em meados da década de 90, foram identificados e colocados líderes locais em cargos de topo da administração da saúde. Isso esteve relacionado com a necessidade de incorporar o ponto de vista dos profissionais do terreno nas decisões. Esses líderes saíram no princípio dos anos 2000, voltando, no que respeita os cuidados primários, em 2005 com o Grupo Técnico e com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Quando a MCSP terminou o seu mandato e, embora tenha havido dois grupos de acompanhamento intermédio (e um grupo consultivo), constituídos por elementos também eles reconhecidos como líderes pelos profissionais e atores sociais, o papel destes líderes na governação da saúde foi limitado.

Este “desaparecimento” veio contribuir para a perda de capacidade negocial das lideranças, relativamente aos aspetos relacionados com a descentralização da gestão nos cuidados primários. Estas dificuldades foram em parte colmatadas com o aparecimento de uma associação, a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USFAN), em 2008, numa fase de abrandamento do ritmo da reforma dos cuidados de saúde primários e com maior enfoque nas políticas de comando-e-controlo.

Foi a partir desse momento que a USFAN adquiriu relevo, uma vez que a reforma havia atingido uma fase de menor “voluntarismo” para a constituição de USF, menor velocidade na constituição e organização das restantes unidades funcionais e menor celeridade na resolução dos problemas que iam surgindo. Era necessário aumentar a capacidade de negociar com a administração os critérios e as formas de dar continuidade aos princípios da reforma dos cuidados de saúde primários. A USFAN conseguiu o reconhecimento dos profissionais e dos *stakeholders* da saúde, obtendo o direito de participação nas negociações, sendo ouvida para a decisão política ao nível dos CSP, contribuindo para a satisfação e motivação dos profissionais.

Este trabalho tem como ponto de partida a tese de ainda não ocorreu a descentralização na organização e na gestão dos cuidados primários, prevista nos documentos políticos e normativos (à exceção dos USF, embora num grau mais reduzido). Para confirmar tal tese, desenvolveram-se três estudos.

O **estudo I**, visou analisar detalhadamente a reforma dos CSP, com especial enfoque na tentativa de identificar as iniciativas e disposições associadas à descentralização das decisões neste setor e seus resultados. Este estudo evidenciou o incumprimento dos objetivos da descentralização dos ACeS.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca das dificuldades que a descentralização encontrou aquando da reforma dos cuidados primários, assim como eventuais oportunidades para ultrapassar as dificuldades encontradas, realizou-se o **estudo II**. Trata-se de um estudo analítico, com foco na importância relativa dos vários tipos de determinantes da descentralização. Com este estudo foi possível identificar e caracterizar dois tipos de determinantes da descentralização nos cuidados de saúde primários: i) fatores externos ao sistema de saúde, próprios da administração pública em geral e ii) fatores internos, próprios do sistema de saúde, que não permitiram que a descentralização passasse das unidades funcionais para os ACeS.

Os fatores internos dizem respeito a fatores inerentes ao SNS, relacionados com a sua organização e gestão, e extra SNS, relacionados com iniciativas não governamentais. Dadas as dificuldades observadas na descentralização da gestão para os ACeS, é razoável prever que alguns dos fatores externos ao SNS identificados possam ter um papel importante na agenda da descentralização da gestão. Para averiguar esse papel, o **estudo III**, apresenta um estudo de caso ao movimento associativo dos profissionais de cuidados primários, através do caso da USFAN.

Para este “estudo de caso”, contribuíram a análise de conteúdo aos documentos oficiais da Associação, publicações e discursos do primeiro presidente (2009 a 2015) e atual (2015 - ... ) relativos aos 9 encontros nacionais realizados e conteúdos resultantes das análises às entrevistas exploratórias realizadas para o estudo II, nomeadamente ao presidente em funções entre 2009 e 2015 e ao atual. Foram ainda analisados em profundidade alguns dos instrumentos criados ou desenvolvidos pela Associação, como o Bilhete de Identidade das USF (mais tarde CSP) e o Índice de Desempenho Global.

A análise permitiu identificar o papel que a USFAN tem desempenhado em termos de participação na negociação e sua influência na tomada de decisão. Esta participação tem visado explicitamente: garantir a continuidade das USF e a autonomia das equipas; advogar a descentralização na organização e gestão dos cuidados de saúde primários, através das iniciativas locais e de boas práticas que se desenvolveram no terreno; partilha de informação e a formação aos profissionais.

A organização deste trabalho encontra-se esquematizada na figura 1.

**Figura 1. Organização do trabalho**



**Fonte: Elaboração própria**





## METODOLOGIA

Importa começar por referir que a linha de investigação que se seguiu esteve integrada no estudo desenvolvido entre 2013 e 2015 na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, designado “Descentralização de competências de gestão – desenvolvimento de instrumentos de apoio à contratualização, contratos-programa e outros instrumentos facilitadores da autonomia de gestão dos ACeS”, financiado pela linha de investigação em cuidados de saúde primários, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/ Ministério da Saúde.

### Pergunta de investigação

Considerando que: i) os cuidados de saúde primários requerem descentralização pela sua natureza (proximidade, entrosamento e participação da comunidade) e que ii) a descentralização da gestão e o poder de decisão são requisitos essenciais ao seu desenvolvimento organizacional, o que parece não ter ainda atingido o grau ideal, pelo que se partiu da seguinte pergunta de investigação:

***A reforma dos cuidados de saúde primários impulsionada em 2005 permitiu descentralizar a organização e a gestão para os ACeS?***

### Objetivos

O objetivo principal do conjunto dos estudos que integram este trabalho, é o de identificar os constrangimentos da descentralização no Serviço Nacional de Saúde e concretamente, nos cuidados de saúde primários. Não obstante os objetivos específicos de cada um dos três estudos, os objetivos gerais do trabalho são:

- Analisar a descentralização existente na organização e na gestão dos cuidados de saúde primários, focando-se essencialmente no período subsequente ao impulso reformador de 2005;
- Identificar os principais fatores que possam ter condicionado o insucesso da descentralização na gestão dos cuidados de saúde primários e também eventuais oportunidades para ultrapassar as dificuldades identificadas;
- Clarificar a existência de fatores externos ao SNS enquanto influenciadores do processo de descentralização de organização e gestão dos cuidados de saúde primários, através de um estudo de caso de uma dessas iniciativas – a USFAN.

## Métodos

De entre a variedade de estudos qualitativos, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo descritivo, cujos resultados poderão contribuir para investigações posteriores, fundamentados na necessidade de explicar os fenómenos em análise. Um estudo descritivo pretende descrever e analisar uma situação concreta e procurar respostas para as perguntas de partida. A opção por este tipo de estudo deveu-se à reduzida dimensão da amostra, à profundidade necessária na abordagem dos temas, aos objetivos dos três estudos que constituem o trabalho e aos métodos utilizados, com maior cariz qualitativo.

Embora alguns autores depreciem o valor dos estudos qualitativos, se forem respeitados os critérios de fidelidade e de validade, eles são considerados estudos importantes para a compreensão de fenómenos. Para isso, foi tida em consideração a natureza da informação recolhida, a validade das fontes e o rigor na estruturação das técnicas utilizadas. Para Leininger (1) existem vários critérios de rigor científico para a investigação qualitativa, tendo este trabalho procurado cumprir todos eles:

- Triangulação – utilização de várias fontes de dados;
- Saturação – exploração exaustiva;
- Credibilidade – verdade sentida pelos participantes;
- Confirmabilidade – neutralidade e mais do que duas pessoas a dizer o mesmo;
- Segurança – validação da informação;
- Transferabilidade – aplicabilidade dos dados – descrição pormenorizada para que se possa, eventualmente, aplicar os dados em contexto diferente.

Por não se tratar de uma investigação que tenha por finalidade comparações ou extrapolações, mas apenas a descrição e análise de uma realidade e dos fatores que a caracterizam, não foram consideradas limitações relacionadas com a validade externa do mesmo.

Para responder à pergunta de partida que deu origem a este trabalho, e tendo em consideração os objetivos definidos, foi desenvolvida metodologia de carácter qualitativo (para a análise e interpretação de aspetos mais profundos e descritivos) e quantitativo (com recurso a instrumentos de recolha de dados mais estruturados, nomeadamente o inquérito por questionário) (2,3).

Neste sentido, foram aplicados os métodos definidos com maior detalhe adiante.

## **Métodos qualitativos**

Os métodos qualitativos são utilizados, essencialmente, para descrever uma situação, uma realidade (4). Os métodos utilizados neste estudo foram os que de seguida se enunciam.

**Revisão de literatura** – Método qualitativo, que tem na sua origem uma pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2), tem a vantagem de permitir uma vasta cobertura de temas. Segundo Rother (5), esta revisão é apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Permite adquirir e atualizar conhecimento sobre um tema específico, identificar o que foi escrito sobre o tema e esclarecer as formas como o problema foi estudado (6).

**Entrevista exploratória** – Principal método de colheita de dados em estudos qualitativos. Permite examinar conceitos e compreender o fenómeno e é um bom instrumento de medida (6). Representa um importante apoio no sentido do alargamento do campo da investigação, dado que tem como principal objetivo revelar aspetos do fenómeno que não são, à partida, conhecidos e sugere pistas para o desenvolvimento do trabalho (7;3).

**Análise de conteúdo** – A aplicação das entrevistas leva à necessidade de realizar uma análise de conteúdo. Trata-se de um método que se baseia na utilização de técnicas de análise de respostas, colocando em evidência, de forma sintética, as categorias ou temas que se destacam. Após a realização de uma leitura que permite o acesso às primeiras impressões, selecionam-se as categorias, com base em critérios pré-definidos. As categorias a selecionar, para uma posterior análise de distribuição de frequências, devem seguir os critérios da não seletividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência (8,9).

**Estudo de caso** – Método que consiste na observação e análise detalhada de um contexto, situação ou unidade de observação específica. Trata-se de um estudo sistemático, detalhado, intensivo e em profundidade (4;3). É tanto mais apropriado quanto menos se souber sobre o fenómeno em estudo (6).

## **Métodos quantitativos**

Os métodos quantitativos utilizam-se em investigações onde está patente o objetivo de encontrar relações entre variáveis, descrever realidades com recurso ao tratamento estatístico de dados e ainda para testar hipóteses (4). Neste caso em concreto, optou-se pelo recurso ao tratamento estatístico dos dados (6).

**Inquérito por questionário** – Foi aplicado um inquérito por questionário, de administração direta (preenchido pelo próprio inquirido), através de uma plataforma online (*Limesurvey*), sendo o *link* para resposta enviado por correio eletrónico (10). Foi, neste *email*, enviada uma mensagem explicativa do contexto e dos objetivos do estudo, normas de confidencialidade e data limite para resposta, colocando ao dispor um contacto para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Foram ainda informados os inquiridos das regras de participação e garantido o anonimato. Pareceu também oportuno explicar que o *link* recebido seria pessoal e intransmissível e que só poderia ser acedido por quem o recebesse, pelo que estava limitada a divulgação e partilha do inquérito.

**Análise estatística** – A análise estatística descritiva dos dados recolhidos facilitou a forma como os dados puderam ser trabalhados e apresentados. Foi sobretudo útil para a análise dos dados resultantes da aplicação do inquérito por questionário (7,11).

## **População e amostra**

A população em estudo é constituída pelos diretores executivos dos 55 ACeS e pelos coordenadores das 419 USF em atividade (no momento de aplicação do questionário) e ainda pelos atores sociais envolvidos nos vários momentos da reforma dos cuidados primários, assim como outros elementos com importância social reconhecida neste setor (19 elementos entrevistados, profissionais dos cuidados primários, líderes das ARS, ex-diretores executivos de ACeS, juristas e gestores com experiência na área da contratualização em cuidados de saúde primários). Foi utilizada uma amostra não aleatória, estratificada (por grupos de profissionais), de conveniência, definida com base em critérios de escolha intencional. As técnicas de recolha de dados a utilizar nas fases da investigação levaram à necessidade de construir amostras mais específicas, apresentadas no quadro 1.

## Recolha, tratamento e análise dos dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas e inquéritos por questionário. As entrevistas foram gravadas em áudio, com as devidas autorizações assinadas e posteriormente transcritas na íntegra. A partir dessa transcrição, realizou-se uma análise de conteúdo, que permitiu a criação de uma grelha de categorias, a incluir nos resultados. Os questionários foram respondidos *online*, através da plataforma *LimeSurvey*, e os seus resultados automaticamente processados numa grelha de *excel*. Posteriormente, foram exportados para o software SPSS, versão 22, para a análise dos mesmos.

**Quadro 1. Delineamento das amostras a utilizar de acordo com as técnicas utilizadas**

Técnicas utilizada	Composição da amostra	
<b>Entrevistas exploratórias</b>	<b>Fase 1</b> 1 Ex diretor executivo 1 Ex coordenador subregião de saúde 1 elemento da ex MCSP 2 coordenadores USF 1 médico de saúde pública	<b>Fase 2</b> 2 médicos de família; 1 médico de família e prof universitário 2 representantes da administração regional 1 Ex diretor executivo 1 Ex ministro da saúde 2 elementos de conselhos clínicos – medicina e enfermagem 1 investigador e prof universitário 1 elemento da USFAN 1 jurista 1 especialista em gestão 1 especialista em contratualização
<b>Inquérito por questionário</b>	52 diretores executivos de ACeS 412 coordenadores de USF em atividade	



## FUNDAMENTAÇÃO

*“(…). Amputar os ACeS da realização local de determinadas tarefas gestionárias e optar por centralizá-las nas ARS, poderá conduzir ainda a um maior afastamento entre a prestação e a decisão. (...) poderá levar à criação de uma hiper-estrutura regional, que facilmente será absorvida pelas teias da burocratização.” (12).*

### Originalidade do tema

Muito se tem escrito e debatido em Portugal sobre os cuidados de saúde primários, sobre as suas reformas e tentativas de descentralização da organização e da gestão, sobretudo quando comparados os centros de saúde com os hospitais. No entanto, pouco se escreveu sobre os motivos que têm condicionado esse processo de descentralização. Procurou-se identificar um problema relevante que não tivesse ainda sido sujeito a investigação.

Com o objetivo de fundamentar a originalidade do tema, recorreu-se à base de dados PORBASE (Base Nacional de Dados Bibliográficos), com o intuito de verificar que investigação tem sido desenvolvida. Começou por realizar-se a pesquisa utilizando as expressões “cuidados primários”. Foram encontrados 260 registos (entre 1979 e 2013). Destes, e analisados os títulos, nenhum fazia referência à questão da descentralização e da autonomia de gestão neste nível de cuidados.

Com o mesmo fim, realizou-se igualmente pesquisa no Registo de Teses de Doutoramento em Curso, da Direção Geral de Estatísticas de Educação e Ciência, utilizando a expressão “cuidados primários”. Dado que esta pesquisa apenas conduziu a 3 registos, repetiu-se utilizando a expressão “autonomia”, com 10 resultados, nenhum deles relacionado com os cuidados primários. Por fim, utilizou-se a expressão “descentralização” tendo sido encontrados 8 resultados, nenhum deles sobre cuidados primários.

Para uma melhor fundamentação recorreu-se à Base de Dados de Doutoramentos Realizados ou Reconhecidos em Portugal, também da Direção Geral de Estatísticas de Educação e Ciência. A pesquisa foi realizada por área científica, efetuando-se a pesquisa apenas nas áreas científicas que pareciam à partida poder englobar estudos sobre a temática que se pretendia desenvolver. Os resultados encontrados estão descritos no quadro 2.

**Quadro 2. Resultados da pesquisa relativa a teses de doutoramento nas áreas científicas selecionadas**

Área científica	Resultados	Resultados / tema a estudar
Ciências da saúde	1333	0
Ciências políticas	290	0
Economia e gestão	1766	1
Outras ciências médicas	639	0
Outras ciências sociais	132	0
Outras humanidades	52	0
Sociologia	960	0

**Fonte: Elaboração própria**

A tese encontrada no domínio científico de economia e gestão, “Cuidados de saúde primários em Portugal”, de Luís Silva Miguel foi desenvolvida no ISEG. Trata-se de uma tese que teve como objetivo avaliar a reforma dos CSP e o modo como esta procurou solucionar problemas na acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados através da implementação de um novo modelo de gestão e remuneração dos profissionais. Não aborda o âmbito específico da descentralização e autonomia de gestão deste nível de cuidados.

Concluiu-se, através dos resultados da pesquisa realizada, que um estudo sobre a descentralização e a autonomia nos cuidados de saúde primários, seria original e contribuiria para o conhecimento do tema.

**Pertinência do tema em saúde pública**

*“O modelo de gestão dos cuidados de saúde primários tem sido o de “gestão à distância” de tipo centralista e burocrático, baseado em órgãos distritais. Este modelo tornou-se ineficaz e é, cada vez mais, fonte de inoperância, ineficiência, lentidão de resposta e outras disfunções”*  
(13).

A ideia para o desenvolvimento desta investigação baseiou-se na necessidade de compreender os motivos que têm limitado a descentralização gestonária nos cuidados primários. A ausência de descentralização pode impedir uma gestão eficiente ao nível local. Isso seria particularmente importante para o conhecimento das necessidades de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades e dos fatores que lhes estão associados, para a definição de estratégias locais de saúde e para delinear respostas mais diretas, globais, integradas, atempadas e adaptadas a cada situação.



Desde a criação dos centros de saúde, pelo decreto-lei nº 413/71 de 27 de setembro, até à implementação dos ACeS, legislada em 2008, foram várias as tentativas de descentralização da organização e gestão da saúde ao longo da história do Serviço Nacional de Saúde e dos cuidados de saúde primários.

O reconhecimento da necessidade de autonomia de gestão está consagrado no decreto-dei n.º 11/93, de 15 de janeiro, através da figura dos grupos personalizados de centros de saúde. Este diploma legal preconizava um grau de autonomia que incluía a autonomia financeira. Esta medida não foi implementada e não são conhecidos estudos que expliquem este facto (14).

No relatório do Grupo Técnico para os Cuidados de Saúde Primários, que definiu em 2005 as linhas orientadoras para a reforma dos CSP, são avançadas hipóteses explicativas, com destaque para as resistências dos níveis intermédios (ARS e seus serviços sub-regionais) às várias tentativas de descentralização da gestão (13,14).

Vários autores têm afirmado que o desenvolvimento dos CSP depende da possibilidade e da capacidade destas decisões poderem ser tomadas na interface avançada com os cidadãos e as comunidades e não em órgãos recuados, distantes e menos conhecedores e sensíveis aos problemas e às necessidades em causa. Parece, portanto, estarmos perante um tema decisivo em saúde pública (15).

As necessidades de saúde da população têm sofrido grandes alterações nos últimos anos, quer por fatores associados ao envelhecimento e às doenças crónicas e multimorbilidades, quer por aspetos relacionados com os estilos de vida. Estas alterações traduzem-se numa pressão cada vez mais elevada para a procura de respostas efetivas de promoção da saúde e de prevenção da doença, mas também de meios de controlar a despesa. É, portanto, fundamental promover a responsabilização, o cumprimento de objetivos comuns e uma utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis. A gestão descentralizada e a autonomia dos cuidados de saúde primários (CSP) assumem neste âmbito, um papel crucial (16).

É com base nestes argumentos que se justifica a pertinência do estudo que se apresenta.

## Modelo de análise

A análise realizada ao longo deste trabalho parte de duas premissas:

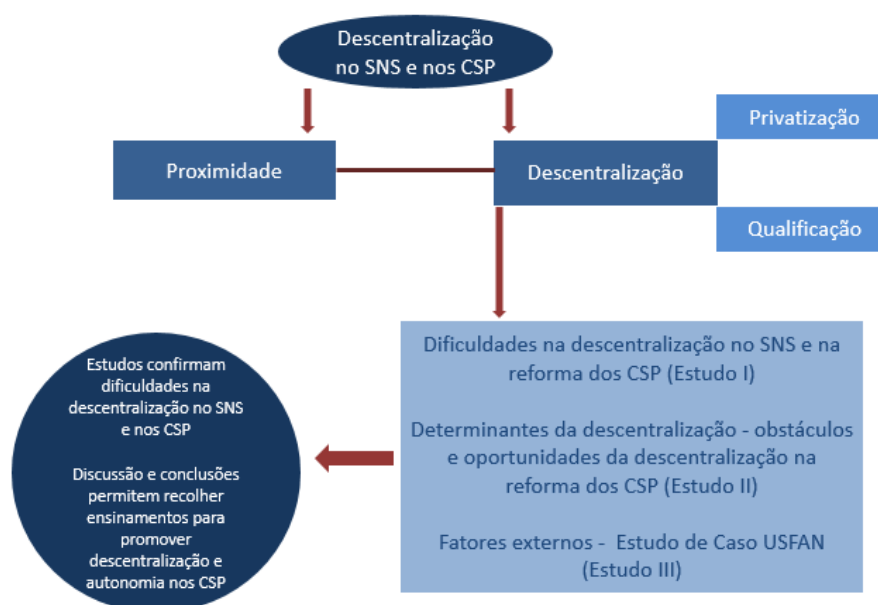
1. A descentralização da gestão e a autonomia de decisão na saúde são fundamentais para a proximidade exigida e necessária para a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade.
2. Tem havido dificuldade na implementação da descentralização no Serviço Nacional de Saúde e nos cuidados de saúde primários, analisando-se com especial atenção o período da reforma impulsionada a partir de 2005.

Procurou-se conhecer o contexto de criação e desenvolvimento dos cuidados primários e identificar as dificuldades encontradas aquando da tentativa de implementar um processo de organização e gestão descentralizador no SNS e nos CSP.

Havendo escassa informação disponível acerca dos motivos que levaram a essas dificuldades, foca-se a análise nos determinantes da descentralização e nos principais obstáculos e oportunidades, aquando da reforma dos cuidados de saúde primários.

Por fim, a última análise focaliza-se em iniciativas não governamentais, selecionando para o estudo o caso da USFAN, vista enquanto fenómeno emergente por iniciativa dos profissionais.

**Figura 2. Modelo de análise**



**Fonte: Elaboração própria**

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### Descentralização: conceito, origem e evolução

*“A ‘descentralização’ figurava entre os principais conceitos do novo modelo de organização sanitária exportado por John Hopkins nos anos 1920. Expressa o ideal de aproximação física dos serviços com a população servida” (17).*

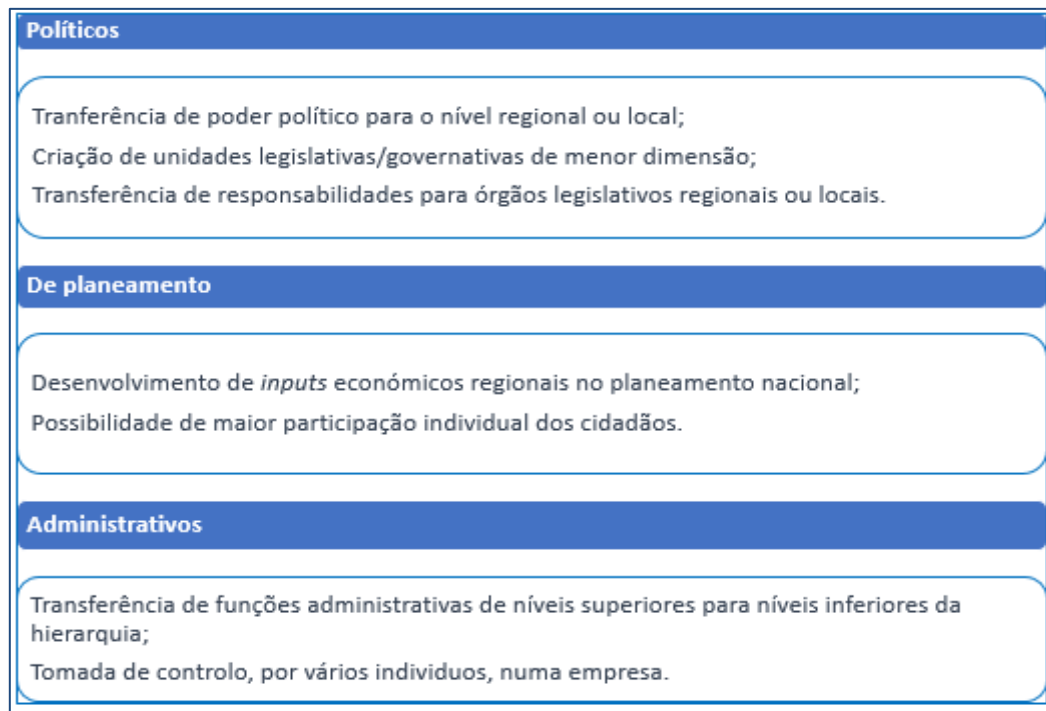
Apesar de serem apontadas as décadas de 50 e 60 como o período de início da descentralização, este fenómeno, promovido pelas administrações coloniais como essencial para um Estado democrático independente (18), ganhou maior visibilidade no início dos anos 80, pela mão da ONU e do Banco Mundial. A descentralização gestonária era vista como uma forma de atuar contra a burocracia e de respeitar as prioridades e necessidades locais e promovendo a equidade na distribuição dos recursos (19).

No final dos anos 70 os países em desenvolvimento enfrentaram vários problemas financeiros, que levaram à necessidade de utilizar mais eficientemente os recursos existentes e a descentralização surgiu como uma forma gestão mais próxima e participada (20). Adquiriu destaque nos países da América Latina a partir da década de 80, como forma de reestruturar o Estado, tendo coincidido com a mudança dos regimes políticos autoritários, caracterizados por um forte grau de centralização política e administrativa (21). Na década de 90, os processos de descentralização passaram a ser implementados como mecanismo de reforma (22), inicialmente como processos de reforma administrativa (melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços) e mais tarde como um meio de promover a democracia, a responsabilização e a prestação de contas (23).

Vários autores definem o conceito de descentralização. De acordo com Tobar (19), um processo de descentralização diz respeito à transferência de autoridade no planeamento e na tomada de decisões. É a transferência de poder e autoridade de um nível superior para um nível inferior de administração. Implica redistribuição do poder e capacidade de decisão, que reside na autonomia. Pode também definir-se como um processo político-social de transferência de autoridade e de responsabilidade em termos de planeamento, gestão e decisão, do nível central para o nível local (18;24,25). Para Castillo (26), descentralização significa a criação de unidades locais de gestão administrativa, capacidade de legislar e gerir de forma plena e totalmente autónoma, entidades ou organizações com personalidade jurídica e políticas próprias.

Para Lobo (27), descentralização é entendida como uma distribuição de poderes financeiros e funcionais entre os níveis de administração: processo de redistribuição do poder e de deslocação dos centros de decisão, sendo um instrumento privilegiado de ação governativa (28,18,29). Os processos associados à descentralização encontram-se sistematizados na figura 3 e podem ser de origem política, planeamento ou administrativa.

**Figura 3. Sistematização dos processos associados à descentralização**



**Fonte:** Adaptado de(28,18,29)

A descentralização pode ser efetuada pelas quatro vias que abaixo se definem.

**Desconcentração** – Processo em que há uma transferência vertical de autonomia em termos administrativos. Há uma transferência de competências mas não transfere o poder de decisão (18,29;19;30). A desconcentração implica a introdução de um novo (ou mais) níveis de gestão, sendo necessário garantir a existência de recursos humanos para esse efeito, definir a população e área geográfica abrangida, dispor de orçamento e de um sistema de informação ou mecanismo de comunicação com os níveis hierárquicos superiores (28,18). Nesta forma de descentralização não existe transferência de autoridade e responsabilidade para os órgãos locais. Apesar de serem transferidas algumas competências e de existir alguma autonomia no que respeita a funções administrativas, a sua grande finalidade é representar a

administração central e prestar os serviços em sua representação, sem qualquer poder de decisão (22,30).

**Delegação** – Processo de transferência de responsabilidades de gestão relativamente a funções definidas, para um nível organizacional inferior, exterior à administração central e apenas indiretamente controlado por esta (18,29,30). São condições para a delegação (organizacional e administrativa) a existência de capacidade local de administração e gestão e de descentralização financeira, de forma a que os níveis locais não fiquem dependentes da ação das estruturas superiores, mais burocráticas e distantes da realidade. Todavia, a administração central deve acompanhar todo o processo local, monitorizando a execução e assegurando os mesmos padrões de prestação, desempenho e qualidade. Para tal são necessários mecanismos de *accountability*, isto é, de prestação de contas e de transparência nos processos (31). Neste caso há uma transferência efetiva de responsabilidades da administração central para a administração local ou para organizações com alguma autonomia, que têm por finalidade tornar os serviços mais efetivos, com espaço para tomar as suas próprias decisões (22).

**Devolução** – Processo de descentralização política, onde se observa a transferência de poderes e capacidades decisórias para níveis inferiores, substancialmente independentes do nível central no que respeita as suas funções pré-definidas, embora sem autonomia total (18,29,30). Refere-se à criação de autoridades/órgãos locais, em que existe personalidade jurídica e autoridade estatutária (18). Tem como objetivo promover a participação no planeamento e na tomada de decisão. As autoridades locais são autónomas embora reguladas, sendo o nível de dependência em relação ao poder central reduzido (22).

**Privatização** – Transferência de funções da administração central para organizações privadas com ou sem fins lucrativos, com regulação por parte do Estado, no que respeita à monitorização da oferta e à qualidade dos serviços prestados (18,29). Importa referir que para Collins e Green (30,26), descentralização implica a transferência de autoridade, funções e recursos do centro para a periferia dentro do mesmo setor (público e privado são setores diferentes).

## Funções e objetivos da descentralização

A via de descentralização utilizada determina as tarefas que um órgão descentralizado pode assumir e que são, em geral, as que se encontram resumidas no quadro 3 (18,29).

A descentralização apenas tem efeito sobre as funções legislativas em caso de processos de devolução. Nas outras formas de descentralização, a capacidade de legislar compete à autoridade central. No caso da saúde, setor de contexto deste estudo, compete ao Ministério da Saúde. Já sobre os mecanismos de obtenção de fundos e financiamento, a capacidade é maior no caso de processos de privatização e menor nos casos de desconcentração, havendo alguma responsabilidade quando se trata de devolução ou delegação.

No caso da definição de políticas e de medidas a implementar, os processos de desconcentração não o permitem, havendo alguma permissão na devolução, delegação e privatização. A responsabilidade de regulação é limitada nos processos de delegação e maior tratando-se de devolução. Não existe no caso da desconcentração ou privatização. O planeamento e a alocação de recursos é totalmente possível com a delegação e a privatização, havendo alguma responsabilidade no que respeita a devolução e a desconcentração. Na gestão diária das organizações, que abrange a gestão de recursos humanos, o orçamento e despesa, aquisição e serviços e manutenção, a responsabilidade dos órgãos locais é elevada em caso de delegação e privatização, sendo limitada processos de desconcentração.

Analisando o quadro 3, verifica-se que os processos de desconcentração são aqueles que menos responsabilidades atribuem aos órgãos locais.

*“Decentralization must be viewed more realistically, however not as a general solution to all of the problems of underdevelop, but rather as one of a range of administrative or organizational devices that may improve the efficiency, effectiveness and responsiveness of various levels of government under suitable conditions” (20).*

**Quadro 3. Nível de responsabilidade nas funções inerentes às formas de descentralização**

	DESCONCENTRAÇÃO	DEVOLUÇÃO	DELEGAÇÃO	PRIVATIZAÇÃO
<b>Legislar</b>	--	**	--	--
<b>Determinar e implementar os mecanismos de obtenção de fundos</b>	*	**	**	***
<b>Definir as políticas a implementar</b>	--	**	**	**
<b>Regulação</b>	--	**	*	--
<b>Planeamento e alocação de recursos</b>	**	**	***	***
<b>Gestão e decisão diária</b>				
Recursos humanos	*	**	***	***
Orçamento e despesa	**	**	***	***
Aquisições e serviços	*	**	***	***
Manutenção	*	**	***	***
<b>Colaboração intersetorial</b>	*	***	***	***
<b>Coordenação interagências</b>	*	**	***	***
<b>Definição e implementação de programas de formação</b>	*	**	***	***
<b>Legenda:</b> --sem responsabilidade; * responsabilidade limitada; **alguma responsabilidade; ***elevada responsabilidade				

**Fonte: Adaptado de (18,29)**

A abrangência do conceito de descentralização está relacionada com o número de objetivos que lhe estão associados. Dependendo da forma que assuma, os processos de descentralização em geral podem ter os seguintes objetivos:

- Melhorar a eficiência técnica e aumentar a eficiência dos recursos alocados;
- Capacitar os gestores/administradores locais;
- Incrementar a inovação nos serviços;
- Promover o nível de responsabilização;
- Potenciar a qualidade dos serviços;
- Aumentar a participação e a equidade (20).

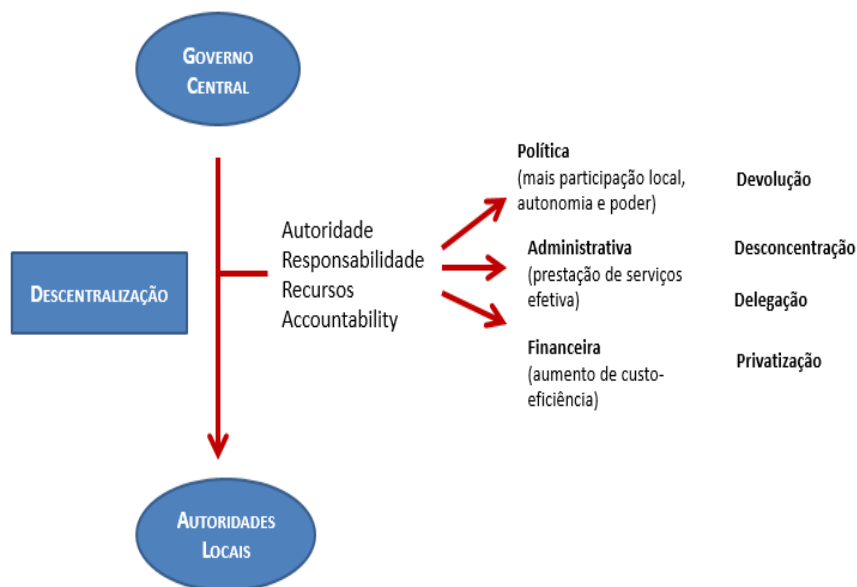
Independentemente das suas finalidades, que variam de acordo com o contexto a descentralização não deve ser vista como um objetivo ou fim em si mesma (31,32,33).

No contexto político, tem como finalidade promover a participação no planeamento local e nos processos de decisão, sendo utilizada como um meio de reforçar a democratização (34,22). Segundo Rondinelli e colaboradores (20), a descentralização

é um instrumento para atingir objetivos políticos, contribui para a estabilidade política, para a efetividade administrativa e para a eficiência económica e de gestão. Permite também aumentar a capacidade de resposta e contribui para uma maior auto-determinação e auto-confiança dos órgãos locais, assim como para a utilização de políticas e programas apropriados às necessidades locais. No contexto da administração, pretende melhorar o nível de gestão e administração e aumentar a efetividade na prestação de serviços (35). A descentralização pretende levar a tomada de decisão para junto dos pontos onde pode ter maior impacto, no nível local, junto das pessoas e comunidades (36,22). Quando ocorre no contexto financeiro, a descentralização pretende contribuir para o aumento da custo-eficiência, através de um controle mais próximo dos recursos, por parte dos órgãos locais (35).

No que diz respeito ao setor da saúde, a descentralização pode ser motivada por aspetos de ordem técnica (melhorar a eficiência da gestão e dos serviços), de ordem política (promover a participação da comunidade e atribuir poder e autonomia) e de ordem financeira (custo-efetividade e custo-eficiência) (37,22).

**Figura 3. Processo, finalidades e modalidades de descentralização**



**Fonte: Adaptado de (31, 34,22)**



## Princípios da descentralização

A implementação de processos de descentralização depende de um conjunto de condições. Destacam-se: a existência de uma estrutura institucional em funcionamento pleno, pessoal formado e qualificado, forte planeamento local e capacidade administrativa (38).

Além dessas condições deve reger-se, essencialmente, por cinco princípios básicos (27):

- Flexibilidade – qualquer processo descentralizador deve ser flexível o bastante para se adequar e adaptar às diferentes realidades (económicas, políticas e sociais);
- Gradualismo – deve ser um processo gradual, no tempo e no espaço, não devendo todas as funções ser descentralizadas em simultâneo;
- Progressão – deve ser progressivo, com base em prioridades pré-definidas;
- Transparência no processo de decisão – o processo de tomada de decisão deve ser devidamente discutido e divulgado, com possibilidade de participação o mais ampla possível;
- Controle social – deve incorporar mecanismos de monitorização, acompanhamento e avaliação (não devem ser demasiado burocratizados, mas contribuir para o aumento da responsabilidade).

Foram igualmente identificados na literatura alguns aspetos que contribuem para a implementação da descentralização. Destes, destacam-se: i) desenhar processos em pequena escala, ii) com impacto limitado, iii) com resultados mais positivos e mais controláveis. A descentralização, se em escala reduzida, permite que o processo seja mais facilmente controlado e avaliado, evitando resistências à mudança. Na mesma linha, ter um plano a longo prazo é benéfico, no sentido em que se trata de um processo moroso e que implica obrigatoriamente uma fase prévia de preparação. Um processo de descentralização deve ainda ser desenhado e aplicado como um processo aprendente e com um acompanhamento muito próximo dos atores locais, garantindo que adquirem as competências necessárias para gerir as novas responsabilidades. É também fundamental que exista um plano de formação, abrangendo todos os níveis da administração, desde a central à local, uma vez que podem alterar-se as funções, normas e formas de decidir e gerir a todos os níveis (20,39).

## Descentralização, responsabilização e prestação de contas

Responsabilização e prestação de contas (*accountability*) são termos diretamente relacionados com o conceito de descentralização. O conceito de *accountability* (prestação de contas), pode ser definido como a obrigação de responder pelos resultados (40,41), naquilo que se refere ao controlo orçamental e organizacional, ao cumprimento da lei e à responsabilização pelas consequências das medidas implementadas. Trata-se de um conceito originário do setor privado, tendo sido transposto para a administração pública sobretudo, mas não só, como um instrumento de controlo financeiro. É igualmente utilizado como forma de incentivar a obtenção de ganhos económicos e de eficiência. Isso parece mais justificável em contextos caracterizados pela crise económica e social, aumento do défice, peso considerável do setor público na economia do país e aumento dos gastos com os recursos humanos (41).

Um adequado nível de *accountability* é um elemento fundamental para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (42). Para o mesmo autor, a essência da *accountability* é aquilo que designa por *answerability* - obrigação de dar resposta a todas as questões para a tomada de decisão e para a ação. A prestação de contas deve estar obrigatoriamente associada a um regime de consequências.

Na saúde, a efetividade da prestação de contas é um dos maiores determinantes do funcionamento do sistema. Essa efetividade implica que esteja bem definido o processo de tomada de decisão e a divisão das responsabilidades, assim como a forma como as estruturas estão organizadas (30).

Já a responsabilização, diz respeito a uma dimensão mais política e institucional, abrangendo não a organização em si, mas o funcionamento do sistema administrativo. Refere-se à responsabilidade pelos atos e decisões, pelo cumprimento de prazos e procedimentos pré-determinados, desempenho profissional e comportamentos esperados (41).

## Descentralização e autonomia

Um processo de descentralização pode ser visto como um meio de atribuir autonomia às instituições ou organizações no nível local. Essa autonomia permite que os órgãos utilizem os recursos e tomem as suas decisões sem condicionantes externas, mas com monitorização e avaliação (43). A descentralização aumenta o nível de autonomia dos órgãos locais (30). De acordo com Isosaari (44), uma qualquer estrutura tem autoridade para gerir quando tem autonomia, poder legítimo de dar ordens e tomar decisões. A autonomia é a capacidade de formular e aplicar políticas sem pressões externas, com independência e liberdade para definir a agenda local e influenciar a agenda nacional naquilo que diga respeito aos interesses locais (45).

Segundo um estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a autonomia é decisiva para a gestão pública da saúde, para o melhor retorno do investimento no setor, para a satisfação plena do direito de acesso da população a cuidados de saúde equitativos e para a satisfação e adesão dos profissionais de saúde. Parece ser aceite que a autonomia de gestão é considerada um modelo de gestão inovador (46).

Na saúde, a atribuição de autonomia refere-se à transferência de responsabilidades dos serviços centrais para as instituições de saúde, nomeadamente de cuidados primários. Trata-se de um mecanismo de descentralização baseado na convicção de que atribuir mais autonomia às organizações é uma condição necessária para a eficiência, qualidade e ganhos em saúde (47).

A autonomia faz parte das características da designada 'Nova Gestão Pública' (48), que pretende "substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, caracterizando-se pela profissionalização e autonomia de gestão, pela explicitação de medidas de desempenho e pela ênfase nos resultados (...)" (49). Os seus objetivos são a equidade, a eficiência e a responsabilização (50).

A descentralização só terá sucesso se estiver garantido o desenvolvimento da capacidade administrativa e da capacidade de tomar e implementar decisões. Caso contrário, haverá fragmentação de serviços, perda de equidade, manipulação de interesses e fragilização das funções reguladoras do setor público, que podem levar a estratégias de recentralização (51,52).

## **Aspetos positivos e negativos da descentralização organizacional e gestonária da saúde**

### **Aspetos positivos**

A descentralização da gestão tem vindo a ser apontada como um processo que contribui para uma maior satisfação das necessidades de equidade em saúde, assim como fator de encorajamento à integração da prestação de cuidados. Contribui para a contenção de gastos, para o aumento da satisfação dos profissionais para a redução das duplicações dos processos e serviços. Permite definir responsabilidades e contribui para a igualdade entre regiões, através de uma redistribuição seletiva de recursos (53). O mesmo autor defende que a evidência tem demonstrado que as organizações mais complexas, como é o caso das da saúde, obtêm melhores resultados se a sua estrutura organizacional for descentralizada.

Num estudo desenvolvido por Fernandes (53), os inquiridos afirmaram que “a descentralização do sistema de saúde permite adequar melhor o critério de localização da prestação em função das necessidades das pessoas” e que pode “contribuir para a racionalização da utilização dos serviços de saúde, facilitando a interligação entre os diferentes níveis de cuidados e promovendo a melhoria contínua da satisfação do utilizador”. No mesmo trabalho é concluído que a descentralização permite uma melhor adequação dos programas aos problemas de saúde locais.

Segundo um relatório do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (31), a delegação e desconcentração permitem uma maior liberdade de atuação às unidades locais de prestação de cuidados, o que pode traduzir-se numa maior agilidade no seu funcionamento e num aumento do desempenho e dos resultados. Por outro lado, estimula a capacidade de inovação, aumenta a eficiência e contribui para um sistema mais orientado para o cidadão (50,30). A autonomia de gestão a nível local leva a uma maior responsabilização das autoridades locais e regionais e melhora consideravelmente a implementação de estratégias de saúde baseadas em necessidades reais (31;30). Também contribui para uma melhor utilização dos recursos, maior flexibilidade e adaptabilidade que favorecem a coordenação e a possibilidade de controlar o desempenho. A administração central fica assim com mais recursos disponíveis para o planeamento estratégico do sistema de saúde (31,30).

Segundo um estudo realizado pelo GANEC (54), descentralizar:

- Melhora a gestão (concentra recursos qualificados, acelera o processo de decisão, baseia as políticas em evidência, gere efetivamente os recursos humanos disponíveis e promove a partilha e troca de conhecimentos);
- Contribui para a eficiência operacional (através da normalização de processos, da redução dos tempos, melhor acesso à informação e reportes mais fiáveis);
- Promove a poupança e redução de custos (pela obtenção de economias de escala, pela redução de duplicações e por um melhor ambiente competitivo) e melhora os serviços (através do foco no cidadão, melhor comunicação e mais qualidade).

**Quadro 4. Resumo das vantagens da descentralização no setor da saúde, encontradas na literatura**

<b>Para a satisfação</b>	Difunde cuidados orientados para o cidadão
	Permite liberdade na atuação das unidades prestadoras
	Promove maior e mais adequada satisfação das necessidades
	Aumenta a satisfação profissional e dos utentes
	Aumenta sentimento de responsabilidade entre os profissionais
<b>Para o desempenho do sistema de saúde</b>	Encoraja à integração de cuidados
	Reduz a duplicação de processos e serviços
	Melhora os resultados em saúde
	Facilita prestação adaptada às necessidades
	Adequa os programas aos problemas locais de saúde
	Melhora o acesso e a capacidade instalada
	Promove a implementação de estratégias de saúde
<b>Para a economia</b>	Facilita a contenção de gastos
	Optimiza a utilização dos recursos
	Melhora a gestão
	Aumenta a eficiência
<b>Para a sociedade</b>	Incrementa a equidade
	Difunde a igualdade entre regiões
	Estimula a inovação
	Contribui para a democracia e o envolvimento das comunidades
	Aumenta a responsabilização das autoridades locais e regionais

**Fonte: Elaboração própria**

## **Aspetos negativos**

De acordo com Proud'homme (39), se a descentralização não for implementada no tempo certo, na medida certa e com o objetivo certo, os seus efeitos podem ser negativos e mesmo prejudiciais. Nestes casos, é possível que comprometa a eficiência e a estabilidade e que contribua para o aumento das desigualdades (39).

Alguns autores (55) defendem que a descentralização pode contribuir para um aumento dos custos, pela necessidade de introduzir melhorias na coordenação e por haver disparidades no processo de tomada de decisão. É também mais difícil obter economias de escala: máxima rentabilidade dos fatores produtivos com um aumento mínimo dos custos de produção (55;50,30).

O risco de subotimização pode também ser interpretado como um fator negativo, sendo que as entidades locais poderão focar-se mais nos resultados do seu desempenho próprio que nos resultados do desempenho global (50). Poderá ainda contribuir para uma diversidade inapropriada de práticas e padrões existentes, especialmente ao nível da gestão de recursos humanos (30). A descentralização pode reduzir igualmente a possibilidade de efetuar estudos comparativos e de previsibilidade ao nível do sistema de saúde, o que poderá prejudicar o planeamento nacional (50).

Porém, quer os aspetos positivos quer os negativos, não resultam da descentralização em si mesma, mas da forma como os processos foram desenhados e implementados – é isso que faz a diferença quanto à equidade, eficiência e qualidade (23).

Para limitar a ocorrência de aspetos negativos e as suas consequências, a monitorização e a avaliação desempenham um papel crucial quando a autonomia chega ao nível local. A administração central e regional não deixam de ter relevo, pois devem garantir a existência de padrões de qualidade e o cumprimento dos objetivos e metas propostos. Para isso, devem dispor de um conjunto de instrumentos como a contratualização de indicadores, instrumentos de monitorização da prestação (sistemas de informação, planos de atividade, regulamentos internos e contratos-programa).

## **Descentralização na administração pública e na organização administrativa da saúde**

### **Administração pública em Portugal**

Estudar a reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal pressupõe o conhecimento do seu contexto na administração pública, estando sujeita e dependente das suas características, normas e princípios.

Administração pública: vasto e complexo conjunto de organismos, que existe e funciona para satisfação das necessidades da população. Pode ser vista como um sistema de serviços e entidades (administração pública em sentido orgânico), que atuam de forma regular e contínua para satisfazer necessidades coletivas (administração pública em sentido material ou objetivo) (56;57). É regulada por normas jurídicas do direito administrativo que determinam a sua organização, funcionamento e controlo (57).

De acordo com a Constituição da República Portuguesa, a administração pública rege-se por um conjunto de princípios:

- Desburocratização – deve ser organizada e funcionar em termos de eficiência e de facilitação da vida dos particulares;
- Serviço à população – deve ser estruturada de forma que os seus serviços se localizem o mais possível junto das populações;
- Participação dos interesses na gestão da administração pública – os cidadãos devem participar na tomada de decisões administrativas;
- Descentralização – a administração pública deve ser descentralizada;
- Desconcentração – impõe que a administração pública venha a ser, cada vez mais, desconcentrada. As competências necessárias à prossecução das atribuições devem ser distribuídas pelos diversos níveis da organização (58).

A administração pública segue um modelo de organização administrativa vertical. Trata-se de uma organização hierárquica, constituída por dois ou mais órgãos e agentes com atribuições comuns, ligados por um vínculo jurídico que confere ao superior o poder de direção (possibilidade de dar ordens e instruções) e ao subalterno o dever de obediência (56,57).

## **Administração pública: direta, indireta e autónoma**

A administração pública divide-se em administração direta, indireta e autónoma.

Na administração direta as entidades estão sujeitas ao poder de direção do Governo, existindo uma relação hierárquica subordinada. Neste tipo de administração estão abrangidos os serviços centrais de âmbito nacional (direções gerais) e os serviços periféricos de âmbito territorial (direções regionais, dependentes da administração central). É regulada pela lei nº 64/2011 de 22 de dezembro (4ª alteração à lei nº4/2004 de 15 de Janeiro, que estabelece os princípios e normas a que deve obedecer a organização da administração direta do Estado) (57,59). Esta lei tem particular interesse naquilo que se refere à interpretação da organização administrativa da saúde. O artigo 12º descreve que o desempenho de funções dirigentes é acompanhado pela realização de formação profissional específica em gestão. Já os artigos 18º, 19º e 20º referem que os titulares dos cargos de direção superior e intermédios são recrutados por procedimento concursal (57,59).

O constante alargamento e a crescente complexificação das funções administrativas do Estado levaram ao aparecimento da administração indireta (57,59). Nesta incluem-se as entidades que têm personalidade jurídica, sujeitas não ao poder de direção dos órgãos dirigentes do Estado, mas ao poder de orientação, fiscalização, superintendência e tutela. Trata-se de entidades públicas autonomia administrativa e financeira. Trata-se de multi personalizar o Estado com vista a uma melhor administração, mais eficiente e mais eficaz (57,59). A administração indireta não é uma “atividade” exercida pelo Estado: é transferida para outra entidade distinta. A essa transferência chama-se devolução de poderes (um dos tipos de descentralização definidos anteriormente), sendo que o Estado pode recuperar esses poderes através de legislação específica (57,59).

A administração indireta é composta pelos serviços personalizados (institutos públicos), pessoas coletivas de natureza institucional; pessoas coletivas de natureza patrimonial; e as entidades públicas empresarias, em que o Estado detém a totalidade do capital. Dá-se particular destaque aos institutos públicos, pelo seu interesse para a organização administrativa da saúde. De acordo com Vital Moreira (60) o “instituto público é a expressão do estado regulador, do estado empresário e do estado prestador de serviços” (60,61). Já a literatura anglo saxónica denomina os institutos públicos de *QUANGOS: quasi autonomous non governmental organisations*. Calcula-se a existência, em Portugal, de cerca 400 institutos públicos, embora a partir do

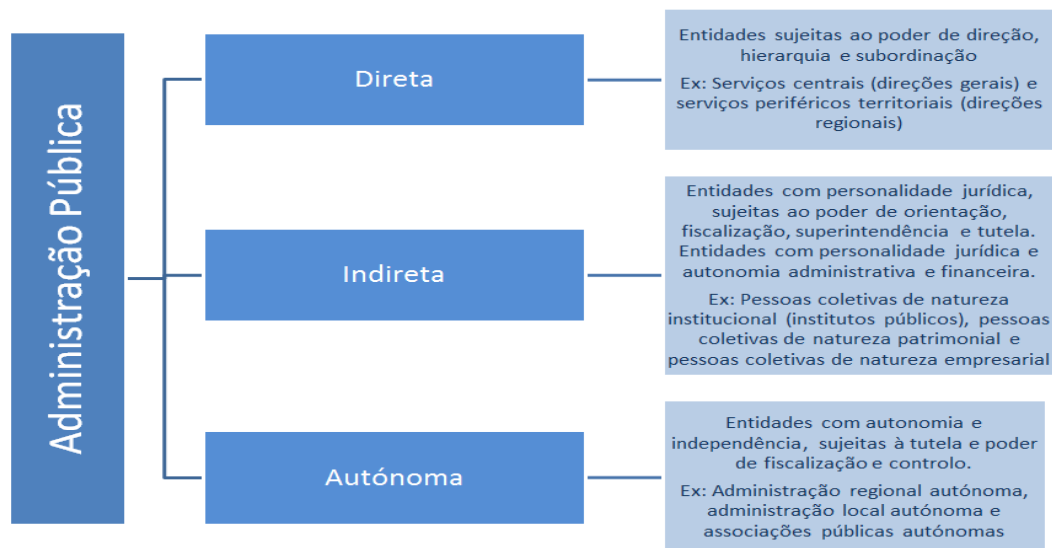


Governo de Durão Barroso (2002), tenha sido estabelecida uma política restritiva de extinção e fusão de institutos públicos, que se manteve nos governos seguintes (61).

De acordo com a Lei Quadro dos Institutos Públicos (LQIP) (nº 3/2004 de 15 de Janeiro, com última alteração pelo decreto-lei nº 96/2015 de 29 de maio), a decisão de criar estas entidades cabe ao Estado (com base em ato legislativo), assim como a sua extinção. Os institutos públicos dispõem de autonomia administrativa e financeira – tomam as deliberações, gerem a sua organização, cobram as suas receitas, realizam as suas despesas e organizam as suas contas (57)

Na administração pública existe ainda a administração autónoma, que aqui se cita apenas a título resumido, uma vez que não parece tão importante como as anteriores para a organização administrativa da saúde e consequentemente para o presente trabalho. A administração autónoma tem autonomia e independência na sua orientação e atividade. Todavia, está sujeita à tutela e ao poder de fiscalização e controlo. Neste tipo de administração está integrada a administração regional autónoma, a administração local autónoma e as associações públicas autónomas, como é o caso das ordens profissionais.

**Figura 4. Sistematização das formas da administração pública portuguesa**



**Fonte: Elaboração própria**

## **Concentração e desconcentração**

A concentração e desconcentração têm como base a organização vertical dos serviços públicos, dentro da mesma entidade e a ausência de distribuição de competências entre diversos graus da hierarquia do serviço (57,62). Existir desconcentração é sinónimo de mudança na própria conceção de Estado, uma vez que potencia a corresponsabilidade, permitindo que o poder local exerça de forma plena as suas capacidades. É, em simultâneo, uma exigência e um instrumento de democratização, de responsabilização e de participação (63).

Existe concentração de competências quando o superior hierárquico mais elevado é o único órgão competente para tomar decisões, ficando os subalternos limitados às tarefas de preparação e execução das decisões por ele emanadas (57). Quando a administração é desconcentrada, o poder decisório reparte-se entre o superior e um ou vários subalternos, que permanecem em regra sujeitos à direção e supervisão daquele (57). Por competências entende-se o conjunto de poderes que uma entidade pública tem por lei, para praticar atos e tomar decisões. Não se devem confundir com atribuições, que são as finalidades ou as funções específicas da pessoa coletiva (56,57).

## **Centralização e descentralização**

Diz respeito à organização das tarefas administrativas, centralizadas numa única entidade ou distribuídas por várias dotadas de algum grau de autonomia (61). A descentralização diz respeito à atribuição de funções administrativas a pessoas coletivas além da administração central (62). Implica uma transferência de competências do poder central para as regiões e/ou nível local, dando-lhes capacidade de decisão (62).

A descentralização reveste-se de várias formas e graus (62). Pode ser territorial (autarquias), institucional (instituto público) ou associativa (associações). Já quanto aos graus, é de primeiro grau se resultar diretamente da Constituição ou lei, e de segundo grau se resultar de um ato administrativo (62).

A descentralização parece apontar um conjunto maior de vantagens (62,57,59) como:

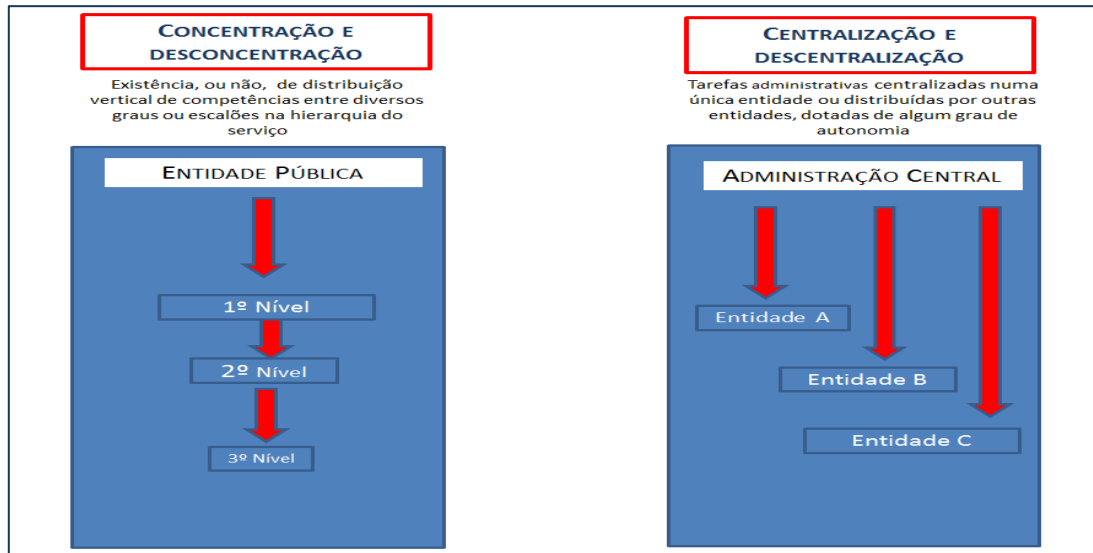
- Maior democratização que num sistema centralizado;
- Aproximação da administração pública às populações locais (maior eficiência na resolução de problemas e melhor aproveitamento dos recursos locais);
- Forma de limitação do poder central (permite evitar abusos de poder);

- Vantagens de custo eficiência face a um sistema centralizado;
- Garante liberdades locais (limita o poder político);
- Proporciona a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas;
- Aproveita, para a realização do bem comum, a sensibilidade das populações;
- Facilita a mobilização das iniciativas e das energias locais;
- Proporciona soluções mais vantajosas em termos de custo eficácia.

Apesar das vantagens, também são alguns os inconvenientes de um sistema descentralizado, nomeadamente (62,57):

- A existência de múltiplos centros de decisão;
- A existência de várias autonomias patrimoniais e financeiras;
- Possibilidade de mau uso dos poderes de administração (sendo necessário criar mecanismos de regulação, coordenação e controlo);
- Pode gerar descoordenação na função administrativa;
- Abre a porta ao mau uso dos poderes discriminatórios da administração, por parte de pessoas que podem não estar preparadas para as exercer.

**Figura 5. Sistematização dos conceitos relacionados com a administração pública portuguesa**



**Fonte: Elaboração própria**

## Reforma da administração pública

*“Temos uma administração pública que, no seu essencial, é napoleónica, é centralista, é setorialmente segmentada, com grandes dificuldades de coordenação horizontal e muito burocratizada no seu funcionamento” (64,65)).*

Para compreender a reforma dos cuidados de saúde primários, importa perceber de que forma esta se insere no contexto mais vasto das reformas da administração pública em geral. Nos últimos anos, a “reforma da administração pública” tem feito parte de todas as agendas políticas, o que é verificável nos programas dos vários Governos Constitucionais (anexo 1).

A reforma administrativa deve ser entendida como um conjunto sistemático de ações destinadas a melhorar a administração pública, de forma a torná-la mais eficiente e mais coerente com os princípios que a enquadram (59,66). Mozzicafreddo (67), afirma que as reformas na administração pública são condicionadas pelo contexto histórico, pela complexidade social e pela orientação do poder político. Já para o Banco Mundial (37), as reformas terão sucesso se as medidas forem politicamente desejáveis para os líderes políticos e politicamente praticáveis e credíveis para os *stakeholders*. É, também, essencial que se adotem mecanismos que promovam a boa governação e a eficiência.

#### **Quadro 5. Principais reformas dos últimos anos na administração pública portuguesa**

<b>Principais características</b>
Programas de reforma fiscal
Privatizações
Reformas realizadas no campo do orçamento e das finanças
Regulamentos administrativos com vista a eliminar procedimentos e obrigações para cidadãos e empresas
Programa de modernização administrativa (desburocratização e qualidade dos serviços)
Ênfase nas responsabilidades
Novo sistema retributivo (concorrer com privado e reter pessoal qualificado)
Legislação para a flexibilização da decisão (mais autonomia aos dirigentes)
Fusão e extinção de vários institutos públicos

**Fonte: (66)**

## **Teorias e princípios em que se têm baseado as tentativas de reformar o Estado e a administração pública**






As principais medidas começaram a desenhar-se nos finais dos anos 70 do século XX, ligadas à crise económica resultante do choque petrolífero e à influência ideológica da designada “Nova Direita”, que adotaram políticas neoliberais nos países de expressão anglo-saxónica, liderados por Reagan e Thatcher (68). A partir dessa altura começa a aparecer um movimento de reforma e modernização administrativa, tendo como objetivo tornar a administração pública mais eficiente e eficaz, centrada na proximidade e na melhoria dos serviços prestados (68).

Em 1989 teve lugar o Consenso de Washington, estabelecido entre o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial, o Tesouro dos EUA e a Organização Mundial do Comércio, que se baseou no princípio rudimentar do “bom e mau funcionamento” do Estado. Defendeu-se a eliminação progressiva do papel do Estado, pondo em causa a intervenção pública, mesmo nas áreas sociais e enaltecendo o domínio privado, entregando serviços e adotando modelos de gestão privada ou parcerias público-privadas (68).

O sistema de governo descentralizado foi implementado inicialmente na Alemanha, permitindo a implementação, em 1993, de um programa de reforma que teve como finalidade introduzir a gestão estratégica, os serviços orientados para os clientes, a substituição de normas por contratos, uma maior flexibilização na gestão e a aproximação da administração aos cidadãos (69,52).

Em geral, as reformas na administração pública são suportadas por duas teorias: a **centralização e a teoria da escolha pública** que enfatiza a burocracia e a centralização e o **managerialismo** que agiliza o funcionamento da administração, através da utilização de modelos e procedimentos da gestão empresarial (70, 71).

**Quadro 6. Princípios do *New Public Management* (nova gestão pública)**

PRINCÍPIO		SIGNIFICADO	
Profissionalização da gestão nas organizações públicas	Gestores perfeitamente identificados no topo das organizações, com liberdade para gerir e com poder discricionário		A responsabilidade requer concentração de autonomia evitando a difusão do poder
Padrões explícitos e medidas de desempenho	Objetivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso		Responsabilidade implica objetivos definidos aos quais deve ser dada a devida atenção, com vista à eficiência
Ênfase no controlo de outputs	Alocação de recursos e sistema de recompensas de acordo com o desempenho		Necessidade de investir em resultados e não nos processos
Viragem no sentido de desagregação das unidades do setor público	Divisão do setor público em unidades organizadas por produtos, com orçamento próprio e negociação		Possibilitar a gestão das unidades, separando provisão de produção e utilizando contratos dentro e fora do setor público
Incrementar competição no setor público	Mudança, no sentido de implementar contratos a prazo		Competição como meio para reduzir custos e melhorar os padrões de desempenho
Insistência em estilos de gestão e práticas de gestão privada	Alteração do estilo de serviço público para um mais flexível, no que respeita os salários e vigência de contratos		Necessidade de introduzir instrumentos de gestão empresarial do setor público
Insistência na parcimónia e disciplina na utilização de recursos	Reduzir custos e potenciar a disciplina de trabalho		Otimizar recursos públicos e fazer mais com menos

**Fonte: Adaptado de(72,71)**

Em Portugal, as principais linhas de atuação da reforma da administração pública, têm sido (71,68):

- Considerar prioritária a descentralização para concretizar os objetivos traçados;
- Dar relevo ao papel dos dirigentes no êxito das mudanças organizacionais, criando condições para que exerçam a sua função (com avaliação e responsabilização);
- Estimular a motivação do pessoal no desempenho profissional desenvolvendo a sua autonomia;
- Aplicar uma gestão participada a todos os níveis da decisão, sejam estratégicas ou política, conseguindo que os funcionários se identifiquem com os objetivos;
- Manter uma preocupação permanente com o ambiente de trabalho, promovendo o diálogo e a cooperação entre dirigentes, chefia e todo o pessoal;
- Avaliar o desempenho na base de objetivos e de resultados obtidos.

Influenciada pelo contexto internacional, a reforma da administração pública em Portugal tem passado por várias fases. Em 2005, a Resolução do Conselho de Ministros nº 124/2005, de 4 de agosto, que referia a importância da “descentralização de funções para a administração local (...)”, levou à criação do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) que teve como objetivos: i) Modernizar e racionalizar a administração central; ii) Melhorar a qualidade de serviços prestados aos cidadãos; iii) Colocar a administração central mais próxima do cidadão.

Também as Grandes Opções do Plano 2005-2009 apresentaram como um dos objetivos do Governo a descentralização de atribuições e competências da administração central para a administração regional e local (73).

As tentativas de reforma apostaram na descentralização para uma maior proximidade aos cidadãos e maior adaptabilidade às preferências locais, menor burocracia, maior eficiência e eficácia. Considerou-se deverem ser centralizadas as atribuições e competências cuja descentralização pudesse pôr em causa direitos sociais fundamentais, ou a equidade no tratamento de outros agentes económicos (73).

Já em 2013, a Resolução do Conselho de Ministros nº 15/2013, de 19 de março, cria o “Aproximar – Programa de Descentralização de Políticas Públicas”, no cumprimento dos princípios da subsidiariedade constante na Resolução do Conselho de Ministros nº 40/2011 de 22 de setembro e na concretização do objetivo do Memorando de

Entendimento, que previa a identificação e eliminação das situações de duplicação de atividades e ineficiências entre os serviços periféricos e descentralizados da administração central e local.

Em maio de 2014 foi aprovado em Conselho de Ministros o documento “Um Estado Melhor”, guião com orientações para a reforma do Estado, onde é abordada a questão da descentralização de competências ao nível dos municípios.

Algumas medidas foram implementadas mas a reforma da administração pública continua na agenda, por completar. Segundo Campos (74), a administração pública promove o fascínio pelo poder e a exigência da estabilidade e da segurança não permite combater a ineficiência, excesso de formalidade e entrave ao desenvolvimento, mantendo rotinas obsoletas e excesso de burocracia. As várias tentativas de reforma da administração pública encontram limitações, tendo algumas delas vindo a perdurar no tempo:

- Cultura intrínseca de comando-e-controle, que impede a experimentação;
- Peso da gestão corrente, por ausência de descentralização e responsabilização, que impede uma gestão estratégica;
- Recursos humanos pouco diferenciados (planeamento e organização);
- Insuficientes instrumentos operacionais (75).

#### **Quadro 7. Descentralização da administração na Constituição da República Portuguesa**

**Artigo 6º - Estado unitário** – o Estado é unitário e respeita na sua organização e funcionamento o regime autonómico insular e os princípios de subsidiariedade (tomada de decisão tão próximo quanto possível do cidadão), autonomia das autarquias locais e da descentralização democrática da administração pública.

**Artigo 267º - Estrutura da administração pública** - a administração pública será estruturada de modo a evitar a burocratização, a aproximar os serviços das populações e a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efetiva, designadamente por intermédio de associações públicas, organizações de moradores e outras formas de representação democrática. A lei estabelece adequadas formas de descentralização e desconcentração administrativa, sem prejuízo da necessária eficácia e unidade de ação da administração pública e dos poderes de direção, superintendência e tutela dos órgãos competentes. A lei pode criar entidades administrativas independentes.

**Fonte: Elaboração própria**



## Organização administrativa do setor da saúde

*“Desconcentrar, responsabilizar, descentralizar, regionalizar: de forma quase silenciosa tem vindo a concretizar-se nos últimos 10 anos numa importante desconcentração da administração central para o nível das regiões (...) é necessário prosseguir com a política de conferir mais autonomia e responsabilidade às instituições” (74).*

A administração da saúde tem com a administração pública uma relação jurídica regida pelo direito administrativo (76). A administração da saúde também é constituída por administração central, regional e local. Ao nível central, é ao Ministério da Saúde que compete a definição da política nacional de saúde, a execução e a avaliação de resultados (77).

O sistema de saúde português caracteriza-se pela existência de um serviço nacional de saúde (SNS), constituído por unidades de saúde (hospitais e centros de saúde), pertencentes ao setor público e na dependência do Ministério da Saúde (78). Paralelamente, existe também um setor privado da saúde que presta serviços mediante convenções, ao setor público. Não pode deixar de se referir o setor social, cujo peso aumentou muito com os cuidados continuados integrados, financiados com verba dos jogos sociais (79,80).

Tendo sido definidos atrás os conceitos de administração direta e indireta, é agora essencial compreender que, por um lado, fazem parte da administração direta (do Ministério da Saúde), a Secretaria-Geral, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Direção Geral da Saúde e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Por outro, fazem parte da Administração Indireta a Administração Central do Sistema de Saúde, a Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde (Infarmed), o Instituto Nacional de Emergência Médica, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (todas estas entidades são institutos públicos). Fazem ainda parte desta forma de administração os organismos periféricos (as cinco administrações regionais de saúde – Algarve, Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Norte – também elas institutos públicos) e os estabelecimentos públicos do SNS (designadamente os hospitais do setor público administrativo, tal como consta no organograma do Ministério da Saúde).

Por fim, o setor empresarial do Estado (pessoas coletivas de direito público, com natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa e financeira com património próprio, não estando sujeitas às normas da contabilidade pública. Este

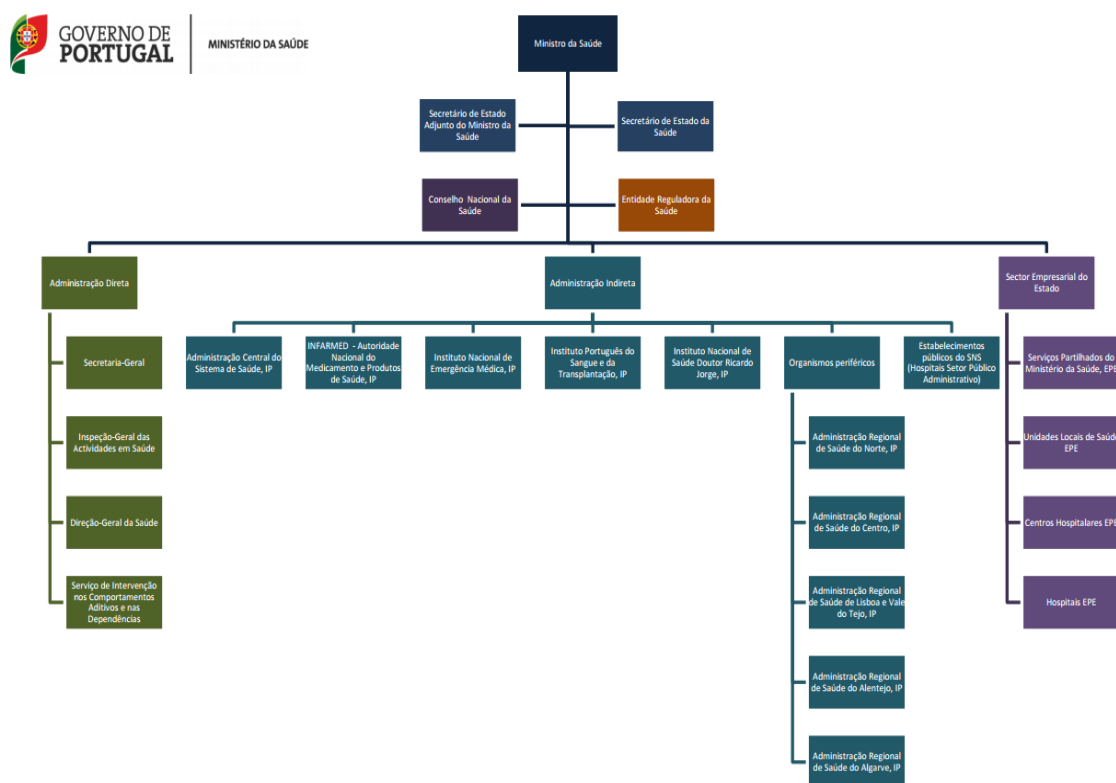
setor é composto pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, as Unidades Locais de Saúde EPE, os centros hospitalares EPE e os hospitais EPE.

Analisando o organograma, a primeira questão está em perceber qual a natureza jurídica e identidade organizacional dos cuidados de saúde primários, suas unidades funcionais e respetivos agrupamentos de centros de saúde, objeto central desta análise e que abrangem a totalidade da população residente no território de Portugal Continental. Não surgem na figura, nem tão pouco no âmbito dos “estabelecimentos públicos do SNS”, onde só estão englobados os hospitais do setor público administrativo.

Apesar dos estabelecimentos e serviços do Ministério da Saúde se regerem por legislação própria, e sabendo à partida que os centros de saúde se encontram na dependência das administrações regionais de saúde, embora não figurem no organograma, importa daqui retirar o que é explicitado sobre essas administrações: “têm por missão garantir à população da respetiva área geográfica o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção” (artigo 22º Lei Orgânica do Ministério da Saúde, 2006).

Esta Lei Orgânica fundamentou-se nos princípios emanados pelo Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE). Em 2011, resultado do *compromisso de eficiência*, o Governo determinou as linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), iniciou-se uma nova fase da reforma da administração pública, com a publicação do decreto-lei nº 124/2011 - nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Nesta nova lei, que até à atualidade já sofreu uma nota de retificação e três alterações (sem qualquer influência para a análise aqui em curso), as atribuições do Ministério são exatamente as mesmas que foram publicadas em 2006, assim como as atribuições das ARS.

**Figura 6. Organograma do Ministério da Saúde**



**Fonte: Portal da Saúde, 2015**

Apesar das suas atribuições constarem da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, as ARS regem-se por legislação própria, nomeadamente o decreto-lei nº 222/2007 de 29 de maio, alterado pelo decreto-lei 22/2012 de 30 de janeiro, tal como pela Lei-Quadro dos Institutos Públicos.

De acordo com a legislação de 2007, as ARS adotavam então um novo modelo, “centrado na simplificação da estrutura orgânica existente e no reforço das suas atribuições, no sentido de uma maior autonomia e de acomodação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde”. É igualmente de salientar que as competências do conselho diretivo podem ser delegadas no presidente ou em qualquer dos membros do conselho diretivo, havendo a faculdade de subdelegação. Todavia, os ACeS são apenas serviços desconcentrados, não assumindo aqui a descentralização a forma de delegação.

Neste decreto-lei está ainda expressa a extinção das “subregiões de saúde” e que “os diretores dos centros de saúde das subregiões extintas (...) ficam na dependência do conselho diretivo das respetivas ARS”. É ainda referido no nº 6 do artigo 17º que “(…)

são ainda extintas por diploma próprio, em 2007, todas as subregiões, podendo suceder-lhes: as respetivas ARS; as unidades locais de saúde criadas por diploma próprio; unidades de gestão de centros de saúde, criados por diploma próprio”. Assim, a legislação parecia permitir que a direção executiva dos ACeS assumisse a sucessão das subregiões que geriam os centros de saúde sob orientação das ARS.

Não pode deixar de ser referido que a lei regulamentar das ARS foi alterada em 2012, pelo decreto-lei nº 227/2012 de 30 de janeiro, com o objetivo de reestruturar o seu modelo de funcionamento, permitindo simplificar e eliminar estruturas e hierarquias cujas competências poderiam ser exercidas de um modo mais eficiente. Para a atual análise, um dos aspetos fundamentais deste novo decreto-lei, é o nº 3 do artigo 2º, que expressa que “as ARS dispõem de serviços desconcentrados, designados por agrupamentos de centros de saúde, do SNS”.

Analisando agora as atribuições das ARS nesta versão atualizada da lei, verifica-se que as mesmas passaram de um total de 23 para 18, assim como também foram reorganizadas as competências dos conselhos diretivos, que passaram de 17 a 10, tendo algumas sido agregadas. Estas alterações não têm impacto na análise que aqui se realiza e podem ser consultadas em detalhe no anexo 2.

Estando já referido, na última atualização da legislação reguladora das ARS, a existência dos ACeS enquanto organismos desconcentrados das mesmas, cumpre agora analisar a legislação que os consagra. A legislação dos ACeS (decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro) surgiu no seguimento da reforma dos cuidados de saúde primários, tendo como base o reconhecimento deste nível de cuidados como pilar central do sistema de saúde, constituindo a linha da frente do SNS e interface primordial entre os cidadãos e as unidades e serviços prestadores de cuidados de saúde (81).

Do decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro retira-se, em primeiro lugar, que o “Governo esteve (...) a estudar aquela que considera ser a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir, sem esquecer os ganhos em saúde conseguidos pelas unidades de saúde familiar”. Segundo o artigo 2º, sobre a natureza jurídica dos ACeS, estes são serviços com autonomia administrativa, sendo serviços desconcentrados das ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção. Todavia, não se pode dizer que os ACeS estão na administração direta porque este é um conceito que se refere às entidades que estão

na dependência do Governo (em sentido geral) e não na dependência de um qualquer serviço ou entidade pública, como é o caso das ARS.

O artigo 19º expressa a designação do diretor executivo do ACeS – há uma proposta fundamentada pelo conselho diretivo da ARS e quem designa é o órgão do governo responsável pela saúde, embora essa competência possa ser delegada no conselho diretivo da ARS. As competências do diretor executivo de um ACeS, passam por gerir as atividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamentos do agrupamento.

A criação dos ACeS veio determinar a extinção dos anteriores serviços das ARS de âmbito subregional, quando o decreto-lei 28/2008 entrou em vigor (segundo refere a lei). É expresso que as ARS sucedem nas atribuições das subregiões de saúde, sem prejuízo das que tenham sido atribuídas aos ACeS (neste diploma) ou das que sejam atribuídas às unidades locais de saúde. Contudo, é fundamental ter em conta que as atribuições são meras finalidades e não competências, pelo que a “extinção” das subregiões não veio conferir quaisquer poderes (competências) das mesmas aos ACeS.

O decreto-lei 28/2008 foi já alvo de cinco alterações, não trazendo modificações aos aspetos de organização e gestão dos ACeS que para esta análise interessa (decreto-lei nº 81/2009 de 2 de abril, decreto-lei nº 102/2009 de 11 de maio, decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro, decreto-lei nº 253/2012 de 27 de novembro e decreto-lei nº 137/2013 de 7 de outubro).

Após estas alterações (exceto a última de 2013), em outubro de 2012 foi publicada a portaria nº 308/2012 de 9 de outubro, conjunta da Presidência do Conselho de Ministros e dos Ministérios das Finanças e da Saúde, que estabeleceu que alterações ao mapa geográfico dos ACeS da ARS Alentejo “face ao tempo decorrido e à experiência adquirida na vigência do modelo de organização de ACeS (...), e particularmente ponderados os estudos de planeamento de nível regional que foram efetuados pela ARS (...)”. Esta portaria funde dois ACeS do Alentejo Central num único agrupamento.

No seguimento desta portaria, foram publicadas mais três, que reorganizaram os ACeS das ARS do Norte (portaria nº 310/2012 de 10 de outubro) da ARS Centro (394-A/2012 de 29 de novembro), da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (394-B/2012 de 29 de novembro). A ARS do Algarve não procedeu a reorganização a este nível.

É de assinalar que a fusão dos ACeS da ARS Norte ultrapassou o limite de 200 mil utentes, sendo que à data da publicação da portaria, essa regra ainda não havia sido suprimida (apenas foi suprimida com o decreto-lei nº 253/2012 de 27 de novembro).

Tendo sido referido, na legislação analisada, a extinção das subregiões de saúde e a passagem das suas atribuições para os ACeS, salvo as que passassem para as respetivas ARS, interessará compreender quais as atribuições e/ou competências destes organismos. Todavia, pesquisando o tema na lei, não se encontra qualquer diploma específico que regule a criação jurídica da figura das “subregiões de saúde”. Na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de agosto), a Base XVIII – organização do território para o sistema de saúde – regula que a organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde e que estas podem ser divididas em subregiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e a operacionalidade do sistema. A Base XXVI – organização do serviço nacional de saúde – refere que este é tutelado pelo Ministério da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo conselho de administração da respetiva administração regional de saúde, sendo que em cada subregião existe um coordenador subregional de saúde e em cada concelho uma comissão concelhia de saúde. Portanto, a referência às subregiões é meramente territorial, sem que corresponda à criação de qualquer serviço ou entidade, nem às suas atribuições, a não ser o que consta na Base XXVIII – coordenador sub-regional de saúde – “ao coordenador subregional de saúde cabe coadjuvar a administração regional no exercício das suas funções no âmbito da subregião e exercer as funções que o conselho diretivo da administração regional de saúde nele delegar”.

Foi analisado o decreto-lei nº 11/93 de 15 de janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de confirmar alguma informação relativa às subregiões de saúde. De notar que este diploma surge do imperativo expresso na Lei de Bases da Saúde de 1990, de aprovar um novo estatuto para o SNS. O artigo 3º, no nº 2, determina a extinção das administrações regionais de saúde criadas ao abrigo do decreto-lei nº 254/82 de 29 de julho (ARS de âmbito distrital), transitando o respetivo património para as novas administrações regionais de saúde. No mesmo Estatuto, encontra-se referência aos centros de saúde, expressando no artigo 6º, que dependem orgânica e funcionalmente da administração regional de saúde da respetiva área, a qual assegura as verbas necessárias ao seu funcionamento, enquanto não forem criados os *grupos personalizados de centros de saúde*, que na realidade nunca chegaram a ser criados.

Naquilo que respeita à organização e ao funcionamento do SNS, o Estatuto expressa a sua organização em regiões de saúde, que se dividem em subregiões, integradas por áreas de saúde, que correspondem às áreas dos distritos do continente.

O Estatuto do SNS foi alvo de algumas alterações, devido à legislação que foi sendo publicada. Todavia, estas alterações não têm modificações naquilo que respeita a função das subregiões de saúde.

As várias alterações à lei e consequentemente na organização administrativa da saúde, permitem identificar várias fases de reforma deste setor, tal como aconteceu na administração pública em geral. Em cada uma dessas fases, foram implementadas diferentes políticas de saúde, com efeitos na organização e estrutura do sistema de saúde e no modo como as suas várias componentes se têm desenvolvido e gerido (Faria, 2010). Na perspetiva de Faria (2010) e analisando a legislação acima descrita, é possível distinguir várias fases de “reforma” administrativa da saúde.

Na primeira, entre 1976 e 1990, prevalecia a ideia de subordinar o setor privado ao conceito de medicina social, transformando o SNS na grande entidade prestadora de cuidados de saúde. A partir da década de 90 e até 2002, foi implementada a Lei de Bases da Saúde e construído um quadro legal para o setor da saúde. Neste período, o SNS foi integrado num conceito de sistema de saúde, de que faz parte também o setor privado. Foi igualmente nesta fase que surgiu a gestão privada do setor público da saúde, com a experiência do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra). A terceira fase, no início dos anos 2000, com a alteração à Lei de Bases da Saúde, para permitir a transição de 33 hospitais públicos para entidades SA (sociedades anónimas).

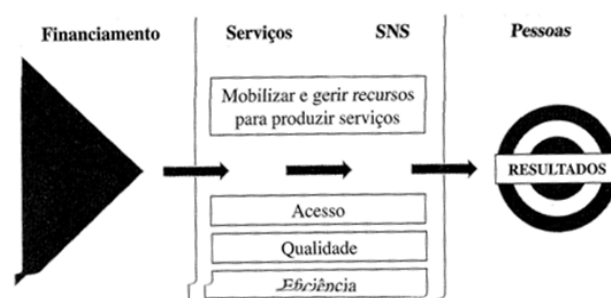
Posteriormente, em 2005 deu-se um novo período de alterações, com a passagem dos hospitais SA para entidades públicas empresariais (EPE) e ainda marcado com o início da reforma dos cuidados de saúde primários, baseada em experiências iniciadas na década de 90 (78).

A figura 9 representa os acontecimentos mais importantes na cronologia do Serviço Nacional de Saúde e dos cuidados de saúde primários, destacando nas caixas mais escuras as principais tentativas de reforma deste nível de cuidados. Estão também representadas as principais medidas implementadas com vista à descentralização (quer pela via da qualificação, quer pela da privatização), as principais lideranças em cada momento e os contextos nacional e internacional.

A descentralização da saúde em Portugal pode ser vista segundo Campos (2004), como “um modelo nunca implementado” apesar de, em teoria ser um conceito presente no sistema de saúde desde a Constituição de 1976, onde se previa uma regionalização administrativa (que foi rejeitada no referendo de 1998).

Aquando da definição do conceito de cuidados de saúde primários, na Declaração de Alma Ata (1978), foi recomendado que os governos aperfeiçoassem a estrutura administrativa, de modo a adequar os níveis e métodos de gestão que permitissem planejar e colocar em prática este nível de cuidados. Todavia, na mesma declaração eram já previsíveis dificuldades, sendo identificados desde logo como obstáculos a falta de descentralização e de participação, de um compromisso político apropriado e de uma política de saúde bem formulada (82). A organização das instituições do SNS não pode cingir-se à tradicional organização da administração pública portuguesa, segundo o modelo clássico de comando-e-controle, com níveis descendentes de autoridade e de autonomia, sempre em dependência do nível anterior (figura 7).

**Figura 7. Modelo tradicional do sistema de saúde e do SNS**



**Fonte: (83)**

O modelo tradicional tem demonstrado adaptar-se mal às exigências da saúde, do trabalho dos profissionais, à complexidade do sistema e à rápida evolução das várias componentes que constituem o sistema de saúde. Tem sido necessário evoluir para um modelo flexível e adaptativo (figura 8), que seja capaz de responder às exigências do sistema, de conhecer as agendas dos vários atores, partilhar conhecimento e que regule e oriente (83).

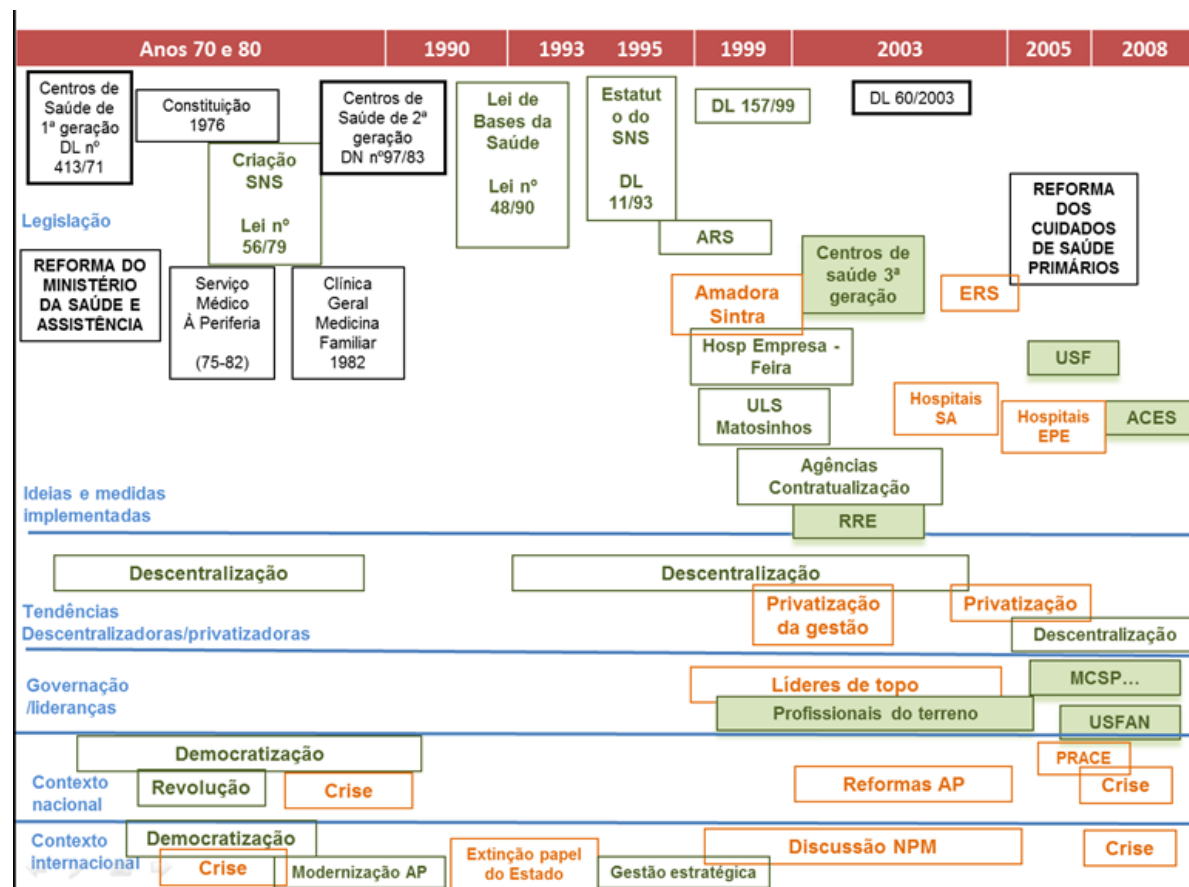


**Figura 8. Modelo do sistema e SNS com introdução de inteligência estratégica na governação da saúde**



**Fonte: (83)**

Figura 9. Aspetos mais importantes da evolução do SNS e dos CSP e seu contexto



Fonte: Elaboração própria

## **Descentralização na organização e gestão dos CSP: experiências internacionais**

A descentralização da gestão na saúde não é um tema exclusivo de Portugal, havendo exemplos de vários processos descentralizadores, ao longo dos anos, pelo mundo, promovidos pelo contexto político tendente à democratização, pela emergência de respostas às necessidades impostas pela crise e pelos aspetos relacionados com a introdução de reformas na administração pública.

No Brasil, na década de 70, desenvolveram-se iniciativas necessárias devido aos resultados negativos da “centralização autoritária e da concentração de poderes” (84). Estes movimentos nasceram em cidades como Niterói, Campinas e Londrina, mas rapidamente se estenderam a outros municípios e a partir de 1987 deu-se início à transferência de atribuições, recursos financeiros, profissionais de saúde e instalações e equipamentos, para a gestão local da saúde. Este novo modelo descentralizado permitiu a expansão da cobertura assistencial, através da implementação de um novo modelo de cuidados (Programa de Saúde da Família), ajustado às restrições de gastos públicos e do estabelecimento de novas formas de contratação de pessoal, mais flexíveis e adaptadas às necessidades (84). Passados cerca de três anos sobre a publicação da Lei Orgânica da Saúde no Brasil, foram sistematizados os critérios para descentralizar os recursos (85). A descentralização atribuiu ao nível local autonomia (política, administrativa e financeira), assim como poder de decisão relativo ao planeamento e ao ordenamento dos serviços de saúde. Para este processo, contribuiu a pressão exercida pelos profissionais, cansados da pressão centralizadora e dos excessos dos poderes concentrados (86), adquirindo aqui as suas lideranças um papel importante.

No ano 2000, a descentralização foi considerada fundamental para cumprir os “Objetivos do Milénio”, na medida em que contribui para o combate aos problemas causados pela centralização, como a burocracia, a inflexibilidade, a corrupção, a ausência de orientação para a comunidade e a abordagem setorial da saúde (24). No Nepal, desde 2002 iniciou-se um processo de descentralização da responsabilidade local da gestão da saúde. A finalidade era a de responsabilizar os órgãos locais pela operacionalização e gestão e garantir serviços de saúde céleres e eficientes, com base em princípios de transparência e de boa governança, assim como para garantir a mobilização dos recursos locais disponíveis para o nível de cuidados de proximidade. Esta descentralização baseou-se na necessidade de dar resposta aos problemas sociais e de saúde das comunidades (87).

Na Europa, desde os anos 60 que se tem assistido a várias reformas na dimensão e funcionamento das estruturas de governação local de saúde. A título de exemplo, a Dinamarca após a reforma de 1970, transformando as 1300 unidades administrativas em 275 “*kommune*”. Esta reforma está diretamente relacionada com o aumento exponencial das tarefas a cargo do setor público e com a expansão das localidades (31). O sistema de saúde dinamarquês é descentralizado em termos políticos, financeiros e operacionais, sendo, a par com a Finlândia, os países com maior descentralização na saúde na Europa (88).

No sistema de saúde da Finlândia é seguido o princípio de que os serviços utilizados a nível local devem aí ser produzidos e geridos. É assim defendida a descentralização, acreditando-se que contribui para o bem estar geral, pois as autoridades centrais atuam de acordo com as necessidades e preferências locais. Importa ainda referir que neste país, a despesa per capita em termos de saúde tem sido relativamente baixa, embora com grau de descentralização elevado, o que contraria os argumentos de que sistemas descentralizados envolvem maiores custos (89).

Em Espanha, os cuidados de saúde são prestados principalmente pelo serviço nacional de saúde e financiados pelos impostos. O serviço de saúde caracteriza-se por uma descentralização, englobando 17 serviços regionais de saúde que planeiam, gerem, financiam e prestam cuidados de saúde nas 17 comunidades autónomas em que o país está dividido. Este processo de descentralização iniciou-se em 1981 e desenvolveu-se em duas fases distintas: i) até 1994 os poderes do setor da saúde foram descentralizados para as 7 regiões históricas do território; ii) em 2002 os cuidados de saúde foram transferidos para as restantes comunidades autónomas. Importa aqui sublinhar que este processo de descentralização não acontece com o fim específico de introduzir melhorias no setor da saúde, mas antes como parte de um processo global de descentralização da administração pública enquanto consequência de requisitos políticos das comunidades autónomas (31).

A descentralização teve resultados positivos, destacando-se a capacidade da administração central promover reformas institucionais com base em experiências e conhecimentos adquiridos ao nível local, a introdução da inovação na gestão e nas políticas de saúde implementadas e de mecanismos informais de cooperação (31). Metade da população acredita que a descentralização contribuiu para um aumento da capacidade do governo responder melhor às necessidades e preferências dos cidadãos. Alguns estudos apontam para o facto do processo de descentralização

contribuir para o aumento da “autoridade” dos cidadãos e para uma maior exigência de responsabilização junto das entidades competentes e ainda de *accountability* e melhor coordenação “*bottom-up*”(31).

No Reino Unido as responsabilidades referentes aos cuidados de saúde foram descentralizadas, sendo o nível de autonomia variável. O financiamento é feito sobretudo pelos impostos. Já as responsabilidades diretamente relacionadas com a prestação dos cuidados foi desconcentrada para os órgãos locais (Primary Care Trusts em Inglaterra, Health Boards na Escócia, Local health Groups no País de Gales e Health and Social Services Boards na Irlanda do Norte) (31). A administração central controla os impostos e a despesa pública, sendo que os fundos públicos são redistribuídos pelos diferentes países (31).

No caso concreto da descentralização para o nível dos cuidados de saúde primários, é de salientar o papel dos PCT: trata-se de organizações locais que abrangem uma população entre 80.000 a 300.000 indivíduos, responsáveis pela gestão dos serviços de saúde e pela referência para serviços especializados. São também responsáveis pela integração dos cuidados de saúde com os de âmbito social. Os coordenadores destes grupos são responsáveis por assegurar a qualidade dos cuidados e o controle financeiro, com base numa negociação prévia com a administração central (90).

Já em Portugal, e de acordo com Saltman e colaboradores (31), a melhoria de alguns indicadores de saúde, como a mortalidade infantil, podem atribuir-se à combinação de interações sociais e de saúde facilitadas pelo processo de descentralização territorial e administrativa que teve início depois do 25 de abril de 1974 e pelo aumento do acesso e da qualidade dos cuidados prestados (91, 31). O acesso e a qualidade parecem estar relacionados com a expansão geográfica dos cuidados primários. Embora persistam ainda algumas desigualdades no sistema de saúde português, que resultam num acesso desigual aos cuidados, estas devem-se essencialmente a fatores políticos tais como a ausência de continuidade na implementação de políticas, de uns governos para os outros, e a duplicação de estruturas, o que fomenta a centralização ao nível do planeamento, alocação de recursos e avaliação do desempenho.



## ESTUDO I. DESCENTRALIZAÇÃO NO SNS E NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

*“O modelo clássico da administração pública baseada em princípios de hierarquia e autoridade, na qual a administração da saúde se integra, está a ser abandonado em todos os países da Europa Ocidental, aparecendo em sua substituição um modelo assente nos princípios de descentralização, flexibilização, autonomia, diferenciação organizacional (...)” (52).*

### Introdução

No sentido de contribuir para a resposta à pergunta de investigação que esteve na base deste trabalho - **A reforma dos cuidados de saúde primários impulsionada em 2005 permitiu descentralizar a organização e a gestão para os ACeS?** – pareceu oportuno começar por desenvolver um estudo que permita identificar a descentralização da gestão neste nível de cuidados.

Este estudo analisa a reforma dos cuidados de saúde primários no sentido de identificar as iniciativas associadas à descentralização das decisões neste setor. Dedicar-se essencialmente à implementação, evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal e suas principais características, abordando em detalhe a estratégia de descentralização desenvolvida ao longo da história deste nível de cuidados, recorrendo aos diplomas legais que estiveram na base ao seu desenvolvimento.

Este estudo, para além de reforçar a tese apresentada na introdução do trabalho, visa contribuir para a compreensão do contexto da descentralização que aqui está em análise – os cuidados de saúde primários.

### Objetivos

O objetivo principal deste estudo I é o de analisar o processo de descentralização na organização e gestão dos cuidados de saúde primários, focando-se essencialmente no período da reforma de 2005.

Como objetivos específicos, este estudo pretende:

- Rever as circunstâncias em que foram criados os centros de saúde em Portugal e o papel que os cuidados de saúde primários têm desempenhado no sistema de saúde português;

- Analisar a evolução dos cuidados de saúde primários no país, com especial atenção à reforma de 2005 e os principais fatores que influenciaram essa evolução;
- Identificar e analisar as oportunidades e iniciativas no sentido da descentralização da organização e gestão dos cuidados de saúde primários, com particular atenção àquelas associadas à reforma de 2005.

## Metodologia

Este estudo é constituído por uma parte teórica visando a compreensão do fenómeno - das tentativas de descentralização dos cuidados de saúde primários em Portugal; e outra de identificação dos aspetos de descentralização e do nível de autonomia que existe nestes cuidados.

Foi realizada uma revisão de literatura, método qualitativo que tem na sua origem uma pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2), tem a vantagem de permitir uma vasta cobertura de temas. Segundo Rother (5) e Fortin (6) uma revisão deste tipo é apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual (para mais detalhes, ver secção dedicada à metodologia).

Uma pesquisa realizada na B-On e na Biblioteca Eletrónica da ENSP, utilizando como expressões de pesquisa “cuidados de saúde primários”, “reforma”, “descentralização AND centros de saúde” e “ACeS” resultou em 2327 referências bibliográficas, sobretudo artigos publicados em revistas indexadas, mas também documentos oficiais do Ministério da Saúde e trabalhos académicos realizados sobre esta temática. Os critérios de seleção centraram-se no contexto do setor da saúde, sem limitações de data.

A seleção dos artigos para análise foi realizada com base numa leitura prévia dos títulos das 2327 referências resultantes da pesquisa. Após uma primeira fase de seleção resultaram 223 referências. Destas, passou-se a uma segunda fase de seleção, através da leitura dos resumos, que reduziu a seleção a 70 artigos. De referir que na inexistência de resumo, procedia-se à leitura integral do documento ou artigo.

Posteriormente, foram analisados todos os documentos produzidos pela Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e pelos Grupos de Acompanhamento da reforma que foram sendo criados a partir de 2010, o que foi possível através da existência de um arquivo que esteve disponível *online* na página “CSP Portugal”



(entretanto colocado *offline*), embora o site da ACSS mantenha disponível muitas dessas referências. Foram também tidos em conta e analisados documentos não disponíveis ao público, cedidos por elementos que fizeram parte dos grupos acima referidos.

Foi igualmente realizada pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos e publicações consultados, o que contribuiu para a robustez da revisão de literatura, conduzindo a outras publicações que de outro modo não teriam sido incluídas na análise, por não estarem disponíveis nas bases consultadas.

Foram realizadas fichas de leitura de todos os documentos analisados e organizadas de acordo com as seguintes categorias: sistema de saúde; cuidados de saúde primários; evolução dos cuidados primários; centros de saúde; descentralização; ACeS; municipalização; reforma 2005.

Por fim, foi efetuada pesquisa nos Diários da República (*online*) com o objetivo de identificar a legislação da área da saúde e nessa, a que se refere aos cuidados de saúde primários. Desses diplomas foram selecionados para análise aqueles que abordam aspetos relacionados com a descentralização da organização e gestão dos cuidados de saúde primários.

Da análise aos artigos selecionados foi possível caracterizar este nível de cuidados, descrever a sua evolução, compreender a reforma iniciada em 2005 e identificar as medidas e consequências das várias tentativas de descentralização ao longo dos anos, com especial incidência para a criação dos ACeS e a expectativa de lhes ser atribuído um maior grau de autonomia de gestão do que aquele que existia até então nos centros de saúde.

## Resultados

### Os cuidados de saúde primários no sistema de saúde português

*“Os centros de saúde são em Portugal um património cultural, técnico e institucional que importa não apenas preservar, mas também modernizar e desenvolver, pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população” (92).*

Os cuidados de saúde primários, são, a par dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados, uma componente do SNS. Como tal, não podem ser vistos isoladamente, mas sempre em articulação com outros componentes e integrados, globalmente, no sistema de saúde.

Usategui e Kennoy (93) definem o sistema de saúde como o conjunto de elementos próprios dos serviços de cuidados de saúde e de outros setores relacionados, em interação dinâmica com a comunidade, que visa obter um nível de saúde crescente. Os sistemas de saúde pretendem assegurar serviços apropriados e acessíveis à população. Para tal, contam com um conjunto de organizações, instituições e recursos de entrada (capital humano, infraestruturas, equipamento e meios financeiros) e por mecanismos que asseguram serviços de saúde efetivos e eficientes (informação, planeamento, gestão, monitorização e governança) (94,22).

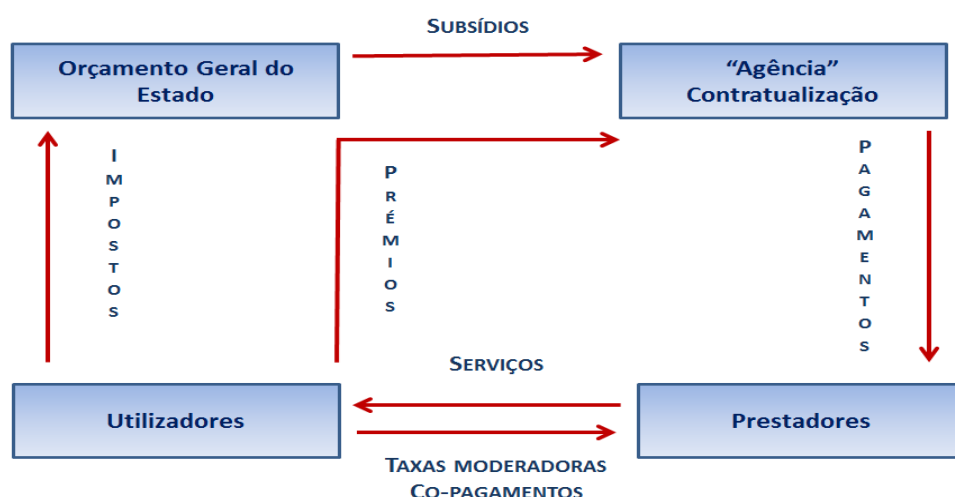
De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os seus principais objetivos são a melhoria da saúde da população, responder às suas expectativas e garantir justiça na contribuição financeira (95). Mas nem sempre têm sucesso nesta missão, pelo que as reformas têm sido uma tentativa de criar abordagens e estratégias que levem os sistemas a atingir as suas finalidades. Estas reformas têm-se baseado, em geral, nos seguintes aspetos (94, 22):

- Melhoria do desempenho através da reestruturação de pessoal, formação, qualificação e aplicação de regimes de incentivos;
- Descentralização, pela delegação de autoridade e responsabilidades para a administração local;
- Melhoria das atividades e funções dos ministérios da saúde, reestruturando, melhorando a gestão de recursos humanos e financeiros e desenvolvendo as funções de planeamento e definição de políticas;
- Introdução de diferentes opções de financiamento;
- Introdução de mecanismos de concorrência regulada;
- Ligação ao setor privado.

O sistema de saúde português, definido da Lei de Bases de Saúde (1990), é um sistema que se caracteriza por garantir a universalidade do acesso e ter uma organização regionalizada, embora ainda essencialmente de comando-e-controlo (96,97).

Apoia-se no modelo beveridgeano, assente em serviços públicos, cujo financiamento é realizado com base em receitas fiscais públicas e por contribuições obrigatórias (Harfouche, 2008). Existem ainda alguns copagamentos, embora designados por taxas moderadoras. O modelo de financiamento é o se apresenta na figura 10 (98)

**Figura 10. Financiamento dos cuidados de saúde em Portugal**



**Fonte: Adaptado de (99,97).**

A estrutura de financiamento do sistema de saúde, assim como os meios de obtenção de fundos, são dois fatores chave na implementação e sucesso de processos de descentralização (38). No que respeita aos cuidados de saúde primários, até finais da década de 90 o seu financiamento era exclusivamente retrospectivo, resultando do orçamento do ano anterior, corrigido com a tabela salarial da função pública e um acréscimo que contemplava as disponibilidades dos serviços. A partir de 1998, iniciou-se o financiamento de base capitolacional, para maior equidade da distribuição dos recursos, atendendo à composição etária da população. Esta alteração foi importante, dada a baixa percentagem do orçamento da saúde atribuída aos cuidados primários (96).

A evidência tem demonstrado que há vantagens para os sistemas quando se centram em cuidados primários comparativamente a sistemas que tendam para cuidados especializados: melhores resultados clínicos, maior equidade, acesso e continuidade e menores custos (100). Para Starfield (101) países com maior orientação para os cuidados primários apresentam maior probabilidade de melhores níveis de saúde e custos mais reduzidos.

Os cuidados de saúde primários podem ser observados como um “subsistema” próprio dentro do conjunto do sistema de saúde, com especial foco na facilitação do acesso e na utilização de serviços coordenados e integrados, com vista aos resultados em saúde da população (102). De acordo com uma revisão sistemática da literatura realizada por Kringos e colaboradores (103), este “subsistema” é constituído por três dimensões: estrutura, processo e resultados (103).

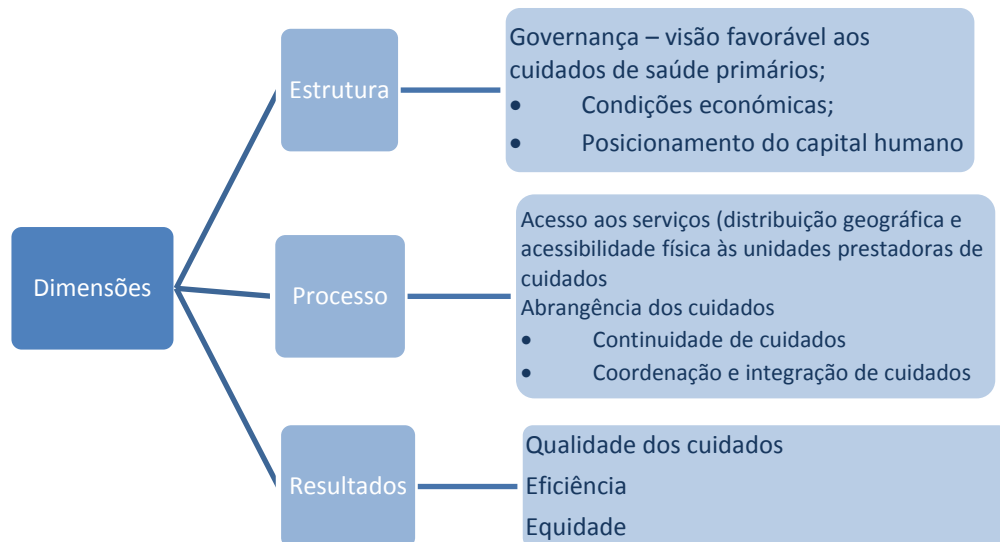
Destas dimensões, os aspetos que integram a estrutura referem-se às condições básicas essenciais ao bom funcionamento, incluindo as políticas e normas assim como os recursos necessários. A dimensão processo está associada à prestação de serviços. Por fim, nos resultados constam as que dizem respeito à qualidade e segurança dos cuidados, à efetividade, à eficiência e à equidade.

Apesar de em 1920 o Relatório Dawson se referir aos cuidados de saúde primários como um dos três níveis da organização dos sistemas de saúde (101), a primeira definição é apontada como aquela que consta na Declaração de Alma Ata, de 1978, estando Halfdan Mahler na direção da Organização Mundial de Saúde: “Os cuidados de saúde primários consistem na prestação da assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, colocada ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantido, pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto—responsabilização e auto-determinação”.

Núcleo central do sistema de saúde, entrosado com a comunidade e em torno do qual se estruturam todas as restantes componentes do sistema, os centros de saúde, organizações prestadoras de cuidados primários, são unidades funcionais e organizativas que têm como funções planejar, coordenar e prestar cuidados de saúde (104). Caracterizam-se por:

- Corresponder às necessidades essenciais em saúde de um agregado populacional;
- Exigir a compreensão de cada indivíduo no seu todo físico e psicológico, no seu contexto familiar e social específico;
- Dispensar o recurso a tecnologia diferenciada ou a um nível de assistência que retire o indivíduo do seu meio.

**Figura 11. Dimensões dos cuidados de saúde primários**



**Fonte: Adaptado de (103)**

Ramos (105), utiliza as interpretações da Organização Mundial de Saúde para definir o conceito de cuidados de saúde primários enquanto:

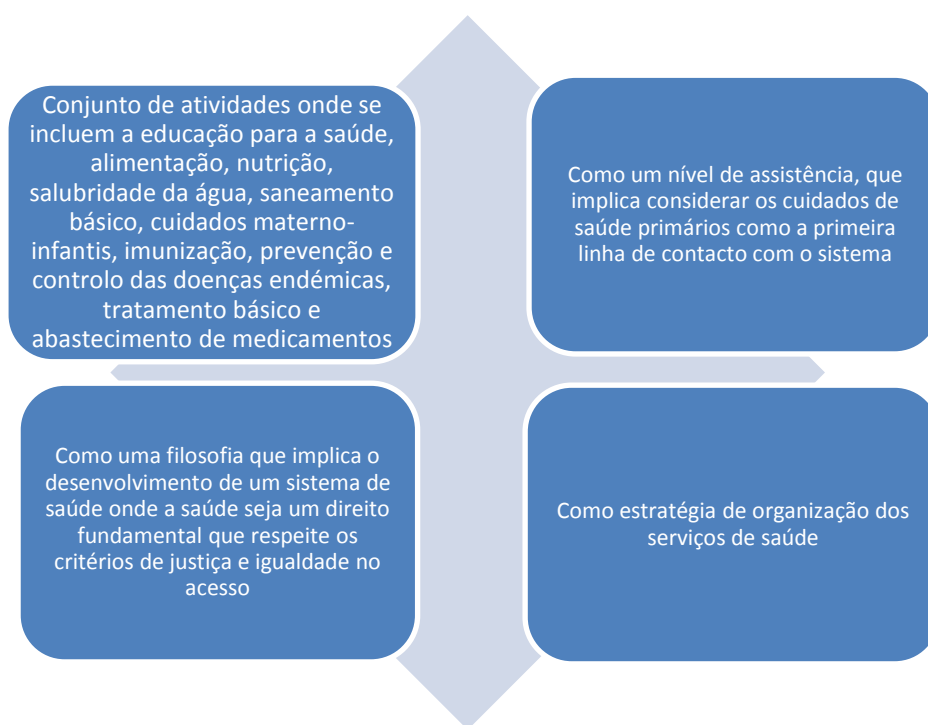
- Conjunto de atividades que incluem a educação para a saúde, vacinação, saúde ambiental, planeamento familiar, saúde materna e infantil, saúde escolar e diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crónicas comuns;
- Estratégia de intervenção em saúde, em que a comunidade participa e tem o seu nível de responsabilização, levando à cooperação intersectorial e ao estabelecimento de parcerias;
- Filosofia do sistema de saúde, vistos como elo de contacto e ligação entre todos os elementos do sistema de saúde.

Os cuidados de saúde primários são para Starfield (101):

- Cuidados gerais e acessíveis em termos de tempo, espaço e financiamento;
- Integrados e promotores da continuidade;
- Baseados no trabalho de equipa;

- Holísticos (perspetiva física, psicológica e social) e centrados na pessoa que tem, eventualmente doença(s);
- Orientados para a família e para a comunidade;
- Coordenadores de toda a assistência que o utente recebe e respeitadores da confidencialidade.

**Figura 12. Diferentes modos de ver os cuidados de saúde primários**



**Fonte: Adaptado de (106)**

Para compreender o papel dos CSP nos sistemas de saúde de um conjunto de países, Kringos e colaboradores realizaram um estudo, onde posicionaram os cuidados primários nas várias dimensões de estrutura, processo e resultados (107), utilizando para o efeito uma série de variáveis para cada uma das dimensões. Desse trabalho, importa aqui a posição de Portugal no *ranking* dos países estudados. No que respeita à estrutura (figura 13), Portugal encontra-se entre os países com uma forte estrutura de cuidados de saúde primários, o que implica indicadores positivos de governança, condições económicas e capital humano. De acordo com a figura abaixo, os melhores indicadores são os que respeitam aos recursos humanos, à força de trabalho dos profissionais e à sua visão dos cuidados primários (102).

Quanto ao processo (figura 14), foram avaliados os indicadores de acessibilidade, oferta e distribuição de serviços. Embora a posição de Portugal seja inferior à da

Combinados os resultados dos indicadores relacionados com a estrutura (figura 15). Portugal encontra-se numa posição favorável no *ranking* , acontecendo o mesmo se for considerada a orientação do sistema de saúde para os cuidados de saúde primários.

		PC governance					
		HIGH	MEDIUM	LOW	LOW	MEDIUM	HIGH
PC workforce development	HIGH	DK ES NL PT SI UK	EE IT LT NO RO				
	MEDIUM	FI	BE DE FR SE TR	AT BG CZ GR LV	BG CZ GR	AT FR LV SE TR	BE DE FI
	LOW	CH IEMT	HU	CY IS LU PL SK	CY IE IS LU MT PL	CH HU SK	
					PC economic conditions		
		LOW	MEDIUM	HIGH	LOW	MEDIUM	HIGH
PC workforce development	LOW				BG CY CZ GR IS LU PL	AT LV SK	
	MEDIUM				EE NO	FR HU LT SE TR	DE BE IT RO
	HIGH				IEMT	CH DK PT	ES FINL SI UK

87

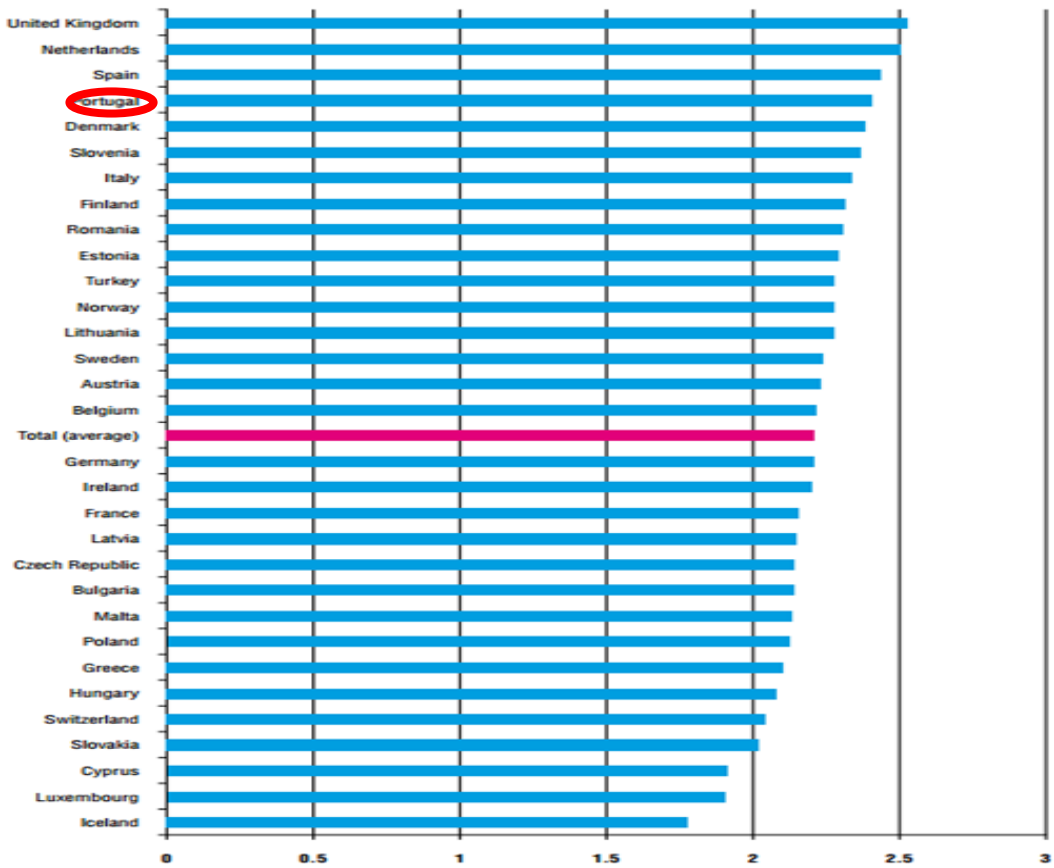
**Figura 14. Posicionamento de Portugal quanto aos indicadores relacionados com “processo” nos cuidados de saúde primários (acessibilidade, coordenação e abrangência)**



**Fonte: Adaptado de (102)**

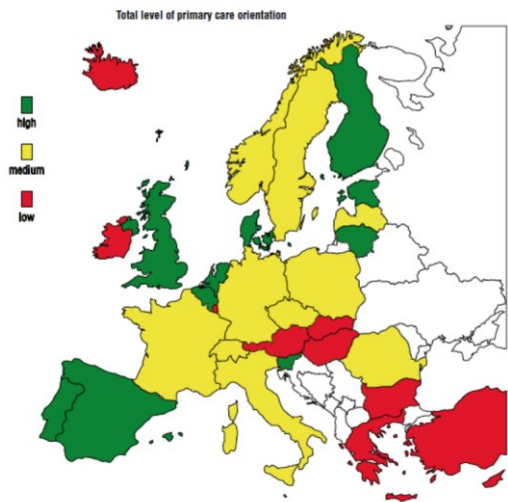


Figura 15. Posicionamento de Portugal tendo em conta a combinação dos indicadores da dimensão “estrutura”



Fonte: (102)

Figura 16. Orientação dos sistemas de saúde para os cuidados de saúde primários



Fonte: (102)

## **Evolução da organização dos cuidados de saúde primários em Portugal**

*“Os cuidados de saúde primários são assumidos como a base do sistema de saúde, sendo por isso sempre identificados como prioridade na afetação de recursos e no seu desenvolvimento. Este tem vindo a ser no entanto, um princípio sistematicamente contrariado pela prática” (108).*

Os cuidados de saúde primários em Portugal têm mais de 45 anos de história. Ao longo destas quatro décadas, têm sido várias as tentativas de descentralizar para o nível local o poder de decisão e a autonomia, sobretudo de gestão.

Apesar de terem sido criados em 1971, o primeiro passo para aquilo que viriam a ser os cuidados de saúde primários em Portugal deu-se ainda em 1946, com a publicação do decreto-lei nº 35311/46 de 25 de abril, que constituiu a Federação das Caixas de Previdência, que passaria a oferecer o primeiro serviço de cuidados médicos a nível nacional - os serviços médicos das “caixas”, destinados apenas a trabalhadores dependentes, como forma de proteção na doença (90, 109). Tratou-se de uma modalidade de tipo bismarkiano.

Até à criação dos centros de saúde, os serviços prestadores de cuidados eram constituídos pelos Serviços Médicos Sociais das Caixas de Previdência delegações e subdelegações de saúde, pelos dispensários de higiene social, pelos grandes institutos e suas dependências (Instituto Maternal, de Assistência Psiquiátrica, Tuberculose, Lepra e Sangue), pelo Serviço de Higiene Rural e Defesa Antisazonática, Serviços Médicos das Casas do Povo e das Casas de Pescadores, postos paroquiais de assistência, entre outros. Havia, portanto, um conjunto muito disperso de unidades de prestação de cuidados, sendo a maior parte assegurada pelos postos médicos das Caixas de Previdência, e os internamentos assegurados pelos hospitais, a maioria deles das Misericórdias (82;109).

*“(…) a reforma de 1971 constituiu o avanço mais significativo no percurso dos cuidados de saúde não hospitalares, pelo apoio que teve e pela inovação e proximidade conceptual às recomendações internacionais. Nesse sentido, constitui-se como uma rutura face aos anteriores modelos de organização dos CSP (...)” (109)*

As duas páginas seguintes sistematizam o contexto e determinantes da evolução e desenvolvimento dos cuidados de saúde primários em Portugal.

1971	1974	1978	1979	1983	1990	1996	2000
	Nixon	Crise do petróleo		Tatcher – Reagan	Clinton	Tratado Europeu	11/set
Construção do estado Social		Democratização Sul da Europa Social		Promoção da saúde	Queda muro Berlim		UE
		Democracia Nórdica			Governança estratégica		Genoma humano
					INTERNET		Facebook
						INOVAÇÃO	
				CEE	"Cavaquismo"	Guterres	Durão Barroso
	Marcelismo	25 de Abril Democracia					Santana Lopes
Abertura do Estado Novo				Construção do SNS			
					Lei de Bases da saúde		
		Serviço Médico à Periferia	Alma Ata	Lei do SNS	Clinica Geral	Nova ARS	Descentralização
						PPP Amadora Sintra	Empresarialização dos hospitais (Feira)
							PPP
	CS 1ª Geração			CS 2ª Geração	CS 3ª Geração		

(sectorial)	(integrado)	Nova conceção do SNS	
		Planeamento	Estratégias Locais
		<b>Recursos</b>	Planos Locais
		Financiamento	
		Contratualização	Contratualização
		Recursos humanos	Médicos/enfermagem
			.....
		<b>Organização</b>	USF piloto (RRE)
		CSP	CS 3ª geração
			"privatização"
		Hospitais	+ autonomia
		C. continuados	Arranque
		Saúde Pública	Instituto e SP
		Qualidade	Inst. Da Qualidade
		Remuneração desempenho	RRE
			.....
		OPSS	

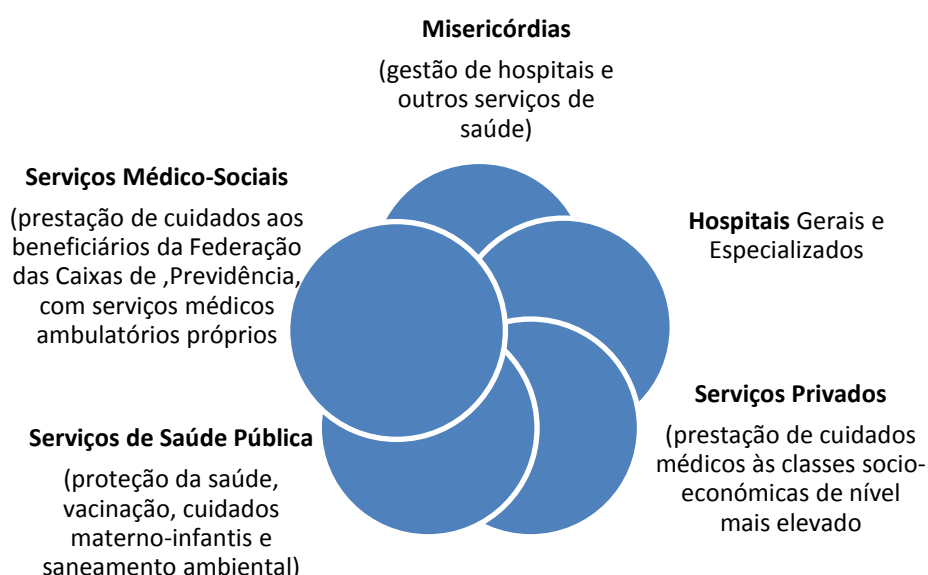
## Centros de saúde de primeira geração

*“No início da década de 70 do século passado, a situação do sistema de saúde português era constituída por um mosaico desarticulado de instituições e serviços, compatíveis com o desenvolvimento do país” (110).*

O primeiro marco para o estabelecimento dos centros de saúde, foi o relatório “Para uma Reforma do Ministério da Saúde e Assistência”, documento que preconizava a necessidade de se reformar o setor através de seis mudanças essenciais: i) a criação de uma política unitária de saúde nacional; ii) o reconhecimento do direito universal à saúde; iii) a necessidade de instaurar um Sistema Nacional de Saúde; iv) o reconhecimento da carência de intervenção do Estado como meio difusor da política de saúde e assistência; v) a integração de todas as atividades de saúde e assistência nos planos locais e regionais; vi) e o planeamento geral de todas as atividades centrais. Iniciou-se, assim, a estruturação do sistema de cuidados de saúde segundo uma lógica hierarquizada, seguindo uma abordagem *top-down* que preconizava uma maior intervenção do Estado, cujo papel era até então meramente complementar, não assumindo nenhuma função ativa na assistência à doença (111).

Esta reforma veio permitir uma maior regulação da coexistência de instituições de saúde de diferentes origens.

**Figura 17. Diferentes origens das instituições de saúde, na década de 70**



**Fonte: (111)**

À época, o contexto geral caracterizava-se pelo desfavorecimento dos indicadores sócio-económicos e de saúde, pela reduzida capacidade de financiamento dos serviços públicos de saúde, e pelo facto dos profissionais de saúde estarem sujeitos a sobreposição de ocupações (14).

Com Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa, os centros de saúde foram sendo criados ao longo de 1971 e consagrados pelo decreto-lei nº 413/71 de 27 de Setembro, que veio sistematizar a complexidade de entidades prestadoras e reorganizou os serviços do Ministério da Saúde e Assistência. Esses serviços estavam dependentes da Direção-Geral da Saúde, trabalhando em contacto próximo com a população, assegurando a efetiva promoção da saúde e prevenção da doença.

O referido diploma legal defendia princípios idênticos aos que foram, oito anos mais tarde, proclamados na Conferência de Alta Ata, e que consistiam em (82):

- Planeamento e verificação regular da eficiência do trabalho, para um adequado funcionamento dos serviços;
- Necessidade de uma política de saúde unitária para assegurar à população um nível de cuidados de saúde e de apoio social aceitáveis;
- Importância das carreiras profissionais e da formação do pessoal;
- Interrelação entre os serviços de saúde e assistência social, atuando sobre os grupos de risco e salvaguardando a dignidade humana.

Além destes, o decreto-lei determinou ainda os princípios orientadores da organização dos centros de saúde, assentes em (82):

- Unidades funcionais de saúde;
- Existência de uma única autoridade sanitária por concelho;
- Integração progressiva dos outros serviços de saúde;
- Existência de comissões coordenadoras regionais, distritais e concelhias, formadas por representantes dos vários serviços de saúde da área.

Porém, na opinião de Gonçalves Ferreira (112), este decreto “não foi oportuno (no tempo e no contexto) porque não havia a vontade política de implementar todas as suas potencialidades”. Na realidade, o decreto-lei defendia a centralização normativa e a uniformidade de orientação e eficiência dos meios, através da unidade de planeamento de tarefas. Porém, defendia igualmente a descentralização da prestação

pelo estabelecimento de órgãos e serviços adequados para uma cobertura médico-sanitária generalizada e polivalente, dotada de autonomia técnica e administrativa.

*“No sentido profilático este diploma devia ter sido promulgado em 1945, porque evitaria a criação de estruturas erradas e interesses que hoje são difíceis de corrigir e eliminar” (112).*

Esta reforma, conhecida por “Reforma Gonçalves Ferreira”, apesar do seu sucesso e das vantagens para a saúde da população, não atingiu uma das principais finalidades – integrar nos centros de saúde as atividades de medicina curativa dos postos médico-sociais das Caixas de Previdência (75).

Abril de 1974 trouxe grandes alterações aos serviços de saúde. Desde logo, com o regime democrático, regressou a Portugal um grande número de profissionais de saúde, vindos das ex-colónias. Em 1975, por Despacho de 19 de Março, foi criado o Serviço Médico à Periferia, constituindo um ano obrigatório de exercício da profissão em áreas rurais, de forma a diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais de saúde (113,114).

Quatro anos após a criação dos centros de saúde, foi promulgado o decreto-lei nº 488/75 de 4 de setembro, que criou as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (ADSS). Gozavam de personalidade jurídica e autonomia administrativa. Este diploma pretendia a descentralização dos centros de decisão para o nível distrital e a coordenação e avaliação de todos os serviços de saúde da sua área de jurisdição (112).

Em 1977, foi elaborado o Diagnóstico da Situação dos Trabalhos Preparatórios do Plano 1977-80, que caracterizou a situação dos serviços de saúde, que se resume em (82):

- Descoordenação de meios, desigualdade nos benefícios, duplicação de serviços, encargos desnecessários e pluriemprego dos profissionais de saúde;
- Falta de articulação com os outros setores;
- Excessiva centralização das decisões;
- Desarticulação entre cuidados primários e diferenciados;
- Inadequado regime de trabalho e de carreiras profissionais;
- Existência de medicina privada sem intervenção ou coordenação pública.

Posteriormente, a Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Lei nº 56/79 de 15 de setembro), veio dar continuidade às tentativas de descentralização. Atribuía ao SNS

autonomia administrativa e financeira e estruturava-se numa organização descentralizada e desconcentrada em órgãos centrais, regionais e locais.

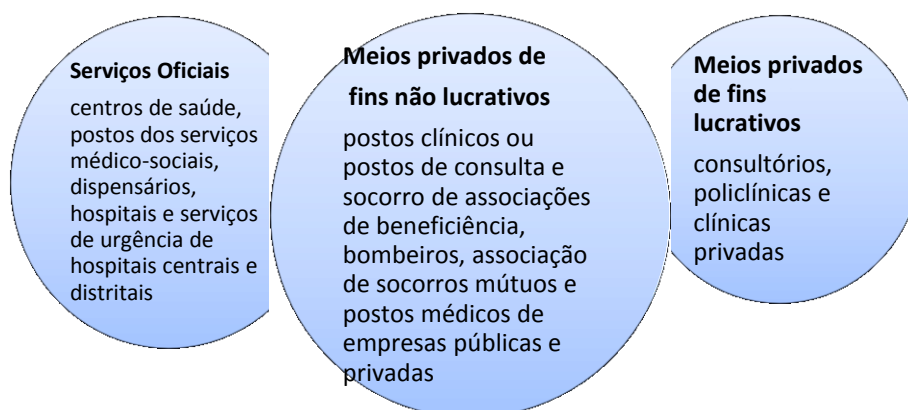
Especificamente aos órgãos regionais (administrações regionais de saúde cabiam:

- Execução da política de saúde;
- Administração e gestão de serviços, registo de dados e análise epidemiológica;
- Inspeção e controle do exercício profissional e avaliação da prestação;
- Formação e investigação.

Aos órgãos locais (direções dos centros de saúde concelhios, com as competências que lhes fossem delegadas pelas ARS), competia a administração e gestão dos serviços, a coordenação das unidades prestadoras e o registo e análise de dados estatísticos.

O regulamento tipo dos centros de saúde foi aprovado em 9 de junho de 1981 e perspetivava a integração das estruturas dos serviços médico-sociais e da Direção-Geral da Saúde. Todavia, a dispersão de serviços mantinha-se, com a coexistência de serviços oficiais e meios privados com e sem fins lucrativos (115).

**Figura 18. Dispersão de serviços de saúde, no início da década de 80**



**Fonte: (115)**

Em meados de 1982, as ADSS (criadas em 1975) foram reformuladas pelo decreto-lei nº254/82 de 29 de junho, dado que “o diploma em que se inspiram defende uma estrutura unitarista na conceção e organização dos serviços, inadequada à coordenação técnica e funcional(...)”. Deu origem às administrações regionais de cuidados de saúde, dotadas de personalidade jurídica, com autonomia administrativa e património próprio.



## **Centros de saúde de segunda geração**

*“[O Professor Gonçalves Ferreira] foi capaz de definir legislativamente (1971) e de aplicar no terreno um sistema de serviços de saúde inovador (...). Pessoas, mentalidades e interesses instalados nos serviços conseguiram impedir que a reforma atingisse as necessárias e desejáveis consequências. E, ainda hoje, com outras roupagens, essa contra-corrente se faz sentir” (116).*

A segunda geração de centros de saúde teve início em 1983 com o despacho normativo nº97/83, de 22 de abril. Teve por objetivo regulamentar a organização e funcionamento dos centros de saúde como unidades integradas de saúde, polivalentes e dinâmicas, para a promoção e vigilância de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, dirigindo a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. Deu-se assim a integração dos centros de saúde com os postos médico-sociais. Todavia, esta foi uma integração essencialmente administrativa (81).

Os centros de saúde dependiam orgânica e funcionalmente da ARS da respetiva área e permaneciam como entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira (14).

Os centros de saúde integrados, foram assim criados num contexto onde se implementava em simultâneo uma nova carreira médica (clínica geral), onde se tentava reestruturar a rede assistencial de serviços médico-sociais, a revitalização das então Administrações Regionais de Saúde e a constituição da Direção-Geral de Cuidados de Saúde Primários (117).

A Lei de Bases da Saúde levou à aprovação do Estatuto do SNS, pelo decreto-lei nº11/93 de 15 de janeiro. Com este diploma organizaram-se as 5 regiões de saúde – as ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. Deixaram de atuar ao nível distrital, passando para as regiões com funções de planeamento, distribuição e gestão de recursos, orientação e coordenação de atividades, apoio técnico e administrativo e avaliação do financiamento das instituições e serviços prestadores.

As ARS foram regulamentadas pelo decreto-lei nº335/93 de 29 de setembro, que sublinha a necessidade de uma eficaz descentralização e desconcentração da administração dos cuidados de saúde, com vista à racionalização de meios. Este diploma apostava na descentralização pela criação dos grupos personalizados de centros de saúde, dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira. Estes grupos personalizados de centros de saúde nunca foram criados.

*“Os anteriores 18 aparelhos administrativos distritais acomodaram-se a este novo figurino sob a designação de “sub-regiões de saúde” e continuaram a controlar e a gerir os centros de saúde, como haviam feito até então” (14).*

As tentativas de descentralização e de autonomia ao longo deste período, não se limitaram à publicação de legislação. A essa abordagem normativa acrescentou-se outra de caráter *bottom-up*, pelo papel e influência dos líderes do terreno que com o apoio do contexto político, implementaram entre 1996 e 1999, algumas experiências inovadoras e descentralizadoras das quais se destacam o Projeto Alfa, o Regime Remuneratório Experimental e o Tubo de Ensaio (90).

Uma destas primeiras experiências foi lançada em 1996 (Fernão Ferro) - o Projeto Alfa, tendo sido visitada e legitimada pelo Primeiro Ministro António Guterres. O projeto consistia numa equipa multiprofissional com autonomia para definir o seu modelo de organização e de prestação com um sistema de informação mais avançado, inovando em alguns aspetos como a possibilidade de marcação de consultas por telefone, aposta nos cuidados continuados e sobretudo na organização da prestação em pequenas equipas multidisciplinares, para otimizar os recursos e melhorar o desempenho. Este projeto abrangeu cerca de 20 equipas experimentais (90).

Tratou-se de iniciativas locais baseadas na liderança da medicina geral e familiar, que estimulava a formação de pequenos grupos de médicos especialistas, com a participação de enfermeiros e de outros profissionais, que se assumiam como os principais responsáveis pela organização e prestação de cuidados de saúde primários no SNS. Deviam reger-se pelas seguintes prioridades (90,81):

- Melhorar a acessibilidade;
- Reduzir o peso e a interferência da estrutura burocrática nas relações assistenciais;
- Aumentar a sensibilidade e orientação para as necessidades de saúde e expectativas dos cidadãos;
- Aumentar o nível de autonomia e de responsabilização dos profissionais na organização e avaliação do seu trabalho;
- Melhorar a imagem dos cuidados de saúde primários.

A implementação desta iniciativa foi influenciada pelo contexto, caracterizado por problemas como a deficiente acessibilidade, utilização excessiva de serviços de urgência, referenciação demasiado burocrática, maus ambientes de trabalho e

insatisfação profissional, equipamentos e instalações inadequadas, deficiente trabalho em equipa, má coordenação de cuidados, organização dos cuidados centrada em si mesma e deficiências dos sistemas de informação (90,81).

No início da década de 90, um documento da APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, havia proposto uma evolução do modelo de prestação de cuidados por parte da medicina geral e familiar. Foi em 1998 que o Ministério da Saúde criou as condições para se implementar um modelo remuneratório com características semelhantes às propostas em 1991 (118). Entrou em vigor (DL nº 117/98 de 5 de maio) um novo regime remuneratório para grupos de médicos de clínica geral, baseado no desempenho (Regime Remuneratório Experimental - RRE), que contribuía para os ganhos em saúde e para promover o aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais e para a melhoria do desempenho das unidades prestadoras de cuidados. Para integrar o RRE era necessário que cada médico estivesse inserido num pequeno grupo, com acordo de intersubstituição e complementaridade. Era ainda obrigatória a existência de um plano de ação anual e uma base de dados das listas de utentes dos médicos e um sistema de monitorização que permitisse a avaliação. A remuneração era calculada com base no índice correspondente ao 1º escalão da categoria de assistente graduado de clínica geral em dedicação exclusiva de 35 horas semanais e com base na remuneração associada à dimensão e características da lista de utentes, realização de domicílios e alargamento do período de cobertura assistencial (90).

Os grupos organizados em RRE assumiam o compromisso de prestar cuidados segundo um modelo que incluísse:

- Composição das listas de modo a privilegiar a estrutura familiar;
- Atenção particular a crianças até aos 4 anos e a maiores de 65 anos;
- Atribuir prioridade às atividades de vigilância dos grupos de risco (grávidas, crianças até um ano e planeamento familiar);
- Cuidados domiciliários;
- Atividade clínica segundo as circulares normativas e em conformidade com as normas da DGS (119).

Por seu turno, no que correspondia ao RRE, as ARS deviam:

- Atribuir a remuneração de forma diferenciada em função do desempenho, do modelo de cuidados adotado e do regime de trabalho;

- Disponibilizar os recursos necessários, espaço e meios informáticos para a constituição das equipas;
- Desenvolver um sistema de informação que permitisse monitorizar e avaliar o plano de ação;
- Assegurar coordenação e apoio técnico e a definição dos indicadores a monitorizar e avaliar;
- Criar uma estrutura de acompanhamento e apoio;
- Apoiar a experiência até à sua avaliação conclusiva (não estando previsto prazo limite) (119).

Ainda relativamente aos grupos RRE há que referir que foi criada uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação (despacho nº 5077/04, de 13 de março). As avaliações efetuadas apresentaram resultados positivos e defensores da continuidade destas experiências. Criaram-se e mantiveram-se em funcionamento até 2005, 19 grupos. Porém, vários profissionais de saúde referiram que terão sido propostos mais de cem candidaturas, embora nunca tenham sido aprovadas, por motivos que não são conhecidos ou pelo menos, encontrados na literatura (113).

Outra destas experiências foi o Projeto Tubo de Ensaio, com origem no Porto, no Centro de Saúde de S. João, em 1999, resultando de um protocolo entre a ARS Norte e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O objetivo centrava-se na prestação de cuidados de saúde primários a um total de 25 000 utentes, sem limitação geográfica e cumprindo os programas definidos pela ARS. Um dos requisitos era a integração de aspetos inovadores na administração e na prestação, sobretudo no que se referia ao modelo de organização, gestão e prestação de cuidados, financiamento, sistema de informação, monitorização e avaliação da qualidade, cuidados domiciliários e promoção da saúde (90).

Entre 1997 e 1999 foram criadas as agências de contratualização e os orçamentos-programa, instrumentos importantes no apoio à descentralização e autonomia. Houve assim um novo impulso de mudança nos cuidados primários, caracterizado pelo debate sobre a descentralização da gestão (das sub-regiões para os centros de saúde) e pelas novas experiências no terreno, também pela adoção do princípio de autonomia e auto-organização baseada na contratualização (90, 81).

## Centros de saúde de terceira geração

*“O novo diploma (...) que permite o aparecimento de uma nova geração de centros de saúde dotados de personalidade jurídica, representa o consenso possível nesta fase de transição da administração pública na saúde. (...) A reforma dos centros de saúde, deverá desenvolver-se de forma progressiva, flexível e o mais consensual possível, ao nível local” (110)*

Após estas experiências de novos modelos de organização, em 1999 são consagrados na lei os centros de saúde de terceira geração (decreto-lei nº 157/99 de 10 de maio) que saíam da dependência orgânica e funcional direta das ARS. De acordo com este diploma, “a evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de instituições e serviços de saúde (...) centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram (...) obsoleto o enquadramento normativo dos centros de saúde, designadamente pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica”. Foi reformulado o quadro legal com o objetivo de dotar os centros de saúde de personalidade jurídica e criar um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional flexível e funcional. A personalidade jurídica permitiria atribuir aos centros de saúde um nível de autonomia semelhante à dos hospitais.

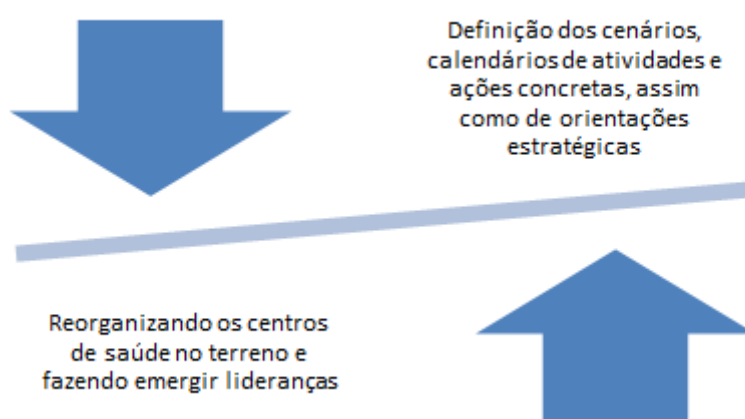
O artigo 3º do referido diploma definia os centros de saúde e as associações de centros de saúde como pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS e dotadas de autonomia técnica, administrativa, financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde. A sua coordenação, orientação e avaliação do funcionamento competia às ARS. Todavia, este diploma nunca teve aplicação na prática. Talvez por essa razão em 2002, a Direção-Geral da Saúde publicou o trabalho “Centros de Saúde de terceira geração – manual para a mudança”. Nesse documento pode ler-se que “a gestão centralista e à distância dos centros de saúde, a partir de órgãos distritais, tem-se mostrado impraticável, em especial na grandes áreas metropolitanas. Fora dos grandes centros, a situação não é tão acentuada mas pode ser bastante melhorada com organização e gestão mais descentralizada”.

É ainda referido que a mudança que se pretendia implementar com o diploma de 1999 aproximaria a decisão dos principais problemas das pessoas, permitindo mais informação e participação nas escolhas que envolvem a saúde individual e coletiva

(120). Teria sido nessa época essencial a realização de uma análise de *stakeholders* para promover o seu envolvimento e compreender as resistências à mudança.

O documento referido vai mais longe, a par com o que se defende nesta tese, afirmando que mais que uma mudança de mentalidades, para se implementar de facto a descentralização, é necessária a combinação de três abordagens: uma abordagem *top-down*, uma abordagem *bottom-up* e uma terceira abordagem que englobe o apoio à mudança organizacional, com apoio técnico à desconcentração e desenvolvimento de competências de gestão (120).

**Figura 19. Equilíbrio entre as abordagens *top-down* e *bottom-up* na reforma dos CSP**



**Fonte: (120)**

Para se compreender a necessidade de reformar a saúde e os cuidados de saúde primários, foi útil selecionar a literatura que permitiu caracterizar o seu contexto nessa época. O relatório de 2002 da Inspeção Geral da Saúde, no que respeita às unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, apontou vários problemas como a inexistência de trabalho em equipas multidisciplinares, deficiências ao nível do sistema de marcação e gestão de consultas, escassez de recursos humanos e carência de formação profissional (121). Era prioritário construir uma visão estratégica, reforçar os recursos humanos, desenvolver técnicas para a condução dos processos de mudança organizacional a nível local, criar lideranças motivadoras e clima de confiança e instalar sistemas de informação adequados (121).

Em 2003, um outro documento da APMCG “Medicina Geral e Familiar, Colapso ou ressurgimento?”, chamava a atenção para a diminuição do número de médicos de família, devido à estrutura etária dos profissionais e à fraca atratividade da carreira, defendendo que seria necessário atrair jovens especialistas. Esse estímulo poderia

fazer-se através de incentivos profissionais, equipas multiprofissionais, dotação dos centros de saúde de direção clínica e técnica, implementação de sistemas de informação e meios informáticos e conferindo verdadeira autonomia de gestão, administrativa e financeira a este nível de cuidados.

Este documento defendia que a falta de autonomia dos centros de saúde, geridos pelas “subregiões de saúde”, era contrária ao estipulado na Lei de Bases da Saúde de 1990, sendo que a saída da dependência tutelar das ARS seria essencial para que assumisse um maior grau de responsabilização. Propunha ainda que se iniciassem experiências concretas onde fosse conferida verdadeira autonomia na gestão a um conjunto de centros de saúde, que deviam sair da dependência das ARS, sujeitos a acompanhamento e avaliação rigorosos para que, até 2008, todos os centros de saúde do SNS estivessem a operar num novo quadro de autonomia, responsabilização e regulação (122).

Todavia, pelo contrário, foi promulgada nova lei, que via como meio de resolver os problemas de financiamento e de iniquidade no acesso, a prestação de cuidados por centros de saúde de gestão privada e cooperativas de profissionais, aumento do número de médicos (contratando médicos indiferenciados) e direção dos centros de saúde através de nomeação política. Este diploma (nº 60/2003 de 1 de abril) nunca foi implementado, em parte devido à grande contestação dos profissionais, assumindo as lideranças um papel importante neste cenário.

A partir daí, importa compreender o contexto que levou à necessidade de impulsionar a reforma de 2005.

Em termos organizacionais, existiam em 2005, em Portugal Continental, de 351 centros de saúde, 1823 extensões e saúde e 254 serviços de atendimento permanente, segundo as Estatísticas do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde de 2005, do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Todavia, os centros de saúde eram desprovidos de autonomia e de personalidade jurídica. Eram geridos pelas subregiões de saúde, de forma muito centralizada no que respeita o aprovisionamento, compras e logística, gestão de recursos humanos, gestão financeira, assessoria jurídica, instalações, equipamentos e manutenção, informática, serviço de apoio geral e serviços de saúde. Não existia relação direta com as reais necessidades, quer ao nível da prestação de cuidados, quer ao nível dos próprios profissionais (111,114).

Em termos de contratualização, assistia-se à ausência de uma função de agência (apesar das já existentes agências de contratualização) clara e bem definida que respondesse às necessidades dos vários atores com responsabilidades no setor da saúde, especialmente no que concerne a negociação de objetivos e metas a alcançar. Isso era particularmente visível nos centros de saúde e não tanto nos hospitais.

O contexto tecnológico caracterizava-se por um grande número de centros de saúde sem tecnologias de informação adequadas, necessárias como ferramentas de gestão e de apoio ao desempenho dos profissionais de saúde. Assistia-se, em alguns casos, a uma Rede Informática da Saúde (RIS) deficiente, com diferentes larguras de banda entre si, o que prejudicava o funcionamento do sistema. Foi nesse cenário que se procedeu ao desenvolvimento de novas funcionalidades, nomeadamente do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e ainda à introdução dos sistemas privados Vitacare e o MedicineOne (123).

De acordo com os dados referentes à cobertura populacional dos centros de saúde, para 2005 existia um total de cerca de 10.700 000 inscritos, sendo que o número de cidadãos utilizadores rondava os 6 400 000. Tendo em conta o número de efetivos médicos nos centros de saúde, para 2005, verifica-se uma distribuição média de 924 utilizadores por médico. Comparativamente, e para o mesmo período, de acordo com os dados do IGIF, o número médio de inscritos por médico situa-se nos 1497 (legalmente, a dimensão média das listas era de 1500 inscritos, sendo que alguns médicos de família não praticavam atividade clínica, por exercerem funções de direção e de coordenação de serviços) (123).

**Quadro 8. Cobertura populacional dos centros de saúde, em 2005**

Cobertura populacional	Nº
Cidadãos inscritos em centros de saúde	10 666 254
Cidadãos utilizadores dos centros de saúde	6 376 437
Taxa de utilização (%)	59,8
Cidadãos inscritos, por medico (média)	1 497
% de cidadãos sem médico de família	10,6%
Consultas, por inscrito	3,0
Consultas, por utilizador	5,1

**Fonte: Adaptado de (123)**



Quanto ao modelo de remuneração dos profissionais, salvo algumas exceções, nomeadamente de regime remuneratório experimental, aplicava-se o modelo salarial simples, sem atender ao cumprimento, qualidade, quantidade e desempenho dos cuidados prestados (123).

De acordo com Campos (98), o sistema de cuidados primários era caro, ineficiente e inequitativo e, apesar de existirem recursos consideráveis, cobrindo todo o país, os mesmos eram subaproveitados.

**Quadro 9. Recursos humanos nos centros de saúde, em 2005**

<b>Recursos Humanos</b>	<b>Nº</b>
<b>Médicos</b>	6930
<b>Enfermeiros</b>	7202
<b>Internos em formação em Medicina Geral e Familiar</b>	350
<b>Internos admitidos em Medicina Geral e Familiar</b>	217
<b>Internos em formação em Saúde Pública</b>	25
<b>Internos admitidos em Saúde Pública</b>	12

**Fonte: Adaptado de (123)**

A necessidade de uma mudança era evidente, pelos contextos descritos. Além do mais, a OCDE havia já reportado avaliação negativa do impacto das mudanças até então adotadas, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, a baixa qualificação de alguns recursos humanos, a desigual distribuição de recursos com desfavorecimento dos cuidados primários e a falta de coordenação entre níveis de cuidados. Também o Plano Nacional de Saúde apontava algumas falhas na organização dos centros de saúde, nos sistemas de informação, nas respostas à população e na falta de participação da comunidade (124).

## Descentralização na reforma dos cuidados de saúde primários de 2005

*“Conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados verificados, com a experiência no terreno de equipas profissionais coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e preferências, configurou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários no país” (75).*

Uma reforma é um processo político e técnico, envolvendo um elevado número de atores, formais e informais, e de vários grupos de interesses que assumem papéis distintos. Trata-se de um processo de aprendizagem que deve ser transferido para todos os níveis de decisão e atores envolvidos (125).

De acordo com Escoval (52) “a descentralização tem sido tomada como uma resposta às limitações das instituições públicas centralizadas, com baixa capacidade de inovação e baixa responsabilização”, pelo que as várias reformas da saúde em Portugal têm tentado alcançar um nível maior de descentralização e autonomia.

**Quadro 10. Principais características das reformas da saúde dos anos 70, 80 e 90, em Portugal**

Reforma	Principais características	Tendências descentralizadoras
<b>Anos 70</b>	Transição de modelo de seguro social para matriz baseada em fundos tributários com gestão pública e universalização do acesso Crise económica – necessidade de encontrar novas respostas organizacionais – levou às reformas das décadas seguintes	Transformação
<b>Anos 80</b>	Implementação de medidas para a garantir melhores cuidados de saúde Continuou o aumento da despesa em saúde, embora menos acentuado Mais gastos privados em saúde Foram introduzidas as taxas moderadoras e redução da comparticipação do medicamento Descentralização/desconcentração criação das Administrações Regionais	Transformação Qualificação
<b>Anos 90</b>	Revisão constitucional de 89 e Lei de Bases da Saúde de 90 – abertura da gestão e prestação de cuidados a entidades privadas, através de acordos e convenções com o Estado Impulso para a descentralização	Transformação Qualificação Privatização

**Fonte: Elaboração própria, inspirado em (52)**

O período entre 1996 e 1999 correspondeu a um tempo de concepção e ensaio da reforma dos cuidados de saúde primários. Caracterizou-se por várias iniciativas: i) criação das primeiras unidades de saúde familiar do Projeto Alfa e dos RRE, ii) criação das agências de contratualização e dos primeiros contratos-programa, iii) projetos de qualidade do Instituto da Qualidade em Saúde, iv) legislação sobre os centros de saúde de terceira geração e primeiras formulações do que viriam a ser, em 2008, os ACeS (110).

#### **Quadro 11. Principais aspetos das reformas da década de 90**

Novas experiências na “micro-organização” da prestação dos CSP: “unidades de saúde” de adesão voluntária dos profissionais, trabalhando em equipa e “intersubstituição”;

Princípio de “autonomia e auto-organização baseada num processo de contratualização (cinco agências regionais de contratualização);

Regime remuneratório associado ao desempenho (RRE);

Primeiro esboço de sistemas de informação;

Investimento na qualidade dos cuidados de saúde primários com a criação do IQS

A adoção de lei-quadro para a organização dos cuidados de saúde primários;

A integração desta reforma numa “Estratégia de Saúde” para o país (Estratégia de Saúde, Um compromisso 1998-2002).

#### **Fonte: (75)**

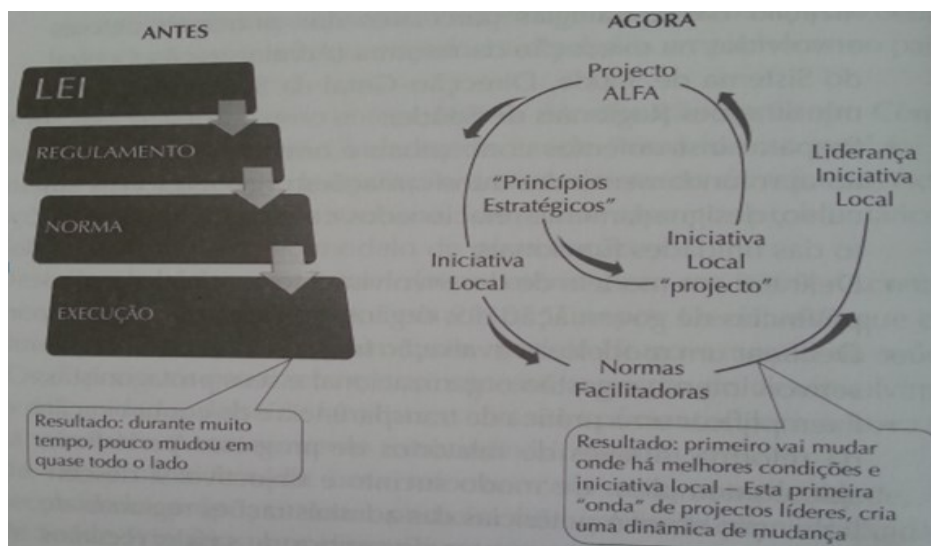
Em 2005, o reconhecimento, por parte do XVII Governo Constitucional, de que os cuidados primários são o pilar central do sistema de saúde e do Serviço Nacional de Saúde, foi o ponto de partida para o início de uma reforma que pretendia fazer cumprir a Constituição quanto ao papel universal, geral e tendencialmente gratuito do SNS. Pretendia promover equidade nos resultados em saúde, apostar na modernização, na inovação e na transparência (98).

No âmbito desta reforma, foi assumido no Programa da Governo, um conjunto de medidas a adotar no contexto concreto dos cuidados de saúde primários:

- Reestruturação dos centros de saúde através da criação de unidades de saúde familiar (USF): pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia organizativa funcional e técnica;
- Contratualização de uma carteira básica de serviços, meios de diagnóstico descentralizados e um sistema retributivo que premiasse a produtividade, acessibilidade e a qualidade;

- Reforçar e desenvolver em cada centro de saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF;
- Revogar o decreto-lei 60/2003, a substituir por novo diploma;
- Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos.

**Figura 20. Evolução da filosofia das reformas dos cuidados de saúde primários, antes e depois de 1996**



**Fonte:(110)**

Para a implementação destas medidas foi constituído um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 27 de abril), que apresentou em meados de julho de 2005 um relatório para discussão pública, com as principais linhas orientadoras e com a proposta de criação de uma Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Tinha a finalidade de acompanhar, monitorizar e impulsionar a mudança.

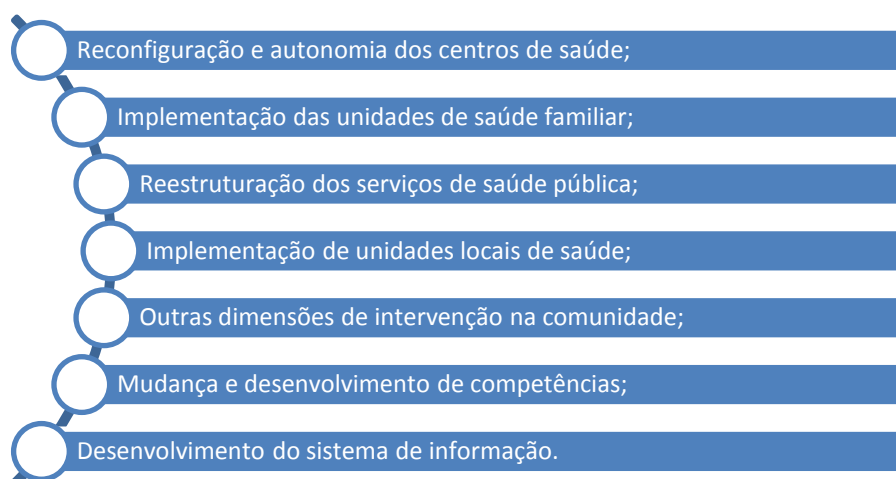
Desde logo, sublinham-se dois aspetos inovadores em relação aos tradicionais processos de reforma: a explícitação e discussão pública dos objetivos e a criação de uma unidade de acompanhamento.

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), foi assim criada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro, na dependência direta do Ministro da Saúde, tendo como principais tarefas (92):

- Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em USF, enquanto provedora das iniciativas dos profissionais;
- Coordenar tecnicamente o processo de implementação das USF e de reconfiguração dos centros de saúde;
- Desempenhar funções de avaliação, regulação de conflitos e apoio às candidaturas;
- Propor a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, formação contínua dos profissionais e política de incentivos;
- Elaborar os termos de referência da contratualização;
- Promover a articulação com as outras unidades prestadoras de cuidados;
- Propor modalidades de participação dos municípios e de outras entidades na gestão dos centros de saúde e USF.

Uma das primeiras medidas da MCSP foi a publicação, em janeiro de 2006, das Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP, com a proposta das medidas a implementar em oito áreas, estando cada uma delas dividida em medidas concretas e calendarizadas, o que também se pode considerar um aspeto inovador.

**Figura 21. Áreas de intervenção da MCSP**



**Fonte: (126)**

*“Estávamos, nesse início de 2006, no limiar da insatisfação coletiva. Sentíamos não poder mais continuar na irracionalidade passada. Sentimo-lo por razões, antes de mais, de inteligência, depois por imposição social, por solidariedade. Finalmente, sentíamos dificuldade*

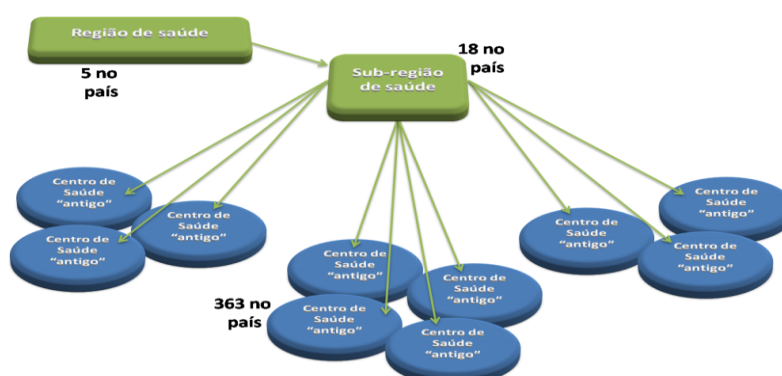
*crescente em abusar da tolerância do cidadão eleitor e contribuinte que nos impõe que fizéssemos mais e sobretudo, melhor (...)" (98).*

A mudança começou, ao contrário do habitual, pelo descongelamento da periferia, com uma abordagem diferente, envolvendo os profissionais do terreno, disponíveis e motivados para liderar este processo. O quadro legal e normativo foi sendo consolidado de acordo com a evolução da reforma, o que é uma inovação no campo da saúde e da administração pública em geral, em Portugal. A reforma permitiu atribuir uma nova marca aos cuidados de saúde primários, baseada num conjunto de aspetos que aqui se resumem (75):

- Melhor acesso a cuidados de qualidade;
- Co-responsabilização e intersubstituição dos profissionais;
- Auto-organização e regulação dos profissionais;
- Contratualização do desempenho e dos resultados (plano de ação);
- Investimento na promoção da saúde;
- Melhoría contínua da qualidade (governança clínica e de saúde);
- Nova forma de trabalho, em equipa, estimulada pela remuneração pelo desempenho e por incentivos institucionais;
- Forte participação dos profissionais na configuração e implementação das políticas públicas;
- Introdução de um modelo avançado de gestão pública, com autonomia contratualizada.

Até à implementação da reforma, e apesar das várias tentativas de mudança introduzidas anteriormente, a organização dos cuidados de saúde primários caracterizava-se pelos níveis hierárquicos e burocratizados, como se pode constatar na figura abaixo.

**Figura 22. Organização tradicional dos cuidados de saúde primários**

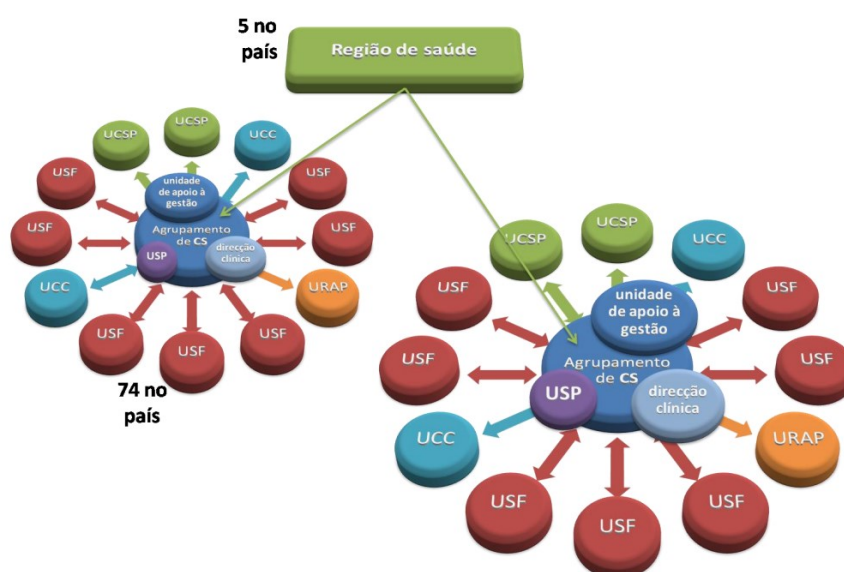


**Fonte: (75)**

Os centros de saúde passaram a ter uma nova arquitetura organizacional, baseada em duas componentes distintas. Por um lado, a criação de uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, para a prestação de cuidados e intervenção na comunidade. Por outro, a concentração de meios e recursos de utilização comum (75).

A primeira grande medida implementada foi a criação das USF. Iniciaram-se com a organização voluntária de equipas no terreno, seguindo um conjunto de critérios para a candidatura e aprovação e regulamentadas (pelos despachos normativos nº 9/200 e nº 10/2007, despacho nº 241011/2007 e pelas portarias nº 1368/2007 e nº 301/2008).

**Figura 23. Novo modelo organizacional dos cuidados de saúde primários, após 2005**



**Fonte: (75)**

As primeiras candidaturas surgiram em março de 2006 e no final desse ano estavam já organizadas e em funcionamento as primeiras unidades. Durante 2006, a MCSP publicou os indicadores de desempenho para as USF e os modelos organizacionais, assim como a carteira de serviços.

As unidades de saúde familiar (USF) são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituídas por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e integradas em rede com as outras unidades funcionais. A equipa multiprofissional é constituída por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros e administrativos, que passaram a ter a designação de secretários clínicos. Estas equipas têm a obrigação de assumir um compromisso assistencial baseado num conjunto de critérios definidos por lei e podem integrar um de dois modelos (A e B), de acordo com o grau de autonomia funcional e técnica, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos e o modelo de financiamento. Está previsto na lei o modelo C, embora ainda sem legislação própria para a sua regulamentação. Só três anos depois do impulso dado com a criação e início de atividade das primeiras USF é que foram instituídos os agrupamentos de centros de saúde (ACeS), através do decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro.

A par das USF, e embora estas sejam consideradas a face mais visível da reforma e aquelas que tiveram maior apoio na sua implementação, os ACeS são constituídos por outros quatro tipos de unidades funcionais, que foram também sendo desenvolvidas a partir de 2009: unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) – uma por ACeS e unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP).

**Figura 24. Unidades funcionais dos ACeS**

USP	USF	UCSP	UCC	URAP
<ul style="list-style-type: none"><li>• Observatório de saúde da população, com competências de promoção e proteção da saúde, vigilância e autoridade de saúde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidades de prestação de cuidados de saúde, com autonomia funcional e técnica, com carteira básica de serviços aos utentes inscritos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidades de prestação de cuidados de saúde à população da área geográfica abrangida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presta cuidados de saúde e apoio no contexto domiciliário comunitário, sobretudo a grupos de risco e indivíduos dependentes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presta serviços de consultoria e assistenciais às restantes unidades funcionais e efetua a articulação com os cuidados hospitalares</li></ul>

**Fonte: Elaboração própria**



Pode dizer-se que um dos principais aspetos desta reforma foi a criação de órgãos próprios de gestão e a tentativa de substituir o modelo rígido e hierárquico de comando-e-controle (abordagem tradicional, de *top-down*), por uma rede de agrupamentos de centros de saúde e respetivas unidades funcionais, constituídas por equipas autónomas. Estas, contratualizam um quadro de indicadores num contexto de *accountability* e de avaliação de resultados (105). As suas principais características encontram-se resumidas no quadro 12.

**Quadro 12. Principais características da reforma dos cuidados de saúde primários e unidades funcionais dos ACeS**

Rede descentralizada de equipas	<b>Equipas</b> multiprofissionais, com missões específicas: <b>cuidados à pessoa e à família</b> – unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); <b>cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade</b> – unidades de cuidados na comunidade (UCC); <b>intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional</b> – unidades de saúde pública (USP)
Concentração de recursos e partilha serviços	Equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às unidades a várias unidades e ao ACeS - <b>unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP)</b>
Descentralização da gestão para o nível local	Criação dos ACeS com diretores executivos e conselhos executivos e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos - <b>unidades de apoio à gestão (UAG)</b> – obtendo economias de escala com a agregação de centros de saúde
Governança clínica e de saúde	Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACeS e dos conselhos técnicos das unidades
Participação da comunidade	Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os gabinetes do cidadão e os conselhos da comunidade

**Fonte: A Reforma numa página – [www.csp.min-saude.pt](http://www.csp.min-saude.pt), 2010**

Como já referido, no período inicial, a medida mais visível da reforma foi a criação e organização das unidades de saúde familiar. Nesse âmbito, a MCSP publicou em 2008 um estudo que resultou da realização de grupos nominais, para identificar os principais sucessos e problemas destas unidades (128). Esse estudo englobou todas

as ARS e os profissionais das três áreas que compõem as equipas multiprofissionais: médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros e secretários clínicos. Os resultados, organizados por região de saúde, encontram-se nos anexos 3, 4, 5 e 6. Deles há a referir que a falta de autonomia de gestão foi identificada como um problema relevante.

Importa notar que se introduziram alguns dos instrumentos da *New Public Management*, validando os argumentos de que o contexto internacional onde esta teoria se desenvolvia, influenciou a reforma dos cuidados de saúde primários: avaliação do desempenho em função dos resultados; defesa de maior autonomia de decisão; maior flexibilidade nos instrumentos de gestão e a procura de qualidade e eficiência, menores custos e maior produtividade (129).

O segundo passo da reforma consubstanciou-se na criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), em 2008 (decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro). Pretendeu dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde, através de uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e promovendo a melhoria do acesso para maiores ganhos em saúde.

Em junho de 2007 foi elaborada uma “Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – criação dos ACeS” pela MCSP, que contou com contributos do GANEC e definiu os critérios para essa reconfiguração. Defendia que o mapa das novas unidades de gestão (ACeS) devia resultar das estruturas e serviços de apoio dos então centros de saúde, obedecendo a um critério populacional entre 50 a 200 mil residentes e tendo ainda em consideração outros critérios como a acessibilidade geográfica, densidade populacional, índice de concentração urbana, índice de envelhecimento, acesso a cuidados hospitalares e a divisão administrativa do território (130). Tanto os ACeS como as suas equipas/unidades funcionais deviam passar a contratualizar objetivos referentes a um quadro de indicadores, num contexto de *accountability* e de avaliação de resultados (131).

*“Prevê-se que os ACeS tragam aos cuidados de saúde primários uma melhor prestação de cuidados, através de uma melhor organização, consubstanciada numa maior descentralização da decisão e autonomia” (12).*

Os ACeS foram definidos como unidades de gestão integradas nas ARS ou em ULS, sendo responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de cuidados primários, assim como pela coordenação e ligação à comunidade. A sua

missão passa por assegurar a prestação de cuidados à população da sua área de influência. Têm como objetivos (130):

- Adequar e otimizar os recursos existentes, com ferramentas de planeamento;
- Introduzir diferenciação técnica e governação clínica;
- Coordenar a atuação das unidades funcionais, sem prejudicar a sua autonomia ;
- Introduzir contratualização interna com as unidades funcionais;
- Promover a identificação de necessidades em saúde das comunidades e apresentar propostas de afetação de recursos.

A autonomia de gestão foi uma questão essencial na definição do papel dos ACeS. Cedo se percebeu que não corresponderia ao habitual estatuto jurídico da autonomia administrativa e financeira, devido às reestruturações da administração central do Estado. Porém, seria possível uma transferência de competências da ARS para o ACeS, que permitiria alguma responsabilidade em promover a sua atividade e o investimento em novos recursos, sobretudo através da figura de delegação, baseando-se na figura do contrato-programa previsto no artigo 39º do decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (130). Este contrato-programa seria elaborado entre o diretor executivo do ACeS e o conselho de administração da ARS e nele ficaria estabelecida a transferência de poderes. Estava também prevista a obrigatoriedade de formação dos diretores executivos.

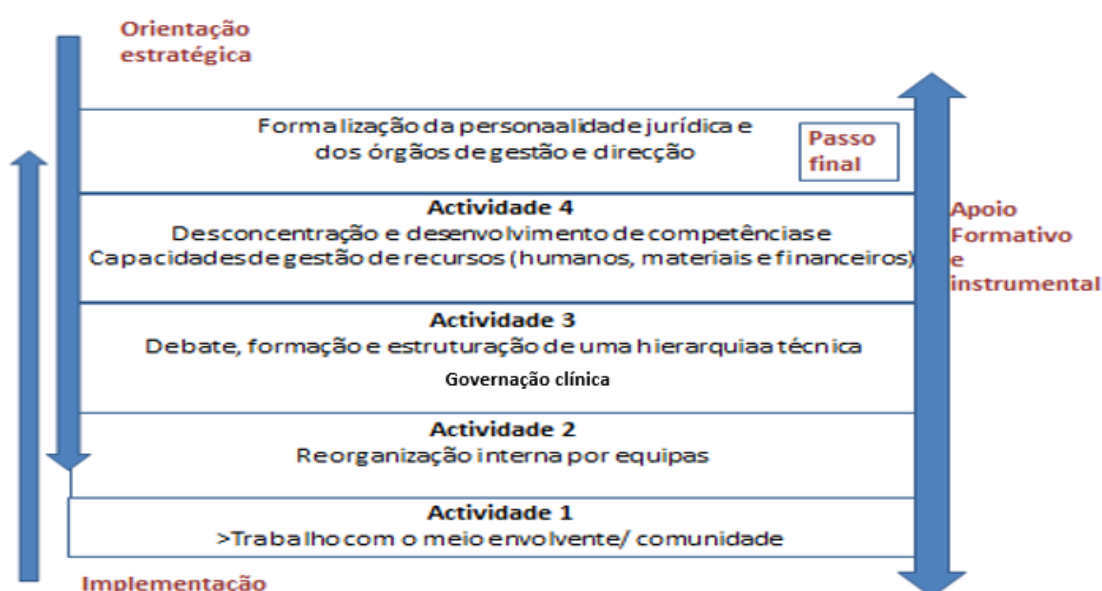
A implementação dos ACeS coincidiu, no mesmo ano, com a publicação do Relatório Mundial de Saúde “Cuidados de Saúde Primários – Agora mais do que nunca!” e com o 30º aniversário da Declaração de Alma Ata. A publicação deste relatório, por parte da OMS, veio trazer a lume as disparidades entre o que se esperava, desde Alma Ata e o estado real de desenvolvimento dos cuidados primários, levando à reflexão sobre a sua importância nas políticas de saúde.

Com a criação dos ACeS e a sua implementação no terreno, passou-se de uma fase de “reforma” para uma de “desenvolvimento organizacional”. Os ACeS assumem um papel de relevo, pela necessidade de capacitá-los com competências e instrumentos estratégicos que permitissem uma verdadeira autonomia administrativa e gestonária, finalidade major da descentralização dos cuidados primários. Como pilares desta autonomia de gestão, estão definidos o planeamento, a delegação de competências e a contratualização (132).

Naquilo que interessa a este estudo, os aspetos da liderança e da autonomia de gestão mantinham-se como prioritários e como fator crítico do sucesso da reorganização deste nível de cuidados (98). Foi identificada a necessidade de criar uma nova cultura de gestão e liderança, aliada necessariamente a um plano integrado de desenvolvimento de competências dos gestores e à construção de um quadro de referência para a autonomia de gestão.

Contribuiu para isso o conhecimento de que não seria possível transformar os ACeS em entidades autónomas, com personalidade jurídica, pelas novas restrições da administração pública que limitavam a criação de institutos públicos, com o objetivo de reduzir a despesa (98).

**Figura 25. Processo de reestruturação dos cuidados de saúde primários**



**Fonte: Adaptado de (132)**

Além das variáveis de contexto já referidas neste trabalho, os autores analisados defendem que as reformas da saúde em Portugal têm-se caracterizado pela inércia e por “não decisões”, sendo que a agenda das reformas tem sido amplamente enviesada pela prevalência de grupos de interesse.

Os fatores que contribuem para isso são: i) as características específicas e a estrutura do sistema político, ii) a falta de participação pública e de discussão das políticas a implementar, iii) a ausência de *accountability*, iv) a passividade dos cidadãos e a elevada influência corporativa, assim como v) uma administração pública centralizada e tecnicamente frágil, que prefere a manutenção do *status quo* que a introdução de

inovação. Por fim, também o facto das questões económicas terem-se sempre sobreposto às necessidades de reforma na saúde (133).

A ausência de autonomia de gestão dos ACeS, pela incompleta descentralização para o nível local, foi a principal transformação estruturante da reforma dos cuidados de saúde primários, iniciada em 2005, que faltou implementar (105).

Após a publicação do diploma de 2008, a MCSP produziu linhas de ação para a implementação e desenvolvimento dos ACeS (134). No mesmo documento, a MCSP definiu as iniciativas estruturantes que seria necessário desenvolver para a criação efetiva dos ACeS no terreno:

- Selecionar com rigor e recrutar os dirigentes necessários para os ACeS;
- Desenvolver a formação contínua dos dirigentes;
- Introduzir e desenvolver a governação clínica;
- Organizar a agregação e a partilha de recursos;
- Reafetar os recursos e competências das subregiões para os ACeS;
- Criar unidades de apoio à gestão nos ACeS;
- Introduzir os órgãos e mecanismos de representação e participação;
- Desenvolver o sistema de monitorização e avaliação;
- Definir o plano global de implementação dos ACeS, com metas, prazos e responsabilidades bem definidas.

A definição concreta dos passos a dar assumia particular relevo pelo conhecimento de que a mudança seria um processo complexo, que necessitaria de experimentação, aprendizagem e aquisição de competências de liderança, de gestão organizacional, clínica, técnica e operacional, fundamentais para a obtenção da autonomia (134). Para tal, seria fundamental a criação das unidades de apoio à gestão (UAG), dotadas de recursos humanos com competências em varias áreas. A importância destas unidades foi discutida em março de 2009, na Reunião Nacional de Diretores Executivos dos ACeS, organizada pela MCSP, onde foi apresentada a sua finalidade: contribuir para a otimização na utilização dos recursos, integração das atividades das unidades funcionais e gestão das atividades transversais (132).

A criação dos ACeS implicava a extinção das sub-regiões de saúde, o que em teoria aconteceu com a publicação das portarias nº272 a 276 de 18 de março de 2009, que criaram em simultâneo os então 68 ACeS. Todavia, essa extinção foi uma oportunidade perdida para descentralizar a gestão até então centralizada e de

comando-e-controle e para adotar um modelo de gestão local e participada. Não se esperava a descentralização de todas as tarefas, por razões de custo/benefício, mas a centralização, sobretudo no contexto específico da inovação introduzida com a reforma, também não era expectável (75).

O contrato-programa foi então considerado um instrumento chave que permitiria a transferência de poderes para os ACeS. O artigo 39º do decreto-lei nº 28/2008, define-o como um instrumento de gestão. Trata-se de um acordo celebrado entre o diretor executivo e o conselho diretivo da ARS, pelo qual se estabelece, quantitativa e qualitativamente, os objetivos do ACeS, os recursos afectos e se fixam as regras relativas à respetiva execução. É celebrado anualmente e deve:

- Delimitar o âmbito, prioridades e modalidades de prestação;
- Estabelecer objetivos e metas quantitativas;
- Promover indicadores de controlo da qualidade;
- Definir instrumentos de acompanhamento e avaliação das atividades;
- Prever a atribuição de recursos para o cumprimento das metas;
- Estabelecer as regras para o funcionamento das unidades enquanto centros de produção e custos;
- Estabelecer mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados;
- Prever as modalidades de apoio técnico da ARS à gestão do ACeS.

No entanto, o mesmo decreto-lei estimulava a definição e publicação de um modelo guia para este contrato, o que não aconteceu.

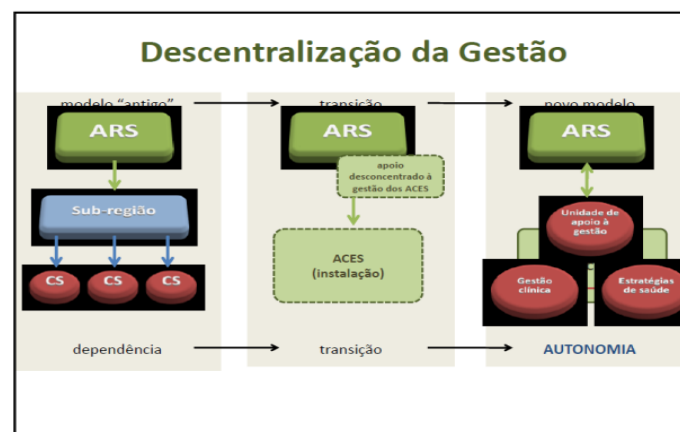
*“Em Abril de 2011, todas as transformações estruturantes da reforma dos cuidados de saúde primários estavam concretizadas, excepto a de conferir aos agrupamentos de centros de saúde a adequada autonomia de gestão” (81).*

Para a “estagnação” da reforma no que respeita à descentralização da gestão e ao papel dos ACeS, parece ter contribuído a extinção da MCSP, sem deixar em alternativa uma estrutura coordenadora para a continuidade da reforma. Começou assim uma segunda fase, impulsionada por um conjunto de projetos – guia (elaborados pelo novo Grupo de Coordenação Estratégica), que pretendia dar novo vigor ao processo de mudança, para terminar o caminho percorrido. Apostou-se em áreas como os sistemas de informação, as unidades funcionais, governação clínica e de saúde, subsidiariedade das decisões de gestão através de medidas de descentralização, delegação de competências do nível regional para o nível local (ACeS) e de apoio ao desenvolvimento organizacional dos ACeS (135).

A descentralização foi apontada como uma área de trabalho essencial para 2011, tendo sido proposta a realização de pelo menos três experiências de descentralização efetiva mais avançada, do nível regional para o nível local: i) processo de aprofundamento progressivo da autonomia dos diretores executivos e dos conselhos clínicos; ii) definição das competências mínimas a transferir a cada ano para os ACeS, com responsabilização e consequências (para as ARS e para os ACeS); iii) definição de uma estrutura mínima de serviços e recursos das UAG e da forma como devem ser estruturados os serviços partilhados (135).

Este Grupo, baseado no relatório do Grupo Consultivo (2009), propôs um modelo para a descentralização da gestão, com o objetivo de aproximar a gestão ao local da prestação, sendo, para tal, necessário o apoio à construção e negociação de um contrato-programa a aplicar num grupo de ACeS piloto (136).

**Figura 26. Modelo de descentralização da gestão**



**Fonte (135,75)**

De acordo com aquela proposta, a autonomia de gestão dos ACeS devia assentar em três pilares essenciais:

**Figura 33 - Pilares essenciais da autonomia dos ACeS**



**Fonte: Elaboração própria, a partir de (132)**

A autonomia de gestão implicaria planejar a atividade e o investimento em recursos (132). A delegação de competências abrangeria a introdução do diretor executivo na cadeia de decisão quanto aos domínios estratégico, funcional, administrativo, financeiro e organizacional, com base em princípios de confiança, aceitação, monitorização e *feedback*. A prestação seria contratualizada com a ARS e com as unidades funcionais (132).

A contratualização pode ser vista como um mecanismo para melhorar o planeamento, a gestão dos cuidados e o desempenho. Permite a descentralização da gestão indo ao encontro das necessidades da população (129). Além do contrato-programa, recorre também ao plano de desempenho, onde são definidas as prioridades assistenciais e explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACeS tem disponíveis para cumprir a missão (137).

Depois do Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, foi, no fim de 2011, criado pelo Ministério da Saúde, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, que produziu mais de 30 documentos sobre aspetos a desenvolver e sobre a concretização das medidas da reforma que ficaram por implementar. Dessa produção destaca-se o quadro de orientação estratégica para o desenvolvimento dos CSP, onde as competências de gestão organizacional são apontadas como uma fragilidade a superar nos ACeS. Foi considerado prioritário redefinir os papéis e missões das ARS e a autonomia dos ACeS no que se refere à desconcentração do nível regional para o nível local.

Foi igualmente realizada uma análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Como pontos fracos foram apontados as fragilidades dos sistemas de informação, as lideranças, o ritmo da reforma e os processos de contratualização. Também o centralismo disfuncional e a incapacidade de atribuir mais responsabilidade e autonomia. A manutenção da gestão vertical da ARS sobre os ACeS, desresponsabilizando os diretores executivos e contribuindo para a preversão da contratualização, foi também considerado negativo.

Em 2012 os 68 ACeS em exercício foram reorganizados em 55. O motivo, segundo a legislação, foi por ser possível e desejável introduzir alterações que refletissem e potenciasses uma combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e de fatores geodemográficos. Todavia, não está disponível qualquer estudo justificativo para essa alteração e centralização.



## Descentralização nos diplomas legais dos cuidados de saúde primários

*“(...) a evolução legislativa [da saúde] não resultou de políticas previamente desenhadas. Ela plasma a pressão das forças económicas e sociais que atuam no setor – profissionais, indústria, distribuição, instituições e função pública – e apenas em pequena parte os cidadãos destinatários. O setor da saúde foi evoluindo e configurando-se de modo irregular e incoerente”*  
(138,98).

Analisando os diplomas mais importantes no âmbito dos cuidados de saúde primários, é possível constatar as várias tentativas, em mais de 45 anos, de descentralizar a organização e a gestão dos centros de saúde. A tendência descentralizadora é visível não só em relação aos cuidados primários, como a outros serviços e níveis de gestão. Porém, os maiores entraves parecem ter surgido no nível intermédio da administração dos cuidados de saúde primários.

O decreto-lei nº 413/71 de 27 de setembro, que reorganizou os serviços do Ministério da Saúde e Assistência, já sublinhava a necessidade de, nos concelhos e nos distritos, coordenar as atividades dos serviços que devem manter autonomia orgânica, com as atividades nucleares dos centros de saúde, criando-se unidades de trabalho e serviços de apoio administrativo.

Em 4 de setembro de 1975, o decreto-lei nº 488, que criou as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, visava estabelecer ou reforçar os princípios de regionalização, descentralização e prestação integrada de cuidados de saúde. Este diploma defendia ainda a atitude de racionalizar e descentralizar competências. Para isso, conferiu personalidade jurídica e autonomia administrativa às administrações distritais.

O decreto regulamentar nº 12/77, de 7 de fevereiro, regulamentou os Serviços Médico Sociais da Previdência, que haviam sido transferidos para a Secretaria de Estado da Saúde, sendo considerados serviços dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa.

Em 1982, o decreto-lei nº 254/82 de 29 de junho, concluiu que as ADSS não haviam conseguido cumprir as funções incumbidas, uma vez que o diploma que tinham por base, defendia uma “estrutura unitarista na conceção e organização dos serviços, inadequada à coordenação técnica e funcional.” Foram então criadas as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde, com personalidade jurídica, autonomia administrativa e património próprio.

O despacho normativo 97/83 de 22 de abril, aprovou o regulamento dos centros de saúde, definindo-os como unidades integradas, polivalentes e dinâmicas, prestadoras

de cuidados primários, dependendo orgânica e funcionalmente das ARS, sendo única e exclusivamente através delas que se processam as relações com os serviços centrais. Não havia neste diploma qualquer indicação de descentralização. Todavia, é referido que a atividade deve obedecer às regras da gestão por objetivos, com maior acompanhamento e responsabilidade dos agentes locais, mas a direção do centro de saúde era considerada um órgão de natureza apenas executiva.

A lei nº 48/90, de 24 de agosto, Lei de Bases da Saúde, referia a regionalização mas apenas quanto às ARS e subregiões, sem referir em concreto o papel dos centros de saúde.

O decreto-lei nº11/93, de 15 de janeiro, estatuto do SNS, definia os centros de saúde como dependentes orgânica e funcionalmente das ARS. Estas, por sua vez, deviam assegurar as verbas necessárias ao seu funcionamento, enquanto se aguardava a criação dos grupos personalizados de centros de saúde. Esta é a primeira indicação legal descentralizadora, pois o mesmo diploma prevê a criação destes grupos, dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, a criar por decreto-lei.

O despacho normativo nº 10/98, de 5 de fevereiro fez referência ao artigo 6º do decreto-lei nº 11/93, que define os centros de saúde como dependentes das ARS, mas não referiu o artigo 13º, sobre a criação dos grupos personalizados de centros de saúde, para justificar a necessidade de atualizar os princípios por que se deve pautar a organização e o funcionamento dos centros de saúde.

Já o decreto-lei nº 156/99 de 10 de maio, previa a criação dos sistemas locais de saúde, constituídos por centros de saúde com a autonomia definida no decreto-lei que se lhe seguia (decreto-lei nº 157/99, de 10 de maio), hospitais e outros serviços e instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, com intervenção direta ou indireta na saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde. Este decreto não chegou a ser implementado. É de sublinhar que o decreto-lei nº 157/99, de 10 de maio apresentava como obsoleto o enquadramento normativo dos centros de saúde, referindo a inexistência de autonomia e o não reconhecimento de hierarquia técnica. Porém, também reconhecia a dificuldade em atribuir a esperada personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira. Foi então proposta a reformulação do quadro legal, dando aos centros de saúde personalidade jurídica e autonomia a nível da gestão local, com base numa matriz organizacional flexível e funcional. Voltou a ser tida em conta a descentralização e autonomia nos CSP.

O decreto lei nº 60/2003, de 1 de abril mencionava no seu preâmbulo a necessidade de repensar a prestação de cuidados de saúde primários, através da criação de um novo modelo consubstanciado numa rede de prestação de cuidados primários. Esta rede poderia integrar entidades do SNS, privadas com ou sem fins lucrativos, cooperativas e profissionais em regime liberal. Também a gestão poderia ser realizada por entidades públicas ou privadas. Aqui estava patente a privatização enquanto modalidade de descentralização. Este diploma foi fortemente contestado pelos profissionais dos centros de saúde e não teve efeitos práticos na reorganização dos centros de saúde.

O despacho nº 21 433/2004, de 20 de outubro, no seguimento da tentativa de organizar os centros de saúde em rede, atribuiu uma classificação aos centros de saúde, com base em critérios geodemográficos e de recursos disponíveis. Esta classificação não teve impacto ao nível da descentralização e autonomia.

Em 2005, o decreto lei nº 88/2005, de 3 de junho, revogou o decreto-lei nº 60/2003 e represtinou o decreto-lei nº 157/99 que estabelecia o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, consagrando uma matriz organizativa com base em unidades de saúde familiar e noutras unidades funcionais.

A resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de outubro, constituiu a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, na dependência do Ministro da Saúde, para coordenar o lançamento e o acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde, numa perspetiva de lhes atribuir autonomia e implementar a descentralização na organização e gestão.

Após a constituição da MCSP, destacam-se o decreto-lei nº 298/2007, de 22 de agosto, que regulamentou as USF e o decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, relativo aos ACeS. Ambos anunciam a descentralizaçãoda gestão no SNS e dos cuidados primários, numa lógica de transformação, modernização e qualificação.

A análise aos diplomas legais referentes aos cuidados de saúde primários permitiu constatar a grande tendência descentralizadora no SNS, sobretudo a partir dos anos 80, com predomínio pela via da transformação e qualificação.

**Quadro 13. Sistematização das tendências descentralizadoras nos diplomas legais relativos aos cuidados de saúde primários**

Diploma	Nível de descentralização no SNS	Nível de descentralização nos CSP	Transformação/Qualificação	Privatização
DL nº 413/71	- +	- +	X	
DL nº 488/75	- +	-	X	
DR nº 12/77	- +	-	X	
DL nº 254/82	++	-	X	
DL nº 97/83	-	-	X	
Lei nº 48/90	+	-	X	X
DL nº 11/93	++	++	X	
Lei nº 10/98	- +	-	X	
DL nº 156/99	++	- +	X	X
DL nº 157/99	++	++	X	
DL nº 60/2003	++	+	X	X
Despacho nº 21433/2004	-	-	X	
RCM nº 86/2005	++	++	X	
DL nº 88/2005	++	++	X	
RCM nº 157/2005	++	++	X	
DL nº 298/2007	++	++	X	
DL nº 28/2008	++	++	X	

**Legenda:** - sem descentralização; - + nível reduzido de descentralização; + nível médio de descentralização; ++ nível elevado de descentralização

**Fonte:** *Elaboração própria*

*“Analisando as leis da saúde verificamos que houve na sua conceção intuitos de generosa descentralização (...). A prática porém tem sido menos afoita que as leis. Sem falar na incapacidade da Assembleia da República para legislar a regionalização administrativa do país, também o Ministério da Saúde deixou perder o valor descentralizador das Comissões Inter Hospitalares e concebeu as ARS como simples centros de prestação de cuidados de saúde primários (...)” (139).*

## **“Municipalização” e descentralização dos cuidados de saúde primários**

Ainda no âmbito das tentativas de descentralização da organização e gestão, na continuidade da reforma dos cuidados de saúde primários, e já depois da criação dos 68 ACeS e da sua reorganização em 55 agrupamentos, surgiu a questão da “municipalização” da saúde.

Em 12 fevereiro de 2015 foi publicado o decreto-lei nº 30/2015, que estabeleceu o regime jurídico da delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais, nomeadamente de saúde. No seu preâmbulo pode ler-se que pretende cumprir o desígnio da descentralização constante na Constituição, que “representa um processo evolutivo da organização do Estado, visando o aumento da eficiência e eficácia da gestão dos recursos e prestação de serviços públicos pelas entidades locais (...)”

Este diploma defendia a realização de dois estudos-piloto no Alto Minho e Aveiro-Baixo Vouga, naquilo que respeita a modelos de competência, financiamento, governação, gestão e transferência de recursos. A delegação de competências proposta devia ser realizada pela celebração de contratos interadministrativos, sendo transferidos os recursos financeiros necessários ao exercício das competências delegadas. Na área da saúde, consideraram-se delegáveis as seguintes competências:

- Definição da estratégia municipal de saúde, enquadrada no PNS;
- Gestão de espaços e definição de períodos de funcionamento e cobertura assistencial;
- Execução de intervenções de apoio domiciliário, social a dependentes;
- Celebração de acordos com instituições particulares de solidariedade social;
- Gestão de transportes dos utentes e serviços ao domicílio;
- Administração das unidades de cuidados na comunidade;
- Recrutamento, alocação, gestão e formação de recursos humanos e avaliação do desempenho dos técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais;
- Elaboração de protocolos de apoio financeiro;
- Gestão de equipamentos e infraestruturas dos centros de saúde;

- Gestão das infraestruturas dos ACeS (construção, manutenção de edifícios e equipamentos, arranjos exteriores, jardinagem e serviços de limpeza, segurança e vigilância);
- Gestão dos bens móveis entre as unidades funcionais do ACeS.

Aparentemente esta delegação de competências em termos da gestão dos cuidados primários para os municípios assim como dos recursos financeiros necessários, não terá tido em conta as razões porque não se verificou a descentralização da gestão para os ACeS como prevista na reforma. Foram vários os atores sociais que se manifestaram contra esta proposta de “municipalização” da saúde. Foram avançados como argumentos que a proposta era demasiado generalista, sem enquadrar a descentralização na reforma do Estado e sem definir os objetivos concretos do seu propósito. E, também, que abordava genericamente as vantagens de um sistema descentralizado sem apresentar resultados de estudos que a fundamentassem.

Parecia então difícil compreender uma iniciativa legal de descentralizar tantos aspetos dos cuidados primários para os municípios, quando a concentração dos ACeS e a sua passagem, em 2012, de 68 a 55, aumentou o número de concelhos abrangidos por cada ACeS, chegando alguns a incluir mais de dez municípios. Como os ACeS dependem diretamente das ARS, não tendo autonomia de gestão, seria muito difícil aplicar o legalmente estipulado.

Deve referir-se que os municípios têm um papel já previsto na lei, nomeadamente nos conselhos da comunidade dos ACeS. Além deste, os municípios podem intervir ao nível das infraestruturas, por meio de protocolos e parcerias, como tem acontecido em todas as regiões de saúde.

O cumprimento do decreto-lei nº 30/2015 criaria confusão na gestão entre as estruturas centrais e locais, com mais uma estrutura intermédia e aumento das desigualdades em termos de acesso, recursos humanos e unidades funcionais, uma vez que uns estariam dependentes do ACeS/ARS e outros dos municípios. Acresce que alguns ACeS estão integrados em ULS, com estatuto de entidades públicas empresariais.

## Estratégia descentralizadora

*“Não se começou por imaginar uma reforma, tornando-a aparentemente obrigatória através de uma nova lei, para depois procurar persuadir os atores sociais a ela aderirem” (75).*

As estratégias são desenhadas com a finalidade de definir prioridades, decisões e medidas de ação com vista a melhorar um qualquer aspeto de um dado setor. No caso da saúde, uma estratégia define a direção e permite atribuir coerência aos esforços levados a cabo para a sua melhoria (95). Pode pensar-se numa estratégia como sinónimo de visão ou defini-la como um conjunto de ações a desenvolver para atingir determinado objetivo (140).

A mudança organizacional impulsionada em 2005, teve por base uma estratégia de descentralização com duas abordagens distintas. Por um lado, foram seguidos os princípios clássicos de uma reforma na administração pública, numa lógica “de cima para baixo”, de “comando-e-controle”. Numa abordagem deste tipo, é definida uma agenda política e as medidas a implementar assim como a sua calendarização. Criaram-se, também, os diplomas legais e instrumentos e órgãos de acompanhamento e gestão necessários à sua concretização.

O quadro legal e normativo foi sendo consolidado de acordo com a evolução da reforma, com uma estrutura coordenadora (MCSP) com poder executivo e influência sobre a administração. Todavia, ao longo do desenvolvimento da reforma, essa estrutura começou a perder força e as estruturas hierárquicas superiores (nomeadamente as ARS) foram ganhando terreno e contribuindo para os constrangimentos à descentralização, sobretudo de gestão (137).

Nesta abordagem tradicional, a vertente descentralizadora e de autonomia terá sido a de permitir e incentivar a auto-organização de equipas multiprofissionais dentro dos centros de saúde e, dois anos depois, a reorganização dos centros de saúde em ACeS. Todavia, este último passo não decorreu como previsto, por constrangimentos vários, nomeadamente a inexistência de uma estratégia de descentralização e a absorção de poder e funções das subregiões de saúde, por parte das ARS (137).

Por outro lado, ocorreu também uma abordagem diferente e inovadora, de “descongelamento da periferia”, em que os profissionais de saúde organizaram no terreno, numa lógica “de baixo para cima”, serviços de saúde próximos da população, facilitando o acesso e alterando a forma como se relacionam com as comunidades. Para esta abordagem contribuíram aspetos como o trabalho em pequenas equipas

multidisciplinares, auto organizadas, com autonomia e responsabilidade garantida pela contratualização do seu desempenho e a existência de lideranças locais.

Esta abordagem foi aquela que permitiu dar início ao que se designa por uma “reforma de proximidade” – aquelas que resultam essencialmente da criação, adoção, difusão e generalização de inovações organizacionais, pensadas, iniciadas e validadas localmente, com as condições e as circunstâncias adequadas ao seu estímulo e facilitação, com grande envolvimento de líderes locais, dos profissionais e das comunidades (145). Trata-se de um tipo de reformas que não substitui a abordagem mais tradicional, mas complementa e é também indispensável para garantir o acesso, a qualidade dos cuidados, a participação e o envolvimento das pessoas nas decisões de saúde, sobretudo naquelas que lhes dizem diretamente respeito e para uma utilização e gestão inteligentes dos recursos comuns (137). As reformas de proximidade, como foi a dos cuidados de saúde primários desenvolvida a partir de 2005, têm lugar onde existe um conhecimento profundo da saúde e dos seus determinantes reais, que estimula a procura de soluções embora não totalmente generalizáveis, mas ajustadas a problemas concretos (110, 141).

Esta foi uma abordagem inovadora: i) por não ter posto de parte os caminhos tradicionais dos planos e das normas para a mudança mas, em simultâneo, ii) por ter procurado ouvir o terreno e as experiências daqueles que haviam já pensado, e em alguns casos testado, alternativas organizacionais e processuais para implementar um novo modelo de gestão, organização e prestação nos cuidados de saúde primários, possível pelo empoderamento dos profissionais e dos líderes locais, que facilitaram o “descongelamento da periferia”, que não teria sido possível apenas pela via centralista (75).



Figura 27. Estratégia de descentralização da reforma



**Fonte:** *Elaboração própria*

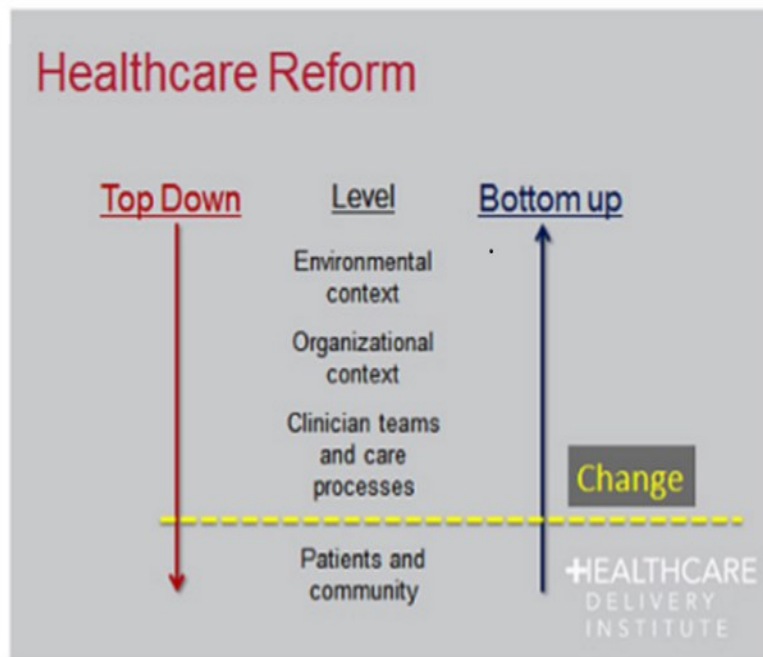
Foi através de uma abordagem centrada na governança que os profissionais e os líderes locais identificaram as experiências a desenvolver, os bloqueios e as oportunidades e seleccionaram os pontos de alavancagem para levar a reforma, a partir da periferia, para o centro e a todo o sistema. Este processo permitiu mobilizar a energia e os talentos dos “inovadores” mais propensos e dispostos à mudança.

A importância de uma reforma baseada na governança e não apenas na governação centralista pura, é fundamentada pela evidência de que a gestão é importante, mas não introduz por si só qualquer melhoria, sobretudo ao nível da qualidade dos cuidados. Ou seja, os responsáveis por esta abordagem estão no nível organizacional, central, mas na realidade não têm verdadeiro conhecimento do que se passa no terreno. Aqueles que conhecem esta perspetiva e os serviços e ainda têm experiência e acesso a todos os aspetos que podem influenciar a mudança, são os profissionais de saúde e os líderes locais. Os gestores, por seu turno, na sua abordagem mais tradicional, colaboram através da definição da política de criação de condições favoráveis e de uma cultura de qualidade (142).

As mudanças substantivas acontecem nas unidades, nos serviços, na interface entre os profissionais e os utilizadores, embora os decisores pareçam ter dificuldade em aceitar este facto, despromovendo continuamente as reformas de proximidade. Uma

estratégia “*bottom-up*” é guiada pelo conhecimento essencial dos maiores especialistas, que são os profissionais e os utilizadores. É a interação entre ambos os grupos que define os cuidados a prestar e o modelo organizacional onde estão inseridos.

**Figura 28. Abordagem *bottom-up***



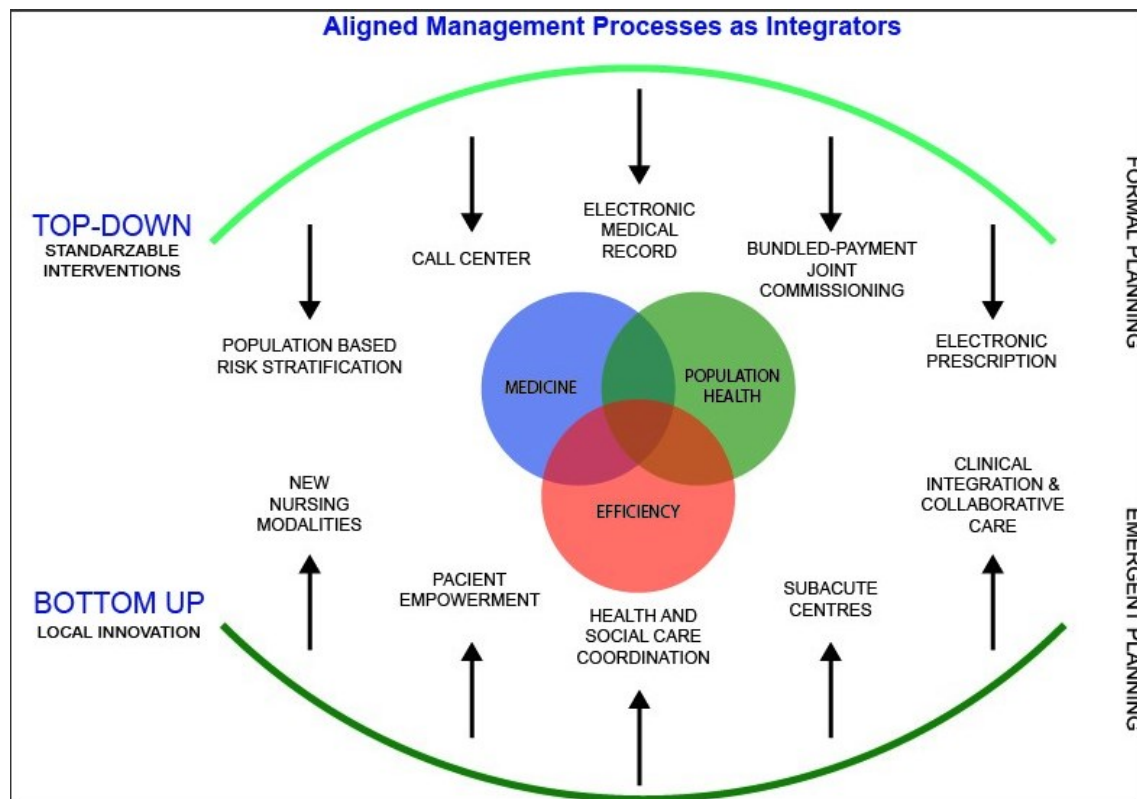
**Fonte: (142)**

Segundo Prewitt Jr. (142), as reformas de proximidade, que seguem a lógica da periferia para o centro são, essencialmente, mudanças culturais que, para o seu sucesso devem assentar em trabalho de equipa, tendo já a evidência demonstrado que promovem melhores resultados em saúde, reduzem o desperdício, a despesa e a complexidade dos cuidados, tornando-os mais eficientes.

Contudo, também as reformas de proximidade, tal como as burocráticas, por si só, não são suficientes. Para que atinjam os objetivos necessitam de um ambiente político favorável, pensamento estratégico, alinhamento com a abordagem tradicional e promoção e distribuição do poder pelas lideranças locais. As lideranças devem mesmo ser partilhadas entre os profissionais de saúde, necessitando de todo o envolvimento possível, com vista à melhor efetividade e desempenho do sistema de saúde. É, portanto, necessária uma integração entre a gestão da mudança *top-down* e a *bottom-up* (143).

As duas abordagens, a decorrer simultaneamente, mas de forma integrada e com forte investimento na proximidade, permitem a continuidade da mudança introduzida, o que não acontece nas reformas impostas de cima para baixo (143).

**Figura 29. Estratégia *top-down* e *bottom-up***



**Fonte: (143)**

Trata-se de reformas cada vez mais importantes no setor da saúde, especialmente devido à dificuldade de obter consensos sobre a mudança necessária para o sistema de saúde, pela queda da confiança nas instituições e nas motivações dos decisores centrais e pelas cada vez maiores pressões económicas e orçamentais. As reformas de proximidade contribuem, assim, para uma maior ligação ao sistema de saúde, para a sua consciencialização e apropriação por parte da população (144).

A inteligência colaborativa deve ser utilizada como um instrumento para a implementação de reformas de proximidade. (145). Além disso, é desejável: identificar e disseminar inovações locais com potencial e adotar metas consensuais quantificáveis para o sistema de saúde, envolvendo o maior número possível de diferentes *stakeholders*. Igualmente necessário é o investimento na inovação e na avaliação que permita a tomada de decisão informada e o reforço as propostas legislativas que vão ao encontro das metas definidas.

Importa referir que na reforma dos cuidados de saúde primários, estas duas abordagens aconteceram em simultâneo e em paralelo, de forma descoordenada e desintegrada (111,75,146), o que constituiu um fator de constrangimento à evolução da reforma. A abordagem típica da administração pública não teve em conta a possibilidade dos profissionais se mobilizarem e atuarem no terreno. Por outro lado, a implementação das experiências no terreno, de equipas com autonomia técnica e funcional, apesar dos seus resultados positivos amplamente referenciados na literatura, também não teve em conta a dependência da estrutura da administração pública (111,75).

A falta desta estratégia pode igualmente estar associada a uma percepção simplista e errada da complexidade dos processos mudança, em que se julga suficiente definir uma linha de ação e as disposições normativas para fazer a mudança acontecer (75, 146). Era expectável que a criação e desenvolvimento dos ACeS se aproximasse mais da segunda que da primeira abordagem, mas não foi o que aconteceu. A criação dos ACeS não foi acompanhada da descentralização prevista com a consequente autonomia de gestão.

Importa analisar com maior detalhe os determinantes da descentralização na gestão dos cuidados de saúde primários, assim como possíveis aspetos facilitadores, capazes de ajudar a superar os obstáculos identificados dentro e fora do sistema de saúde.

## **Discussão e conclusões**

Na saúde, a descentralização é uma forma de atribuir autonomia ao nível local, aproximando a decisão dos prestadores e contribuindo para cuidados de maior qualidade e adequados às necessidades da população (19,18,24).

Analisando os quatro tipos de descentralização possíveis, seria expectável que a reforma dos cuidados de saúde primários tivesse passado por um processo de delegação, de transferência de responsabilidades de decisão do nível regional para o nível local. Ou seja das ARS para os ACeS. Esse processo implicaria descentralização financeira e monitorização do desempenho (18,30).

Apesar de existir a monitorização do desempenho, fundamental também para os processos de contratualização que foram introduzidos nos CSP, o financiamento manteve-se centralizado e o nível de descentralização de gestão decorrente, pareceu limitar-se a um processo de desconcentração, como aliás, a legislação dos ACeS

define, na alínea 3 do artigo 2º (natureza jurídica): “Os ACeS são serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), estando sujeitos ao seu poder de direcção.” (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro). Houve, assim, um alargamento vertical de alguns processos administrativos, onde são descentralizadas algumas funções, mas não o poder de decisão.

Os processos de desconcentração são os que menos responsabilidades atribuem aos órgãos locais (18,30), nomeadamente alguma responsabilidade em termos de planeamento e alocação de recursos (geridos e concentrados nas ARS) e na gestão diária (essencialmente ao nível da definição do orçamento e despesa). Em todas as outras funções, a responsabilidade é limitada, como no caso de determinar e implementar os mecanismos para a obtenção de fundos, gestão de recursos humanos, aquisições e serviços, manutenção, colaboração intersectorial e definição e implementação de programas de formação. As responsabilidades são inexistentes, no que respeita a legislação, a definição das políticas a implementar e a regulação.

Independentemente de poderem estar garantidas as condições necessárias a um processo descentralizador (pessoal formado e qualificado, planeamento local e capacidade administrativa) (38), a verdade é que não parecem ter sido seguidos os princípios básicos (27), para a descentralização (flexibilidade, gradualismo, progressão, transparência no processo de decisão e controle social).

O desrespeito por estes princípios, levou a que não tenham sido aplicados os mecanismos necessários de responsabilização e prestação de contas. Isso tem consequências para a gestão e para os resultados em saúde. A autonomia é condição para a eficiência, para a qualidade e para os ganhos em saúde. Com o atual quadro de descentralização e consequente reduzida autonomia, os cuidados de saúde primários correm o risco de assistir à fragmentação de serviços e perda de equidade (38).

Em termos práticos, a evidência refere que um limitado nível de autonomia tem consequências a vários níveis. Por exemplo, impede as organizações no nível local, de utilizarem os recursos e tomarem as suas decisões sem condicionantes externas (43); (30). Também está associada a uma limitada autoridade e capacidade para gerir (44), e consequente redução do poder legítimo de dar ordens e tomar decisões e apresenta menor possibilidade de formular e aplicar políticas, de definir a agenda local e de influenciar a agenda nacional (45).

Da revisão de literatura efetuada (e ainda dos resultados das entrevistas realizadas e dos inquéritos aplicados para o estudo II), as limitações mais importantes decorrentes de um reduzido grau de autonomia, são aquelas que estão relacionadas com a ausência de capacidade de tomar decisões adaptadas ao nível local e às necessidades da população/comunidade, e com a impossibilidade de gerir os recursos existentes de acordo com as prioridades locais.

O receio relativo aos aspetos negativos da descentralização tem sido utilizado como argumento para impedir ou limitar a delegação de competências ou a desconcentração de responsabilidades. Todavia, há que levar em linha de conta que existem mecanismos que limitam os efeitos negativos decorrentes de um incorrecto processo de descentralização. Estes efeitos negativos podem comprometer a eficiência e a equidade e dar origem a um aumento de custos e menor rentabilidade produtiva (39,50;30), ou ainda levar à subotimização, se o foco no desempenho local for superior ao foco no desempenho global (50). Todavia, as possíveis consequências negativas resultam sobretudo da forma como os processos descentralizadores são desenhados e implementados e não da descentralização em si mesma (23). É, portanto, possível minimizar os efeitos negativos. Para tal, a evidência aponta vários caminhos. Por um lado, através da monitorização, acompanhamento e avaliação, utilizando por exemplo, o *balanced scorecard* (147). Por outro, pelo controle hierárquico e normativo, definindo regras e orientações relativas aos procedimentos administrativos (41).

Um correto desenho e implementação do processo de descentralização, seguindo todas as etapas e garantindo a existência das condições necessárias e o respeito pelos princípios básicos, permite evitar os efeitos negativos. Porém, caso não seja possível evitá-los totalmente, eles podem ser reduzidos. De acordo com os resultados obtidos neste estudo a maximização de benefícios e a redução de efeitos negativos pode ser conseguida através de monitorização e avaliação, utilizando o contrato-programa, regulamentado pelo decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, nos artigos 38º e 39º (este aspeto foi confirmado pelos resultados das entrevistas e dos inquéritos aplicados para o estudo II).

O contrato-programa, para ser efetivo, deve focar-se nas responsabilidades e deveres dos ACeS para o cumprimento dos indicadores e metas, mas também nos deveres das ARS, naquilo que respeita os recursos e os meios que possibilitam o cumprimento dos objetivos por parte das unidades prestadoras. Este aspeto é tanto mais importante

quanto menor é a autonomia dos ACeS, nomeadamente no que respeita aos aspetos financeiros e à sua capacidade de decisão.

Nas várias etapas evolutivas dos cuidados de saúde primários, foi possível identificar um conjunto de fatores que limitaram a atribuição de autonomia e a descentralização da gestão, apesar de existir legislação que regulamentava a sua implementação. Ao longo dos anos, as barreiras à inovação e à flexibilidade impediram a modernização da administração pública em geral, e, conseqüentemente, as várias reformas, em vários setores, sendo o da saúde um exemplo (74).

Estes aspectos podem ter contribuído para que as reformas planeadas ao nível dos cuidados de saúde primários, nunca tenham sido totalmente implementadas.

Em geral, as reformas que têm sido feitas nos sistemas de saúde visam que estes principais objetivos: melhor saúde, resposta às expectativas e justiça na contribuição financeira, alcançados através da implementação de medidas que: i) promovam a melhoria do desempenho; ii) descentalizem a autoridade e a decisão para o nível local; iii) melhorem as atividades através do planeamento; iv) introduzam diferentes formas de financiamento e v) introduzam mecanismos de concorrência (regulada). A reforma de 2005 teve uma maior implementação relativamente às anteriores, apontando os resultados deste estudo para uma combinação de fatores, tais como:

- Apoio/oportunidade política;
- Motivação e empenho dos profissionais do terreno/lideranças locais;
- Abordagem mista *top down/bottom up*;
- Estrutura de acompanhamento com poder executivo;
- Resultados positivos de experiências reformistas anteriores.

Porém, apesar da sua maior implementação ao longo dos últimos anos, têm sido várias as mensagens de que a autonomia gestonária tem tardado: uma das medidas preconizadas nas “Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, de 2006 (126), consistia na atribuição de autonomia aos ACeS. Esta deveria ter sido gradual e estar concluída num prazo máximo de 3 anos. Aquando da sua reestruturação em 2012, a autonomia não tinha sido ainda efetivada.

Em 2008, faltava à reforma dos cuidados primários, a “descentralização, co-responsabilização e comparticipação no efetivo processo de gestão (...)” (148). Todavia, a Organização Mundial de Saúde publicava o seu relatório anual, que designou por “Cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca”, onde



Portugal foi referido como um exemplo de boas práticas pela melhoria dos indicadores de saúde relacionada com a organização do sistema de saúde centrada nos cuidados de saúde primários (149). Ainda em 2008, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde chamava a atenção para o facto da autonomia dos ACeS depender da existência de um contrato-programa (resultado de um processo de contratualização) e que era um “salto qualitativo assinalável” face à situação do momento (12). Em 2010, surgiram as primeiras e incipientes experiências dos contratos-programa, embora sem regulamentação específica, que se mantém.

Segundo o relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (146), “em determinados casos persiste um modelo de liderança incompatível, em termos formais e estratégicos, com a própria reforma”. Estão previstos os instrumentos legais, nomeadamente o contrato-programa, para a descentralização da gestão e existem instrumentos de monitorização e avaliação dos seus resultados e a evidência internacional parece demonstrar que os modelos de gestão dos cuidados primários estão diretamente relacionados com o cumprimento dos objetivos da prestação de cuidados de qualidade (150).

Através dos ACeS iniciou-se a integração das unidades de saúde familiar e das outras unidades funcionais, numa rede partilhada de áreas e competências complementares (saúde pública, saúde da comunidade, cuidados personalizados e recursos assistenciais partilhados) e iniciou-se uma transformação que privilegia a governação clínica e de saúde, as estratégias locais de saúde e a descentralização da organização e gestão. Nos últimos anos, foram dados passos importantes para a promoção da autonomia e responsabilização, naquilo que respeita a implementação de sistemas de avaliação, informação, contratualização, auditoria e acreditação (151).

A prioridade e importância atribuídas ao desenvolvimento do novo modelo organizacional dos cuidados primários, está patente no “Memorando de Entendimento” da troika, onde se defendia que o Governo devia prosseguir com o reforço dos serviços de CSP, de modo a continuar a redução do recurso desnecessário a consultas de especialidade e às urgências, e de modo a melhorar a coordenação de cuidados. Para isso sugeria o aumento do número de unidades de saúde familiar contratualizadas com as ARS, continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho (152).

No Programa do XIX Governo (2011-2015), pode ler-se como prioridade a implementação de “(...) medidas para a qualidade e acesso efetivo aos cuidados de



saúde: garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção; reforçar o papel das entidades integrantes da rede de cuidados primários, criando mecanismos que permitam e induzam a autonomia de gestão de cuidados primários por parte dos profissionais de saúde, entidades privadas ou sociais, mediante o aumento da oferta com racionalização de recursos (...).

No documento “Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016”, previa-se que durante esse período de tempo, seria necessário:

- Dar continuidade à reforma dos ACeS, com ajustes que aumentassem a sua implementação e autonomia e que diversificassem a oferta de cuidados;
- Reforço das competências dos ACeS nas áreas de gestão e contratualização;
- Reforço da eficácia dos cuidados prestados através de indicadores de resultados em saúde;
- Implementação de sistemas de informação robustos, credíveis e facilmente utilizáveis na prática clínica;
- Reforço da desburocratização dos cuidados primários (153).

No início de 2011 a USFAN elaborou um estudo, através da aplicação de um questionário a todos os diretores executivos, solicitando a sua opinião sobre a implementação do decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, relativamente a: i) regulamento interno, ii) criação das unidades funcionais, iii) aprovação dos planos plurianuais e anuais e respetivos orçamentos, iv) funcionamento do conselho da comunidade, v) celebração do contrato-programa com a ARS e vi) grau de autonomia que consideravam possuir. Dos 68 diretores executivos, então em funções responderam 47, o que equivale a uma taxa de resposta de 69%. No que respeita em concreto a autonomia, 82.6% considerou não ter autonomia na área dos recursos financeiros; 69.5% considerou não ter nenhuma ou pouca autonomia na área dos recursos humanos, assim como 65% em relação às instalações e equipamentos e 54.4% quanto à formação (154).

Em 2012 foi publicado um estudo de Lapão e Dussault onde foram apresentados os resultados de uma análise SWOT realizada aos elementos dos conselhos clínicos e de saúde dos ACeS. Como pontos fortes sublinharam a gestão mais efetiva e mais próxima da realidade. Como pontos fracos, destacaram a falta de autonomia de gestão

e a falta de dados e informação para gerir. A acrescentar a estes pontos fracos, não pode deixar de se referir que foram identificadas como ameaças a dificuldade de comunicar com as ARS, a sua falta de suporte para a negociação, a ausência de respostas no que se refere à gestão de recursos humanos, a falta de apoio do Ministério da Saúde e o escasso desenvolvimento dos serviços partilhados. O estudo conclui ainda que a implementação de leis e decretos, se não for acompanhada pelos recursos adequados e por regras de governança, não será suficiente para apoiar e garantir o sucesso de uma reforma (155).

Em setembro de 2013, no I Congresso da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde, foram apresentados os sete desafios da reforma dos cuidados de saúde primários (109). Desses desafios, destaca-se a atribuição de autonomia aos ACeS, através de contratos-programa “ao invés da crescente centralização do poder nas ARS e na ACSS”. Para os autores, este é um desafio que se justifica pela estagnação do desenvolvimento organizacional e da inovação da reforma dos CSP e pelo facto da reconfiguração dos ACeS ter sido entregue às ARS e não a uma entidade como a MCSP, como aconteceu com as USF. As ARS, ao contrário do que era esperado pelos impulsionadores da reforma, têm reforçado a centralização dos processos e das decisões, matendo o modelo de comando-e-controle, que vai contra a moderna governação da administração da saúde, centrada na responsabilização pelos resultados.

O presente estudo permitiu verificar que, apesar do reconhecimento da sua importância ao longo de toda a história dos cuidados de saúde primários e das várias tentativas à sua implementação, a descentralização da gestão nunca entrou verdadeiramente neste nível de cuidados, com exceção das USF e mais tarde das UCC.

Isso foi possível comprovar através i) da análise do modo como foram criados e implementados os centros de saúde em Portugal, ii) daquilo que representam no sistema de saúde português e iii) da forma como estão classificados comparativamente a outros países. Verificou-se um bom posicionamento em termos de acessibilidade e abrangência, mas pior naquilo que respeita a coordenação, para a qual a descentralização é fundamental.

As principais reformas da saúde em Portugal, e em particular aquelas que estiveram relacionadas com os cuidados primários, apresentaram sempre tendências

descentralizadoras, mas foram vários os bloqueios à sua implementação. Isso foi particularmente visível na reforma de 2005, que aqui se estudou em profundidade.

Para comprovar as dificuldades da descentralização nos cuidados de saúde primários, além da revisão de literatura, efectuou-se uma análise aos diplomas legais relacionados com este nível de cuidados, onde se verificou, uma vez mais, a insistência na descentralização da gestão, embora sem grande sucesso.

Pareceu importante estudar a estratégia de descentralização assumida na reforma de 2005, numa tentativa de aprofundar os motivos que dificultaram um maior nível de autonomia e descentralização. As análises efetuadas permitiram identificar a influência dos contextos, internacional e nacional, naquilo que diz respeito ao contexto político, social e económico-financeiro, assim como o papel das lideranças, como factores que têm impacto na descentralização.

Este estudo permitiu responder aos objetivos propostos:

**Rever as circunstâncias em que foram criados os centros de saúde em Portugal e o papel que os cuidados de saúde primários têm desempenhado no sistema de saúde português** - Pode concluir-se da literatura sobre a organização de sistemas de saúde que, aqueles que são organizados em torno de cuidados de saúde primários apresentam maiores hipóteses de sustentabilidade, melhores níveis de saúde da população e menor despesa em saúde. Não obstante, a percentagem do orçamento da saúde atribuído a este nível de cuidados tem sido tendencialmente baixa. Em Portugal, os cuidados de saúde primários têm mais de quatro décadas de história. Durante todo este período, foram várias as tentativas de descentralizar para o nível local o poder e a autonomia gestionária. Porém, o resultado tem ficado, em geral, muito aquém das expectativas, o que contribuiu para a tese de que a descentralização tem sentido sempre grandes dificuldades em entrar neste nível de cuidados.

Os centros de saúde, unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, surgiram a partir de uma reforma no início da década de 70, que preconizava a criação de uma política unitária de saúde nacional, que permitisse uma maior regulação da coexistência de instituições de saúde de diferentes origens. Esta reforma foi desenhada e implementada numa lógica de maior intervenção do Estado, segundo uma abordagem *top-down*. Para essa abordagem contribuiu um contexto de fracos recursos económicos e financeiros e a reduzida capacidade de financiamento dos serviços de saúde.

Tal como no SNS em geral, também os centros de saúde foram instituídos e desenvolvidos segundo duas abordagens distintas. Uma abordagem numa ótica de cima para baixo, centralista e normativa, presente no decreto-lei nº 413/71, de 27 de setembro, necessária à sua organização e ao planeamento das suas tarefas e atividades. Outra, numa ótica descentralizadora da prestação e dos serviços e órgãos locais, adequada à garantia de uma cobertura generalizada à população, com autonomia técnica e administrativa. Contudo, o próprio responsável pela reforma de 71, Gonçalves Ferreira, reconhecia a ausência de vontade política para implementar as medidas da legislação promulgada nos anos 70. Para além do contexto político, também contribuíram os contextos sociais e organizacionais, estruturas e interesses existentes, que não facilitaram o desenvolvimento esperado dos cuidados primários na lógica da sua autonomia.

**Analisar a evolução dos cuidados de saúde primários no país, com especial atenção à reforma de 2005 e os principais fatores que influenciaram essa evolução e identificar e analisar as oportunidades e iniciativas no sentido da descentralização da organização e gestão dos cuidados de saúde primários, com particular atenção àquelas associadas à reforma de 2005** - O aparecimento do SNS (1979), embora conotado com uma abordagem *top-down*, veio dar continuidade às tentativas de descentralização. Isso é visível pelo facto de gozar de autonomia administrativa e financeira e de se estruturar numa organização descentralizada e desconcentrada, constituída por entidades centrais, regionais e locais.

Apesar das próprias ADSS serem então organizadas a nível distrital, mais próximas da população, em 1982 foram reformuladas dando lugar às ARS, também elas com personalidade jurídica, autonomia e património próprio. O aparecimento destas estruturas esteve relacionado, em termos de contexto, com a então possibilidade de regionalização territorial que nunca se verificou por via dos resultados do referendo realizado nos anos 90. De qualquer modo as ARS passaram depois de uma atuação distrital para o nível regional, indo contra um dos determinantes da descentralização: a proximidade.

Posteriormente, foi publicada legislação que previa os centros de saúde de 2ª geração, integrando os postos médico-sociais das Caixas de Previdência. Mais uma vez o contexto teve grande influência pois os centros de saúde dependiam orgânica e funcionalmente das ARS e continuavam sem autonomia e sem personalidade jurídica.

Foi a partir da Lei de Bases da Saúde, em 1990, que se criaram as condições para uma maior descentralização (maior que a existente e que até então estava prevista). Através do estatuto do SNS (1993), as ARS deixaram de funcionar a nível distrital e passaram a organizarem-se a nível regional. Todavia, foram também criadas as sub-regiões de saúde mantendo-se estas nos distritos. Nesta fase, a maior aposta na descentralização dos cuidados primários deu-se com a previsão de criar grupos personalizados de centros de saúde, dotados de personalidade jurídica. Mas isso nunca aconteceu.

A par com esta abordagem legislativa e normativa de descentralizar os cuidados primários, surgiram algumas experiências locais também elas promotoras de descentralização numa lógica de implementação *bottom-up*. Isso foi necessário pela dificuldade em implementar ou fazer suceder positivamente a abordagem *top-down*.

Em todas estas experiências as lideranças e os atores sociais envolvidos foram preponderantes. Compreenderam que a existência de uma lei e de uma mudança planeada não era garantia da sua efetiva execução. Procuraram alternativas, influenciados pelo contexto em que se inseria este nível de cuidados, caracterizado fundamentalmente pelas dificuldades no acesso, insatisfação profissional, excesso de burocracia e deficiências no sistema de informação.

A influência positiva do contexto essencialmente político e social, foi também visível na segunda metade da década de 90, pela adoção do princípio de autonomia e autoorganização baseada na contratualização, em que foram criadas as primeiras agências de contratualização e pelo desenho, pela primeira vez, de um sistema de informação para os cuidados primários (necessário à monitorização do desempenho das equipas RRE).

Paralelamente à descentralização através da transformação, modernização e qualificação do SNS, assistia-se à via da privatização da gestão de serviços hospitalares, através da experiência do Hospital Amadora Sintra e do Hospital da Feira (Santa Maria da Feira). Foi também nesse período que se criou a primeira Unidade Local de Saúde (ULS Matosinhos), unidade de gestão integrada e ainda o primeiro Centro de Responsabilidade Integrada (DL 374/99), no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Coimbra, com a finalidade de proporcionar autonomia de gestão, descentralização e contratualização dentro dos hospitais.

As experiências de descentralização da gestão no seio do SNS, particularmente nos cuidados primários e os resultados observados, desenham o contexto ideal para o

aparecimento do decreto lei nº 157/99, de 10 de maio, que previa os centros de saúde de 3ª geração, possibilitando um nível de gestão local. Mais uma vez não houve quaisquer efeitos práticos resultantes desta abordagem normativa, apesar da DGS ter publicado o “Manual para a mudança”, onde era defendida uma organização e gestão mais descentralizada dos centros de saúde de 3ª geração.

Tal como se defende neste estudo, essas abordagens são uma combinação entre o *top-down*, o *bottom-up*, garantindo o apoio à mudança organizacional. Essa combinação permitiria dar início a experiências de atribuição de autonomia de gestão a alguns centros de saúde selecionados, retirando-os da dependência das ARS, embora sujeitos a acompanhamento e avaliação.

Em 2003 esta tendência da descentralização pela transformação perde terreno para a via da privatização, quando é promulgada uma lei que tinha na prestação privada e por cooperativas profissionais de cuidados de saúde primários, a solução para as questões do financiamento e das desigualdades no acesso a estes cuidados. Nos hospitais mantinha-se a tendência privatizadora com os Hospitais SA.

A compreensão desta reforma e os aspetos que impediram a sua total concretização, no que se refere à descentralização pela transformação, inovação, modernização e qualificação das unidades prestadores nos centros de saúde, é um dos aspetos mais importantes deste estudo.

A inovação desta reforma é inequívoca, mas não nasceu em 2005. Teve um tempo de conceção e ensaio sobretudo entre 1996 e 1999, para o qual participou a criação das primeiras unidades de saúde familiar dos RRE, a criação das agências de contratualização e dos contratos programa (embora com mais peso na área dos hospitais), o desenvolvimento de projetos de qualidade, a legislação dos centros de saúde de 3ª geração e a definição do que seriam os agrupamentos de centros de saúde. Deste período, nasceu o esboço de uma estratégia de saúde para Portugal, a implementar entre 1998 e 2002 (o que não se verificou). Em 1999 chegou a ser publicado o Decreto-Lei 156/99 que previa a criação dos Sistemas Locais de Saúde, embrião de um planeamento estratégico local, que integrava os Centros de Saúde de 3ª geração, os Hospitais, a Unidade de Saúde Pública e representantes das autarquias, setor social, convencionado, privado, bombeiros, todos os *stakeholders* da saúde de uma dada área geodemográfica, sobre a coordenação da respetiva ARS. Este diploma tal como o dos centros de saúde de terceira geração (DL 257/99) nunca foi incrementado e acabando por ser revogado anos mais tarde.

Nenhuma das dificuldades apontadas impediu que em 2005 os cuidados primários ganhassem novamente relevo, voltando a ser sublinhada a sua importância como pilar central do sistema de saúde e do SNS, reconhecimento que foi o ponto de partida para a reforma. Voltou a destacar-se a descentralização pela via da qualificação sobre a da privatização. Embora a privatização estivesse prevista no modelo C das USF, nunca foi sequer legislada, apesar de constituído em 2012 um grupo de trabalho para a sua análise, mas que não apresentou ou, pelo menos, não é conhecida qualquer proposta nesse sentido.

Ao contrário das anteriores, esta reforma não teve início numa forte abordagem exclusivamente *top-down*, através da criação e publicação de legislação. Antes, o Governo constituiu um grupo técnico onde participavam profissionais considerados líderes entre os seus pares, que definiu e apresentou as linhas orientadoras para a mudança, colocadas à discussão, o que por si só foi já uma inovação e uma introdução da abordagem *bottom-up* em complemento à *top-down*.

Independentemente da combinação existente entre as abordagens *top-down/bottom-up*, a mudança deu-se verdadeiramente através do descongelamento da periferia, envolvendo os profissionais do terreno com disponibilidade e motivação para liderar o processo. De referir que foram também muitos destes profissionais que haviam estado envolvidos nas tentativas anteriores de reforma, daí o seu conhecimento, experiência e motivação acrescida.

As USF foram o primeiro e o mais destacado passo desta reforma, impulsionadas pelos líderes anteriormente referidos, que participaram na sua organização e constituição, que decorria voluntariamente. Quer pela forma como se organizaram e implementaram numa abordagem puramente de baixo para cima, participada e envolvente, quer pela força do voluntarismo e dos líderes no terreno, consideraram-se as USF como o único exemplo onde a descentralização na organização verdadeiramente entrou nos cuidados de saúde primários. Representaram uma reforma de proximidade, feita pelos profissionais de saúde, com apoio político. Não foi uma transformação imposta por um nível hierárquico superior, mas antes resultado de candidaturas espontâneas avaliadas pelos pares, ratificadas pelas ARS.

Os ACeS representaram a 2ª fase da reforma, em 2008. Aquando do seu desenho e definição, foram estabelecidos como objetivos uma maior descentralização da decisão e autonomia, para uma organização e prestação estável, com gestão rigorosa e adaptada às necessidades locais para maiores ganhos em saúde. O tempo que

decorreu entre o início da reforma e o aparecimentos dos ACeS, deu lugar a alterações no contexto que tiveram impacto negativo, nomeadamente as consequências de uma crise económica, nacional e internacional, a que estão associados critérios centralizadores para a gestão e a contenção da despesa. De início pretendia-se que os ACeS tivessem total autonomia jurídica e financeira como esteve previsto e legislado para os centros de saúde de 3ª geração mas, o medo de que gerasse um aumento de custos a curto prazo, aliado à crise financeira internacional de 2008, demoveram o poder político deste salto organizacional.

Acresce que, ao contrário das USF, os ACeS foram criados essencialmente pela via normativa, apesar do envolvimento dos profissionais e dos seus líderes. Com os ACeS pretendeu-se estruturar uma melhor e universal resposta de cuidados de saúde primários de proximidade, na e com a comunidade, através das Unidades de Cuidados na Comunidade, fundamentalmente dirigidas às doenças crónicas e aos determinantes que lhes estão associados, ao envelhecimento, progressiva dependência e ao isolamento da população, bem como, se tentou garantir acesso, em todo o país, às “novas” profissões em cuidados de saúde primários como os nutricionistas, os psicólogos, os fisioterapeutas, os assistentes sociais, os higienistas orais, entre outros. Estes profissionais distribuíam-se de forma desigual, sem qualquer planeamento ou lógica pelas cinco regiões, o que gerou graves iniquidades no acesso à saúde e às intervenções em saúde mais globais, personalizadas, atuais, mais efetivas e eficientes e menos iatrogénicas do que as clássicas e estandardizadas terapêuticas farmacológicas.

O facto dos ACeS terem sido todos implementados em simultâneo em todo o país, segundo o mesmo modelo, no mesmo período temporal, sem gradualismo e sem ter em conta as especificidades próprias de cada local, também não representou um aspeto positivo. Outro ponto, foram as regras impostas pelas reformas que foram ocorrendo na administração pública, que impediam o aparecimento de ACeS enquanto institutos públicos, limitando a sua possibilidade de descentralização e autonomia.

Além dos fatores referidos, tem também contribuído para o insucesso das reformas descentralizadoras em geral a existência de grupos de interesse, as características e estrutura do sistema político, o reduzido nível de participação pública, a ausência de responsabilização e prestação de contas e a passividade dos cidadãos perante estes factos.



Estava prevista uma transferência de competências, pela via da delegação, das ARS para os ACeS conferindo-lhes autonomia de gestão, nos documentos que fundamentaram o seu aparecimento. Porém, o período temporal para a sua implementação e todos os fatores atrás referidos, levaram a que a delegação fosse substituída pela via da desconcentração, regulamentada no decreto lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Isso fez diminuir o nível de autonomia que os ACeS viriam a ter. Poderia não ser grande condicionante à sua atividade, dado que estavam previstos outros instrumentos que promoviam a autonomia, fundamentalmente o contrato programa. Porém, nunca chegou a ser publicado o seu modelo nacional, previsto na lei.

As dificuldades apontadas levaram a uma estagnação da reforma, para a qual pode ter contribuído o fim da MCSP, sem uma estrutura semelhante que garantisse a continuidade. Isso representou uma redução na influência das lideranças e no seu papel na reforma.

Como já foi defendido, as USF foram o único marco da história dos cuidados primários onde houve de facto descentralização ao nível da organização (mas não da gestão). As razões desse acontecimento devem-se à estratégia de descentralização adotada desde logo em 2005, que teve por base duas abordagens distintas. Uma que seguiu os princípios clássicos das reformas na administração pública, numa lógica *top-down* de comando-e-controle em que foi definida uma agenda política, as medidas a tomar e a sua calendarização, criando o quadro legal e normativo e os instrumentos de acompanhamento. Outra, de descongelamento da periferia, numa lógica *bottom-up*, para a qual contribuíram as lideranças locais e a experiência e motivação dos profissionais no terreno.

Estas duas abordagens em complemento, permitiram o desenvolvimento de uma reforma de proximidade, resultante da criação, adoção e difusão de inovações organizacionais, validadas localmente, com o envolvimento dos profissionais e das comunidades. Foi com uma visão centrada na governança que as lideranças identificaram experiências a desenvolver, os possíveis bloqueios e oportunidades e selecionaram os pontos de alavancagem da reforma.

Todavia, tal como as reformas clássicas, também as reformas de proximidade necessitam da garantia de algumas condições para o seu sucesso, como um ambiente político favorável, de apoio, pensamento estratégico, alinhamento com a abordagem tradicional e distribuição do poder pelos líderes locais. Estas condições, que se

verificaram numa fase inicial aquando da constituição das USF, foram enfraquecendo e praticamente não existiam quando se avançou com a implementação dos ACeS.

*“A complexidade do sistema organizacional nos cuidados de saúde primários, tem implicado uma dinâmica permanente de mudança, que impõe uma visão estratégica da gestão. No entanto, é constrangedora a subcultura de carácter normativo, burocrático e autoritário, que concebe um sistema de saúde centralizado e uniforme, com uma gestão de comando-e--controle, com uma organização rígida, conservadora, estática e defensiva face a novos desafios, frustrando sistematicamente todas as expectativas de mudança” (108, 65).*

Nas várias tentativas de reforma dos cuidados de saúde primários, desde a sua criação em Portugal, foi possível identificar um conjunto de fatores que limitaram a consolidação da autonomia e da descentralização, apesar de existir legislação que regulamentava a sua implementação.

Entre estes fatores, desataca-se, por um lado, a tradição centralista da administração pública portuguesa, avessa aos fenómenos descentralizadores e à distribuição de autonomia e poder. Destaca-se igualmente as tradicionais formas centralizadas de funcionamento do sistema de saúde e os modelos de gestão utilizados, não promotores da autonomia.

Não pode deixar de se referir o habitual fluxo dos recursos, de cima para baixo, do centro para as regiões, chegando apenas superficialmente às periferias. Acresce ainda a teia de interesses individuais e institucionais e a ameaça aos poderes instalados (108,156,31). Ao longo dos anos, as barreiras à inovação e à flexibilidade impediram a modernização da administração pública, e, consequentemente, de várias reformas, em vários setores, sendo o da saúde um exemplo (74). Todos estes aspetos têm contribuído para que as reformas planeadas ao nível dos cuidados de saúde primários, nunca tenham sido totalmente implementadas. Biscaia e colaboradores (157) apontam ainda a instabilidade política e as mudanças de governo como motivos a considerar.

A reforma de 2005 teve uma maior implementação que as anteriores (embora não tenha sido totalmente concretizada, naquilo que se refere à autonomia dos ACeS), devido à combinação de um conjunto de fatores, todos eles com peso:

- Apoio/oportunidade política;
- Motivação e empenho dos profissionais do terreno/lideranças locais
- Abordagem mista top down/*bottom up*
- Estrutura de acompanhamento com poder executivo;
- Resultados positivos de experiências anteriores.

Esta análise permitiu constatar que: i) o objetivo da descentralização tem sido reiteradamente expresso nos documentos orientadores desta reforma e na respectiva legislação, ii) a constituição dos ACeS e o seu posterior redimensionamento foram explicitamente justificados para possibilitar a descentralização da gestão nos cuidados de saúde primários, iii) o processo de contratualização para os cuidados de saúde primários seria o veículo privilegiado para assegurar a descentralização dos ACeS face às ARS; iv) as experiências de descentralização da gestão a nível hospitalar, primeiro como o novo estatuto e depois com os hospitais SA (sociedade anónima) e posteriormente com os hospitais EPE (entidade pública empresarial), não tiveram correspondência nos cuidados de saúde primários; e v) os profissionais e as organizações de saúde têm manifestado as suas posições, quer através do estudo anual “Momento atual da reforma”, quer em outras publicações, declarando que o objetivo expresso da descentralização na gestão dos ACeS não teve lugar.

Tendo-se concluído pela dissonância entre os objetivos normativos e o seu efeito prático na descentralização dos ACeS na reforma dos cuidados de saúde primários, pareceu oportuno procurar esclarecer os principais fatores que conduziram a esta dissonância e também as eventuais oportunidades para ultrapassar as dificuldades identificadas. Este foi o objetivo do Estudo II que integra esta tese.



## **ESTUDO II. DETERMINANTES DA DESCENTRALIZAÇÃO: PRINCIPAIS OBSTÁCULOS E OPORTUNIDADES NA REFORMA DOS CSP**

*“As associações, instituições e organizações de saúde (...) tendem (...) a resistir a alterações (...). A sua resistência pode ser uma tentativa para defender os seus próprios interesses ou para preservar tradições já arraigadas. Em qualquer caso, isto pode ter sérias consequências sobre a orientação de programas de saúde, planeamento e sistemas (...)” (158).*

### **Introdução**

O estudo I permitiu reconhecer e discutir as dificuldades da descentralização na organização e gestão dos cuidados de saúde primários, com especial enfoque na reforma de 2005. Todavia, é escassa a informação acerca dos fatores que estiveram por detrás dessas dificuldades.

A revisão de literatura efetuada permitiu identificar as vantagens da descentralização, quer para a satisfação dos utentes e dos profissionais e para o desempenho do sistema de saúde, quer para a economia e para a sociedade em geral.

Ainda na literatura, foi possível encontrar um conjunto de resistências à descentralização no setor da saúde, especialmente nos cuidados de saúde primários. Por um lado, destacam-se aquelas que estão relacionadas com a administração pública, nomeadamente a sua tradição centralista, as formas tradicionais de funcionamento do sistema de saúde e os modelos de gestão utilizados. Por outro, aquelas que advêm dos interesses particulares e institucionais, tais como o fluxo dos recursos, os interesses particulares e institucionais, as ameaças aos poderes instituídos e os normais fenómenos de inércia das organizações, que vêem na resistência à mudança uma forma de garantir a sua sobrevivência.

Com o objetivo de obter conhecimento mais aprofundado acerca das resistências à descentralização da organização e da gestão e seus determinantes, e especialmente quanto ao modo como decorreu este processo na reforma dos cuidados de saúde primários, decidiu-se por um lado, tentar abordar os vários determinantes e categorizá-los. Por outro, realizar um estudo das perceções de alguns atores chave dos cuidados primários, no sentido de saber as suas opiniões quanto aos motivos que impediram a descentralização na gestão dos CSP aquando da reforma. Foram igualmente questionados sobre as oportunidades para promover ou facilitar essa descentralização e a autonomia de gestão nos ACeS.

Além disso, e porque já se comprovaram através da literatura, as vantagens da descentralização, pareceu oportuno identificar alguns dos instrumentos que se podem considerar promotores deste tipo de processos descentralizadores. Isto acontece não por se tratar de instrumentos que em geral façam parte destes processos, embora seja aconselhável como se verificou no enquadramento conceitual deste trabalho, mas porque são um meio de auxiliar os órgãos locais na aquisição de algum grau de autonomia, quando a descentralização não é total ou quando, em vez de acontecer através da delegação de competências, dá-se apenas um processo de desconcentração, como aconteceu com os ACeS.

## Objetivos

Tendo-se concluído pelo insucesso na realização dos objetivos da descentralização da gestão nos ACeS na reforma dos CSP, pareceu oportuno procurar esclarecer os principais fatores que conduziram a este insucesso e também as eventuais oportunidades para ultrapassar as dificuldades identificadas. Este foi o objetivo principal do estudo II.

Teve por objetivos específicos:

- Identificar e sistematizar os determinantes da descentralização em geral, e particularmente, na reforma dos cuidados de saúde primários;
- Analisar os principais fatores quer limitadores quer facilitadores da descentralização organizacional e gestonária nos cuidados de saúde primários;
- Identificar instrumentos de apoio ao processo de descentralização na reforma dos cuidados de saúde primários.

## Metodologia

A abordagem metodológica adotada para este fim, iniciou-se com uma revisão de literatura que permitiu identificar os principais determinantes dos processos de descentralização nos sistemas de saúde e em particular nos cuidados de saúde primários.

Foi realizada uma pesquisa na B-On e na Biblioteca Eletrónica da ENSP, utilizando como expressões de pesquisa “descentralização”, “determinantes AND descentralização”, “descentralização AND centros de saúde”, “fatores limitadores AND descentralização”, resultando num total de 157 referências bibliográficas (artigos, teses e relatórios e documentos oficiais do Ministério da Saúde). A seleção dos artigos

teve como critério o facto de dizerem respeito ao setor da saúde. Não foram definidos outros critérios ou limites temporais.

A seleção dos artigos e documentos para análise foi realizada com base numa leitura prévia dos títulos dos 157 resultados iniciais da pesquisa. Após uma primeira fase de triagem, selecionaram-se 89 títulos. Destes, passou-se a uma segunda fase de seleção, através da leitura dos resumos, que reduziu a seleção a 23 artigos e documentos. De referir que na existência de resumo, procedia-se à leitura integral dos artigos.

## **Entrevistas**

Foram também realizadas entrevistas de carácter exploratório (método de investigação descrito na metodologia), com o intuito de recolher informação junto dos profissionais, conselhos diretivos e dirigentes intermédios das ARS, ex-diretores executivos de ACeS (que cumpriram o primeiro mandato durante os primeiros anos da reforma), coordenadores de USF e de atores da saúde (elementos da ex-MCSP e elementos com cargos políticos no Ministério da Saúde aquando da reforma de 2005) , acerca das suas perceções quanto:

- Às várias tentativas de descentralizar a gestão do SNS para o nível dos cuidados primários;
- Nível de descentralização na organização e gestão neste nível de cuidados;
- Grau de autonomia de gestão possível tendo em conta a descentralização existente;
- Fatores que ao longo dos anos têm criado obstáculos ao processo de descentralização e a autonomia de gestão nos cuidados de saúde primários;
- Consequências que estas limitações na descentralização da organização e gestão dos cuidados de saúde primários, acarretam para o sistema de saúde e para os cidadãos;
- Vantagens de um modelo de gestão descentralizado nos CSP.

As entrevistas decorreram em duas fases distintas. A 1ª fase decorreu entre 23 de outubro de 2013 e 01 de novembro de 2013. Nesse período testou-se o guião das entrevistas exploratórias com seis elementos com experiência comprovada na área dos cuidados de saúde primários, diretamente envolvidos no processo de reforma que teve o seu início em 2005 (médico de família, enfermeiro numa USF, coordenador de USF, elemento de ARS, ex diretor executivo e político).

A partir do guião, as entrevistas tiveram uma organização semi estruturada por se considerar útil a possibilidade de integrar novas questões que surgissem como pertinentes para a resposta aos objetivos propostos, no decorrer da mesma.

As perguntas- base foram as seguintes:

1. Na sua opinião tem havido em Portugal alguma tentativa de implementar modelos de gestão descentralizada no contexto dos cuidados de saúde primários? (Que tentativas? Quando? Baseia-se em que argumentos?).
2. Existe, neste momento, um modelo de gestão descentralizada em cuidados primários? (Em que se baseia esse modelo? Onde está o poder de decisão? Descentralizado a que níveis?).
3. Tendo em consideração o modelo de gestão existente atualmente nos cuidados primários, que grau de autonomia considera existir, de acordo com a seguinte escala – sem autonomia; pouca autonomia; alguma autonomia; muita autonomia; total autonomia.
4. Na sua opinião, tem havido fatores a condicionar a consolidação da autonomia nos cuidados primários ou obstáculos à descentralização na sua organização e gestão? (Que fatores? A que nível – político, técnico, económico, organizacional, administrativo).
5. A existência destes fatores pode ter consequências para o sistema de saúde ou para os utilizadores? (Que consequências? Positivas? Negativas? Para quem?)
6. Considera que um modelo descentralizado de gestão nos cuidados primários poderá ter vantagens? (Quais? Para quem?).

A adesão ao guião foi flexível e dependeu das respostas que foram sendo dadas a cada uma das perguntas.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente com cada um dos entrevistados e gravadas em formato áudio. Foi solicitada autorização prévia para tal e assinado em formulário próprio pelo entrevistado (anexo 7). Os ficheiros foram copiados para suporte eletrónico com uma designação codificada de forma a que não fosse identificado o entrevistado. Caso este assim o pretendesse, o ficheiro original que lhe correspondia poderia ser-lhe enviado por email.

Estas entrevistas preparatórias facilitaram uma melhor adaptação do guião que foi aplicado aos entrevistados subsequentes e contribuíram para uma primeira identificação de um conjunto de fatores que permitiram caracterizar a situação da



descentralização e da autonomia de gestão nos cuidados de saúde primários. Isto permitiu focar com maior rigor as perguntas para as entrevistas seguintes.

A 2ª fase, mais extensa, decorreu entre 28 de fevereiro e 07 de agosto de 2014. Foram aplicadas treze entrevistas, todas elas a profissionais dos cuidados de saúde primários ou gestores intermédios com conhecimento comprovado na área, como representantes das ARS, representantes dos conselhos clínicos e de saúde, coordenadores e profissionais de USF, ex-coordenadores de subregião de saúde, ex-diretores executivos, juristas, gestores com experiência na área da contratualização em cuidados de saúde primários, enfermeiros de cuidados de saúde primários e médicos de medicina geral e familiar.

Após o processo de gravação e posterior transcrição, realizou-se uma análise de conteúdo que permitiu elaborar um conjunto de categorias, de acordo com as respostas dadas.

### **Questionários**

Aplicou-se um inquérito por questionário, de administração direta (preenchido pelo próprio inquirido), através de uma plataforma *online* (*Limesurvey*), sendo o *link* para resposta enviado por correio eletrónico. Foi, nesse *email*, enviada uma mensagem explicativa do contexto e objetivos do estudo, regras e normas de confidencialidade e data limite para resposta, colocando ao dispor um contacto para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Foram ainda informados os inquiridos das regras de participação e garantido o anonimato. Importou também explicar que o *link* recebido seria pessoal e intransmissível e que só poderia ser acedido por quem o recebesse, pelo que estava limitada a divulgação e partilha do inquérito.

Os questionários foram aplicados numa fase mais avançada da investigação, após a recolha da informação resultante da revisão de literatura, entrevistas exploratórias e respetiva análise de conteúdo. Foram inquiridos os diretores executivos dos ACeS (à excepção dos correspondentes à ARS Algarve, cujo presidente do conselho diretivo não autorizou o estudo) e aos coordenadores das USF (excepto do Algarve, pelos mesmos motivos), tendo os questionários algumas diferenças entre si, embora tenham como ponto de partida um conjunto de perguntas base semelhantes (anexos 8 e 9).

Além da caracterização dos respondentes quanto à sua atividade profissional, incluíram-se perguntas relacionadas com o nível e tipo de autonomia considerada essencial e existente no respetivo ACeS, com o tipo de funções ou atividades

permitidas pelo nível descentralização e consequente autonomia de gestão existente, com o funcionamento diário do ACeS e da USF, com as perspectivas de futuro quanto a ações que poderiam aumentar a descentralização e a autonomia de gestão dos cuidados primários, mas também com as consequências de falta de autonomia. Foram igualmente questionadas que fatores poderiam representar condicionantes à descentralização da organização e gestão, assim como instrumentos que promovam e facilitem a descentralização organizacional e gestionária.

A fase de pré-teste decorreu entre 9 de maio e 9 de junho de 2015, tendo sido aplicado a três ex-diretores executivos (que fizeram parte do primeiro grupo a assumir funções aquando da constituição dos ACeS em 2008) e a três profissionais cuidados primários, não coordenadores de unidades funcionais, mas com elevada experiência e conhecimento na área dos CSP e a exercer atividade em unidades de saúde familiar. Estes três profissionais tiveram envolvimento direto nos grupos criados para o acompanhamento da reforma a partir de 2005.

Realizadas as correções resultantes do pré-teste, na segunda quinzena de Junho de 2015 foi realizada uma validação semântica e de conteúdo a ambos os questionários. Para tal, foi enviado cada um dos questionários a três elementos: um docente de ensino superior na área da saúde, um investigador da área da saúde e um profissional de saúde no âmbito dos CSP. Juntamente com os questionários, foi enviada uma grelha constituída pelos aspetos a validar, segundo uma escala qualitativa de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Nesta validação foi dada a possibilidade aos peritos de efetuarem correções e sugestões aos questionários.

A versão final dos inquéritos foi enviada a 52 diretores executivos dos ACeS (de um total de 55) e aos coordenadores de 412 USF, de um total de 419 USF em funcionamento no período da aplicação do inquérito. Os questionários foram aplicados a ambos os grupos profissionais em simultâneo, através da plataforma *LimeSurvey*, durante os meses de julho a novembro de 2015. Inicialmente previa-se uma aplicação com um limite temporal mais reduzido. Todavia, devido ao período de férias e à fraca adesão dos respondentes, decidiu-se prolongar o prazo limite de resposta. Foram enviados quinzenalmente *emails* com insistência no pedido de resposta. Para a fraca adesão pode ter contribuído a desatualização dos contactos no portal da saúde.

## Resultados

### Determinantes da descentralização

De um modo geral, os fatores que influenciam os processos de descentralização variam de acordo com o país onde são implementados, com particularidades e características próprias de cada um, assim como as suas circunstâncias históricas, políticas e sociais (26). Os determinantes variam ainda segundo o contexto ou área/setor onde a descentralização ocorre.

No contexto da descentralização na saúde, Castillo (26) identifica determinantes de caráter geral e específico. Entre os determinantes gerais, encontram-se:

- O princípio da identidade territorial (proximidade) - a descentralização ocorre para que se constituam entidades de caráter territorial dotadas de autonomia e identidade própria;
- O princípio da eficácia pública - descentralização como procura de maior efetividade e eficiência nos serviços públicos, levando as decisões para mais próximo dos cidadãos.

Quanto aos determinantes específicos:

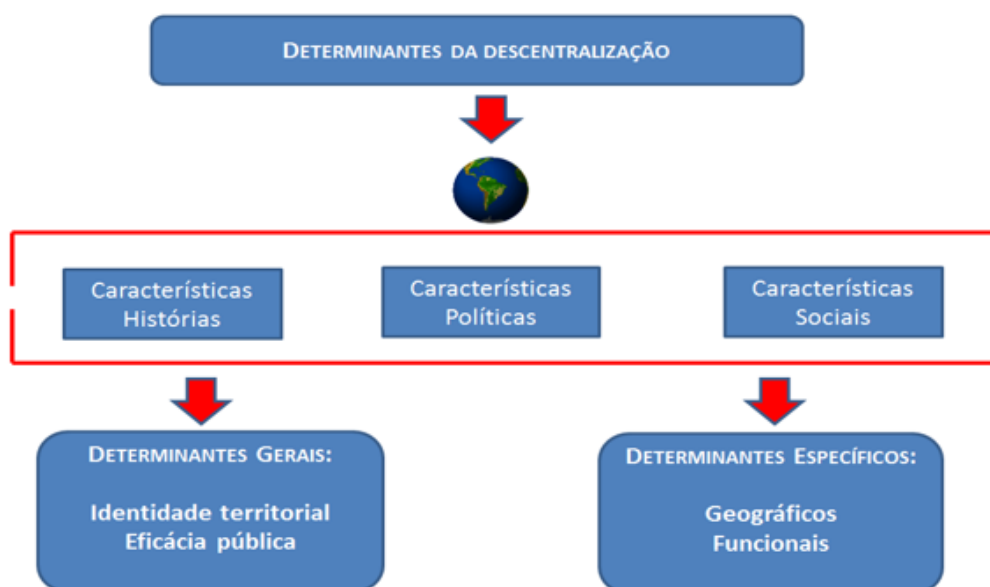
- De ordem geográfica - a descentralização permite a integração e a proximidade entre serviços e facilita a participação dos cidadãos;
- De ordem funcional - a descentralização permite responder aos problemas e prioridades locais, combate a ineficiência e o baixo rendimento dos serviços, contribui para o controlo da despesa e responde às lacunas no acesso e na cobertura dos serviços (18,26).

Para Rondinelli e colaboradores (20), os processos de descentralização são influenciados por fatores relacionados com o nível de apoio político, a cultura predominante que define os comportamentos e atitudes, o nível de profundidade do desenho e organização das políticas e a disponibilidade e adequação dos recursos humanos, técnicos e financeiros.

Tendo em consideração a literatura sobre a temática, as principais resistências à descentralização estão relacionadas, por um lado, com as resistências próprias da administração, e por outro, com os interesses instalados, pessoais e institucionais. No primeiro caso, referem-se aos aspetos da tradição centralista da administração pública e às formas habituais de funcionamento do sistema de saúde, influenciado pela administração pública, da qual faz parte, assim como os modelos de gestão

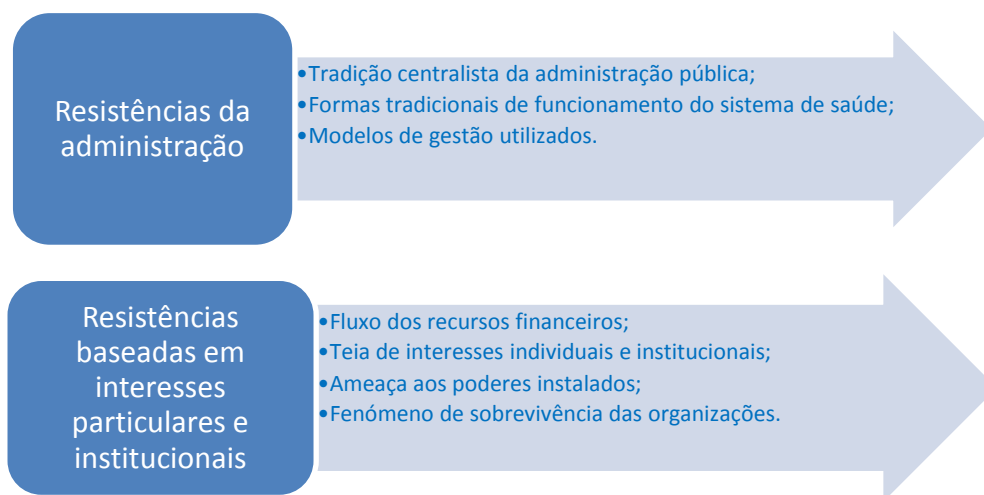
normalmente utilizados. Já no segundo caso, os interesses têm que ver com o fluxo dos recursos, com as ameaças aos poderes instituídos e com os fenômenos de inércia das organizações, que resistem assim à mudança

**Figura 30. Sistematização dos determinantes da descentralização**



**Fonte:** *Elaboração própria, inspirado em (18,26)*

**Figura 31. Principais resistências à descentralização**



**Fonte:** *Elaboração própria*

São vários os autores que na literatura abordam os fatores que limitam a descentralização em geral e no contexto da saúde em particular. De acordo com Sakellarides (108), existem vários fatores que têm contribuído, ao longo dos anos,

para limitar a descentralização e a autonomia gestão da saúde e particularmente nos cuidados de saúde primários. Destacam-se:

- Sistema de saúde centralizado;
- Gestão de comando-e-controle;
- Organização da saúde rígida, conservadora, estática e pouco sensível às preferências e escolhas individuais;
- Lentidão na tomada de decisão;
- Cultura centrada nos benefícios da ausência de responsabilização;
- Adoção de uma linguagem de mercado e de competitividade;
- Pouca adesão aos princípios do mérito, competência e qualidade;
- Utilização oportunista da informação;
- Ausência de instrumentos de responsabilização e avaliação de resultados.

O nível de descentralização e de autonomia de gestão, está diretamente relacionado com o funcionamento informal dos sistemas e com o seu desenvolvimento histórico, tais como os interesses dos atores envolvidos, competências de negociação, utilização do poder e relacionamento entre a administração central e regional/local ou entre os decisores e os gestores (156,159,31).

A complexidade do sistema de saúde é um dos grandes condicionantes à descentralização, uma vez que se baseia num conjunto de decisões por um lado de governação, administrativas e económicas e por outro relacionadas com os profissionais e com a prestação dos cuidados. Isso significa que pode haver descentralização num dos níveis e não no outro (31).

Freitas (160) aponta a dependência financeira dos centros de saúde em relação às ARS e o facto destas não facultarem informação regular e completa referente a gastos, que leva ao desconhecimento da situação financeira por parte dos órgãos locais e a uma consequente desresponsabilização. Ramos (116) identifica como obstáculos os interesses instalados, o aproveitamento das ineficiências e o imobilismo do sistema perante esses aspetos.

Alguns autores (129) defendem mesmo que existe um “processo centralizador da descentralização”, onde existem em simultâneo mecanismos de flexibilidade e de coercividade e que muitas vezes são visíveis através da tentativa da administração central de criar estruturas intermédias de controlo e regulação das instituições locais.

Biscaia e colaboradores (157), referem como motivos para a não aplicação da lei que conferia autonomia aos centros de saúde (1999), a instabilidade política existente no seio do partido então no governo, as frequentes mudanças de ministros, de equipas e de políticas.

De acordo com a publicação do grupo *Partners for Health Reform Plus* (35), existem ainda alguns aspetos críticos que podem contribuir para limitar os processos de descentralização, e que passam, por exemplo, pela existência de um desfazamento entre os conceitos e graus de autoridade e responsabilidade. Acontece, por exemplo, quando uma responsabilidade é delegada para o nível local e a autoridade sobre essa responsabilidade permanece no nível central, o que pode resultar em problemas na gestão.

Outro aspeto crítico são as tensões e conflitos que podem surgir entre os objetivos dos diferentes níveis de gestão da saúde. As finalidades dos gestores locais podem não estar em consonância e alinhadas com as finalidades dos órgãos centrais (35).

A ausência ou escassez de capacidades e competências administrativas e técnicas de alguns órgãos locais de gestão da saúde podem influenciar negativamente os processos de descentralização (35). Tem sido relatada por alguns ex-dirigentes do SNS a dificuldade que há em encontrar profissionais com visão estratégica e experiência em administração da saúde e em gestão de serviços de saúde, para exercer funções de diretores de ACoS ou de hospitais. São também relatadas dúvidas sobre se o processo atual de concursos pela CRESAP, para a nomeação de dirigentes na administração pública, irá facilitar a designação de melhores dirigentes.

Por fim, a dimensão política da descentralização na saúde deve ser tida em conta. Sendo essencialmente um processo político a que pode corresponder a perda de poder ou de estatuto de alguns grupos, assim como a sua influência e acesso a recursos, estes podem contribuir para o insucesso das reformas. Por este motivo, é fundamental garantir o apoio e a participação dos *stakeholders*, dos agentes envolvidos em todo o processo de descentralização (35).

Analisando os determinantes até aqui descritos, é possível categorizá-los em fatores externos ao sistema de saúde e próprios da administração pública, e os fatores internos que fazem parte do sistema de saúde. Nestes, é ainda possível identificar os internos, relativos à organização e gestão do SNS e os externos ao SNS. Estes determinantes estão categorizados e sistematizados no quadro abaixo.

**Quadro 14. Sistematização dos determinantes da descentralização**

DETERMINANTES DA DESCENTRALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SISTEMA DE SAÚDE		
Externos (Externos ao sistema de saúde, próprios da administração pública)	Internos (Próprios do sistema de saúde)	
	Internos ao SNS	Externos ao SNS
Características históricas, políticas e sociais		
Determinantes gerais (identidade territorial e eficácia pública)	Escassez de capacidade administrativa	Iniciativas externas ao SNS
Determinantes específicos (geográficos e funcionais)	Dependência financeira	Papel dos stakeholders
Tradição centralista	Forma de funcionamento do sistema	Peso das lideranças
Modelos de gestão utilizados	Fluxo dos recursos	Competências de gestão
Funcionamento do “sistema”	Sistema de saúde centralizado	Fenómenos de sobrevivência das organizações
Forma de utilização do poder	Organização da saúde, rígida, conservadora e estática	
Ameaças aos poderes instituídos	Organização pouco sensível às preferências individuais	
Interesses dos atores envolvidos	Lentidão na tomada de decisão	
Ciclos políticos curtos/instabilidade política		
Gestão de comando-e-controle		
Cultura centrada nos benefícios da ausência de responsabilidade		
Baixa adesão ao princípio do mérito, competência e qualidade		
Utilização oportunista da informação		
Ausência de instrumentos de responsabilização e avaliação		

**Fonte: Elaboração própria**

## Percepções quanto aos fatores associados à descentralização nos ACeS

A identificação e sistematização dos determinantes da descentralização na reforma dos cuidados de saúde primários não se limitou à revisão de literatura. As entrevistas e inquéritos aplicados, permitiram identificar as percepções dos profissionais dos CSP, de outros atores da saúde, dos líderes intermédios das ARS, coordenadores de USF, diretores e ex-diretores executivos e elementos envolvidos com as políticas de saúde.

Foi assim possível analisar as opiniões dos *stakeholders* acima referidos, naquilo que respeita os principais fatores limitadores e facilitadores da descentralização organizacional e gestionária e a identificação de instrumentos de apoio ao processo de descentralização na reforma dos cuidados de saúde primários.

Relativamente às entrevistas, após o processo de gravação e posterior transcrição, realizou-se uma análise de conteúdo (realizada de modo manual, sem recurso a *software* de apoio), que permitiu elaborar um conjunto de categorias, de acordo com as respostas dadas. Essas categorias foram organizadas do seguinte modo:

- Fatores que condicionam a implementação das alterações e medidas que promovem a autonomia dos ACeS;
- Possíveis consequências que uma limitação de autonomia pode trazer para o desempenho dos ACeS;
- Mais valias de um nível ótimo de autonomia nos ACeS;
- Instrumentos de gestão e/ou responsabilização que permitam ou ajudem a desenvolver um modelo de gestão descentralizado nos cuidados primários;
- Alterações que seriam úteis para permitir aumentar a autonomia dos ACeS e transformá-los em serviços descentralizados e de proximidade;
- Medidas que poderiam ser implementadas para melhorar a situação referente ao grau de autonomia dos cuidados primários, contribuindo para o seu desempenho e respostas mais céleres às necessidades da população.

Os textos resultantes da transcrição integral das entrevistas foram analisados no sentido de identificar os aspetos a incluir em cada uma das categorias referidas. Listados todos os aspetos para cada categoria, de forma a simplificar a sua apresentação e análise, optou-se por apresentar os mesmos já classificados.

A análise de conteúdo permitiu confirmar os determinantes resultantes da análise da revisão de literatura, podendo ainda verificar-se que as percepções dos entrevistados



vão no mesmo sentido dos determinantes identificados na revisão de literatura efetuada.

Desde logo, são apontadas as características da administração pública, os aspetos políticos, os interesses particulares e institucionais, os aspetos financeiros e de controlo de custos, os aspetos tecnológicos, os mecanismos de responsabilização e as competências de gestão. Deste conjunto de determinantes, aqueles que foram mais vezes mencionados, foram os aspetos políticos e os fatores relacionados com a ausência de competências de gestão. Isso é verificável nos excertos abaixo, retirados das transcrições das entrevistas:

*“Falta de visão, conhecimento e competências. As pessoas que assumem os cargos não sabem como organizar as instituições.”*

*“A grande resistência está nas chefias intermédias, que “rodam” pouco.”*

*“Necessário reformar a própria administração – muda-se, na lei, as funções mas as pessoas continuam a ser as mesmas e a fazer as mesmas coisas.”*

*“Demasiados níveis intermédios, que prejudicam a organização.”*

*“Ausência de vontade política (ministros da saúde não têm obrigado as ARS a mudar as suas políticas nesta matéria). Fim das subregiões foi uma oportunidade de descentralizar que se perdeu – aconteceu o oposto – reforço da centralização do poder da ARS.”*

*“Questões políticas, de nível macro, resultantes das mudanças de governo. Tentativas de diminuir custos da administração pública, embora não fundamentadas em evidência, em estudos.”*

*“Volatilidade das políticas de saúde – mudança frequente de governos e de ministros da saúde (mesmo durante o mesmo governo), cada um com as suas ideias e decisões. Interesses comerciais, vê a saúde como um outro negócio qualquer.”*

*“Fragilidade das competências de gestão a nível local.”*

Na categoria, “Alterações que seriam úteis para permitir aumentar a autonomia dos ACeS e transformá-los em serviços descentralizados e próximos das pessoas que servem”, identificaram-se alterações no nível central, regional e local, todas elas com impacto para os cuidados de saúde primários. Foi possível verificar que estas

alterações são de origem avaliativa, estrutural e de gestão. Predominam, porém, as medidas de caráter gestor.

Quanto às medidas que poderiam ser implementadas para melhorar a situação referente ao grau de autonomia dos cuidados primários, elas são de várias origens, desde financeiras, organizacionais, formativas, normativas e de gestão. Destacam-se as organizacionais e normativas.

**Quadro 15. Fatores que condicionam as medidas promotoras da descentralização e autonomia de gestão nos cuidados de saúde primários**

<b>Características da administração pública</b>	Estrutura centralizadora, vertical, hierárquica e de comando-controle do Ministério da Saúde e das ARS A desconcentração e delegação das competências dos diretores executivos serem realizadas pelas ARS Frac adesão aos instrumentos da gestão do desempenho (contratualização, remuneração associada ao desempenho e avaliação) Método de seleção das lideranças (por nomeação)
<b>Aspectos Políticos</b>	Falta de vontade política Volatilidade dos ciclos políticos, curtos Ausência de políticas adaptativas Falta de sustentabilidade das políticas de mudança Ausência de uma assunção política da importância dos CSP Os cargos nos níveis intermediários são políticos quando deviam ser técnicos
<b>Interesses particulares ou institucionais</b>	As ARS não querem/não permitem Captura do poder por parte de grupos pequenos Interesses comerciais de desenvolvimento de negócio Ocupação do “espaço” por parte das ARS Posição defensiva das ARS, Ministério da Saúde e Ministério das Finanças Incapacidade de delegar e medo de perder o poder
<b>Aspectos financeiros</b>	Custos financeiros inerentes ao processo de atribuição de autonomia (nomeadamente a multiplicação do número de dirigentes) Falta de recursos financeiros
<b>Aspectos tecnológicos</b>	Fragilidades e incoerência do sistema de informação
<b>Mecanismos de responsabilização</b>	Falta de regulação, avaliação e mecanismos de controle
<b>Competências de gestão</b>	Infantilização (por parte dos níveis de administração superiores) e descrença nos agentes diretos da prestação de cuidados e das suas capacidades Fragilidade das competências de gestão a nível local Falta de visão, conhecimento e competências das pessoas que assumem os cargos (ACeS e ARS) Princípio da desconfiança face à índole humana, vontade de trabalho, capacidade criativa e responsabilidade

**Fonte: Elaboração própria**

**Quadro 16. Alterações úteis à autonomia dos ACeS, no ponto de vista dos entrevistados**

<b>Alterações no nível central</b>	<b>Avaliativas</b>	<b>Estruturais</b>	<b>Gestionárias</b>
Criar uma Administração Central do Serviço Nacional de Saúde (ACSNS)		x	
Avaliar o modelo ULS e verificar se se justifica a sua continuidade	x	x	
Desgovernamentalizar o SNS (não deixa de ser público mas deixa de ser gerido pelo Governo e sim por uma Administração Central do Serviço Nacional de Saúde)			x
Criar um grupo para assessoria ao Ministério da Saúde em termos de políticas de saúde, com estudos de avaliação do impacto das políticas		x	
Criar uma governação própria dos CSP, a nível nacional, regional e local, muito bem articulada com os outros níveis de cuidados			x
Fluxo do orçamento da saúde deve passar essencialmente pelos CSP			x
<b>Alterações no nível regional</b>			
Extinguir o nível de administração intermédio (ARS), de forma gradual		x	
Transferência das ARS e das suas funções, voltando-as mais para funções de apoio e não de decisão		x	x
Atribuir total autonomia aos CSP, com responsabilização, monitorização e avaliação			x
Garantir a continuidade dos ACeS enquanto dispositivos de gestão, substituindo as ARS, por comissões de coordenação regional			x
Limitar as ARS às competências de comprar e contratualizar serviços, em função das necessidades da população, com uma área de planeamento e uma de contratualização e auditorias			x
ARS devia ter um papel de “financiador” e de adaptação do PNS à região, contratualizando serviços			x
<b>Alterações no nível local</b>			
Implementar os sistemas locais de saúde (integrando todas as estruturas existentes num órgão que se pronuncie sobre o orçamento e que seja a plataforma integradora de todos os intervenientes)			x
Criar unidades de coordenação e contratualização local em saúde (à semelhança das estruturas de gestão integrada da Galiza)		x	x
Implementar o modelo de gestão dos ACeS com verdadeira autonomia e responsabilidade, repensando o papel das ARS			x
Transformar os ACeS em EPE, atribuindo o mesmo nível de autonomia que têm os hospitais EPE		x	x
Desenvolver as UAG nos ACeS			x
Equipar os CSP de acordo com as suas necessidades básicas de equipamentos e tecnologias			x

**Fonte: Elaboração própria**

**Quadro 17. Medidas promotoras da autonomia de gestão nos cuidados primários**

<b>Financeiras</b>
Atribuição de um fundo de maneiio (com limites e seguindo regras pré estabelecidas) Orçamento anual, discutido com a ARS com verbas para vários componentes, nomeadamente sistema de informação, infraestruturas, equipamentos e formação
<b>Organizacionais</b>
Susbtituir a burocracia pela governação clinica: não é necessário um intermediário para articular os CSP com os outros níveis de cuidados Criação de serviços de apoio ao ACeS (UAG) Resolver os problemas relativos ao sistema informático Avançar com uma experiência piloto do género Alfa-ACeS, com um conjunto pequeno de agrupamentos a nível nacional e devidamente monitorizados, para criar ACeS como figuram na legislação Promover debates e mobilização de pessoas e inteligência para discutir a forma de arejar o edifício burocrático da administração da saúde
<b>Formativas</b>
Desenvolver uma escola de gestão e liderança em CSP, para os diretores executivos e conselho executivo Incrementar as competências da administração no que respeita, a negociação, acompanhamento, monitorização e avaliação Atribuição de competências de gestão aos diretores executivos
<b>Normativas</b>
Publicar o modelo de contrato programa a nível nacional Terminar com a obrigatoriedade de autorizações das ARS para questões básicas de gestão interna cobertas pelo fundo de maneiio Estabelecer um prazo para se montarem os ACeS tal como está na lei com unidades funcionais como centros de produção e custos Tabelação anual de preços para permitir compras a nível local Avaliação do desempenho dos diretores executivos e análise das suas competências por parte da CRESAP
<b>Gestão</b>
Passar recursos humanos das ARS (das antigas sub-regiões) para reforçar os ACeS Definir processos e procedimentos associados à gestão e à autonomia de gestão (definir quem faz o quê) Criação de um DIOR para os ACeS (diagnóstico de desenvolvimento organizacional) semelhante ao que existe nas USF Emparelhar a autonomia com responsabilização e méritocracia

**Fonte: Elaboração própria**

As medidas propostas pelos entrevistados para um aumento da descentralização organizacional e gestionária dos ACeS, assim como as alterações necessárias a um aumento da autonomia, são particularmente importantes quando existem várias consequências negativas que um inadequado processo de descentralização pode trazer para o desempenho dos diretores executivos e para o funcionamento dos ACeS, com impacto nos custos e nos resultados em saúde da população (quadro 18).

**Quadro 18. Possíveis consequências de uma limitação de autonomia nos cuidados de saúde primários**

<p>Quem decide não conhece o terreno e os detalhes dos problemas</p> <p>Distância aumenta a lentidão das respostas e das soluções</p> <p>Desperdício de escala</p>	<p><b>Respostas inadequadas</b></p>
<p>Respostas inadequadas podem gerar desperdício de escala</p> <p>Replicação de processos pelos diferentes níveis de gestão, que cria ineficiências e perda de tempo</p> <p>Diferentes níveis de desenvolvimento, quanto a aspetos como o sistema de informação</p>	<p><b>Desperdício de recursos</b></p>
<p>Modelo desresponsabilizante do nível local</p> <p>Ausência de função de monitorização e avaliação</p> <p>Limita a criatividade e a inovação</p>	<p><b>Desresponsabilização</b></p>

**Fonte: Elaboração própria**

Os instrumentos de gestão e/ou responsabilização para um modelo de gestão descentralizado indicados pelos entrevistados, vão ao encontro dos resultados da revisão de literatura. Além dos instrumentos que já foram descritos neste estudo, referiram também a publicação das cartas de compromisso dos diretores executivos e o controlo de gestão financeira. De referir que não foram mencionados a regulação e os sistemas de informação como instrumentos de apoio a uma gestão descentralizada

Foram várias as mais valias apontadas pelos entrevistados, que resultariam de níveis de autonomia superiores ao que se verifica nos cuidados de saúde primários. Essas mais valias traduzir-se-iam em respostas mais adequadas para os utentes, melhorias na gestão, maior eficiência e aumento da satisfação, quer dos utentes, quer dos profissionais.

#### Quadro 19. Instrumentos de apoio à gestão descentralizada nos CSP

Contrato-programa (monitorizado e avaliado)
Processo de contratualização (com regime de incentivos e consequências sério), com indicadores baseados em resultados e não no desempenho, com introdução de variáveis qualitativas
Publicação das cartas de compromisso dos diretores executivos
Controle de gestão (financeira)
Criação e aplicação de um <i>tableau de bord</i>
Criação e implementação de um <i>balanced scorecard</i>

**Fonte:** *Elaboração própria*

#### Quadro 20. Mais valias de um nível ótimo de descentralização e autonomia nos ACeS

<b>Respostas adequadas aos utentes</b>	Respostas mais céleres e mais adequadas às necessidades da população Mais valias na gestão de conflitos, no atendimento ao utente e conflitos interprofissionais Capacidade das unidades poderem definir algumas prioridades junto das populações que servem Melhores condições para os utentes Agilização dos processos de prestação de cuidados
<b>Melhorias na gestão</b>	Facilidade na gestão do dia a dia com maior proximidade Gestão de recursos mais adequada e atempada para melhorar a prestação de cuidados e a resposta às necessidades de saúde da população Facilita a análise de dados e do sistema de informação a nível micro, facilitando o planeamento local Contratação de recursos humanos em tempo útil (seguindo regras pré-definidas)
<b>Satisfação</b>	Aumento da satisfação profissional, que gera empenho, dinâmicas positivas e proatividade
<b>Eficiência</b>	Mais ganhos e maior eficiência Alocação mais eficiente dos recursos (adequar recursos em termos de quantidade e referenciação)

**Fonte:** *Elaboração própria*

## Percepções dos diretores executivos

Os inquéritos por questionário, cuja metodologia foi anteriormente descrita no início deste estudo II, foram aplicados numa fase mais avançada da investigação, após a recolha da informação resultante da revisão de literatura, entrevistas exploratórias e análise de conteúdo efetuada à transcrição integral dos textos das entrevistas. Foram inquiridos os diretores executivos dos ACeS e aos coordenadores das USF.

O *link* para preenchimento do questionário foi enviado a 52 diretores executivos, através dos endereços de *email* disponíveis no portal da saúde. Apenas foram excluídos os 3 diretores executivos da ARS Algarve, uma vez que a ARS não autorizou a aplicação do questionário, tendo sido explicitamente expresso pelo conselho diretivo de então, que o estudo necessitaria de autorização direta do Ministro da Saúde, situação que não se verificou em nenhuma outra ARS do país, não tendo nenhuma outra apresentado qualquer limitação à realização do estudo (anexo 10).

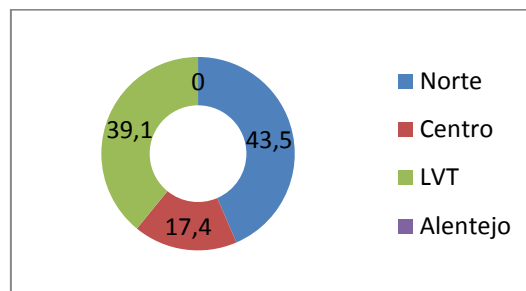
Obteve-se um total de 31 respostas. Todavia, verificou-se que em 8 casos, os questionários não foram preenchidos por diretores executivos, mas sim por enfermeiros, coordenadores técnicos, médicos e coordenadores de USF, o que levou, necessariamente, à invalidação das respostas, não sendo as mesmas consideradas para a análise. De notar que, quer o *email* enviado, quer a folha de rosto do questionário onde constava um texto explicativo sobre o contexto e objetivos do mesmo, referiam explicitamente que os questionários se destinavam ao diretor executivo. O facto do endereço de email disponibilizado ao público ser, muitas vezes, um endereço geral do ACeS, pode ter contribuído para que outros profissionais tenham tido acesso ao *link* de resposta.

Para evitar esta situação, teria sido possível limitar a abertura do *link* ao endereço de email para onde foi enviado. No entanto, essa opção não permitiria garantir o anonimato do respondente, uma vez que o conteúdo estaria sempre associado ao endereço de email através do qual o questionário foi acedido. Pareceu, portanto, ser preferível correr o risco de ter que inviabilizar algumas das respostas, garantindo assim o anonimato dos respondentes.

A confirmação do cargo/função do respondente foi possível uma vez que foram propositadamente incluídas as perguntas “É atualmente diretor executivo num ACeS?” e posteriormente “Qual o seu cargo/função no ACeS?”.

Assim, excluídos os questionários considerados inválidos, obtiveram-se 23 respostas, o que representa uma taxa de resposta de 44.2%. Do total de respostas, 43.5% (10) pertencem à ARS Norte, 17.4% (4) à ARS Centro e 39.1% (9) à ARS LVT. De salientar que todos os 8 questionários inválidos pertenciam à ARS Norte.

**Figura 32. Taxa de resposta distribuída por ARS**



**Fonte: Elaboração própria**

Dado o reduzido número de respostas, optou-se por realizar uma análise a nível nacional e não por região de saúde. Pelos mesmos motivos, a análise estatística efetuada foi apenas de cariz descritivo, também por se tratar de um estudo às perceções dos inquiridos, com resultados essencialmente qualitativos. Optou-se por apresentar apenas uma análise resumida dos resultados, com enfoque especial para aqueles que ajudam a dar resposta aos objetivos específicos deste estudo. Por se ter tratado de um questionário mais amplo, a apresentação dos resultados integrais encontra-se no anexo 11.

Uma das primeiras perguntas dizia respeito à perceção quanto aos tipos de autonomia considerada essencial e não essencial para o funcionamento ideal de um ACeS. Para que todos os respondentes partissem da mesma base de conhecimento, a pergunta incluía a definição dos conceitos, nomeadamente:

- Autonomia administrativa – capacidade do órgão de gestão tomar decisões de gestão corrente;
- Autonomia técnica – capacidade de um profissional exercer a sua atividade de acordo com as suas competências, sem prejuízo de estar subordinado a um poder de direção;
- Autonomia funcional – ausência de subordinação a ordens superiores relativas ao modo de agir/funcionar;
- Autonomia financeira – existência de personalidade jurídica, e/ou capacidade de gerir património e receitas próprias, ou materializada num orçamento programa de acordo com um plano de ação.



**Quadro 21. Percepções quanto ao tipo de autonomia essencial e não essencial ao ideal funcionamento de um ACeS**

Tipo de autonomia	Essencial	Não essencial
<b>Administrativa</b>	95.7	4.3
<b>Técnica</b>	95.7	4.3
<b>Funcional</b>	73.9	26.1
<b>Financeira</b>	91.3	8.7

**Fonte: Elaboração própria**

A maioria dos respondentes considera essencial a existência de autonomia administrativa, técnica e financeira, para o ideal funcionamento de um ACeS. De referir que apenas um diretor executivo considerou não essencial a existência de autonomia administrativa e técnica, e dois a existência de autonomia financeira.

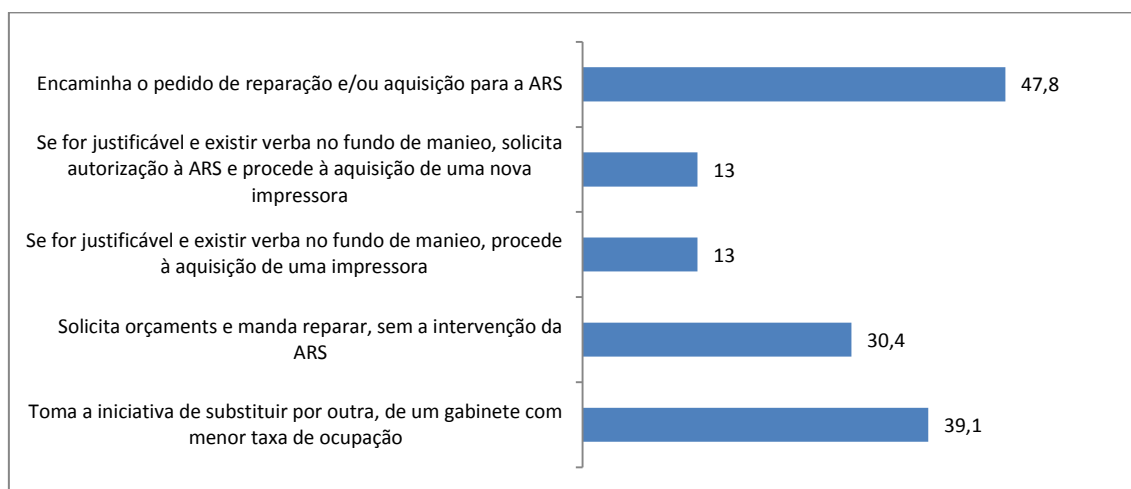
De seguida, foi questionado o grau de autonomia que o diretor executivo dispunha, relativamente aos três tipos anteriormente mencionados, onde se manteve a definição dos conceitos. Para o efeito, foi utilizada para cada tipo de autonomia, uma escala desde “sem autonomia” até “total autonomia”. De acordo com os resultados abaixo apresentados, os maiores graus de autonomia existentes dizem respeito à autonomia técnica (69.5% alguma ou muita autonomia), seguida da administrativa (60.8% alguma ou muita autonomia). A menor autonomia existente diz respeito à financeira (82.6% pouca ou nenhuma autonomia), seguida da funcional (65.9% pouca ou nenhuma autonomia). Apesar de ser reconhecida a sua importância, a autonomia funcional foi considerada menos essencial para o ideal funcionamento do ACeS.

No sentido de tentar averiguar se a percepção do grau de autonomia existente vai ao encontro da realidade no terreno, colocaram-se alguns exemplos práticos, relativamente a situações que podem ocorrer no quotidiano de um ACeS. Assim, foi perguntado o que faria o diretor executivo, caso se avariasse uma impressora numa unidade funcional. Apesar de ser possível optar por mais que uma hipótese de resposta, não deixa de ser visível que, apesar do grau de autonomia que dizem existir, cerca de 48% dos respondentes encaminharia o pedido de reparação e/ou aquisição de impressora para a respetiva ARS. Para tal pode contribuir o reduzido nível de autonomia financeira e/ou técnica reportado.

De referir que um respondente afirmou que encaminharia o pedido para a ULS a que pertence. Este aspeto não parece indicar que os ACeS em ULS disponham de mais

autonomia, mas antes que a ULS dispõe de total autonomia, não estando dependente da ARS para qualquer aquisição ou reparação de equipamentos.

**Figura 33. O que faria o diretor executivo, em caso de avaria de uma impressora**



**Fonte: Elaboração própria**

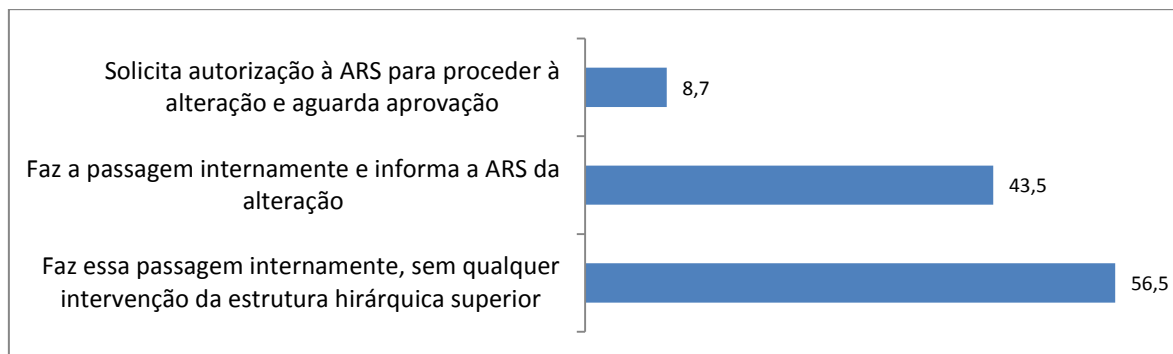
A figura 33 é exemplificativa das diferentes posturas dos diretores executivos para as mesmas competências: uns são mais proativos e mais responsáveis e outros são passivos, receosos de tomar decisões e com uma atitude de menor responsabilização.

A mesma situação política, jurídica e administrativa dos directores executivos não implica que não se possam tomar decisões de gestão com diferentes graus de responsabilidade, criatividade, autonomia, rapidez, eficácia, eficiência e efetividade dos serviços de saúde de CSP.

Ainda para averiguar o nível prático de autonomia, foi questionado ao diretor executivo o que faria caso fosse necessário passar um enfermeiro de uma unidade funcional do ACeS para outra.

De acordo com os resultados, 56.5% afirma que faria a passagem de um enfermeiro de uma unidade para outra internamente, sem qualquer intervenção da estrutura hierárquica superior. Estes resultados parecem contradizer os anteriores, em que a maior percentagem encaminhava o pedido de reparação da impressora para a ARS. Por outro lado, parece haver maior autonomia no que respeita os recursos humanos, que relativamente aos recursos materiais e principalmente, aos financeiros.

**Figura 34. O que faria o diretor executivo, em caso de necessidade de passar um enfermeiro de uma unidade funcional para outra**

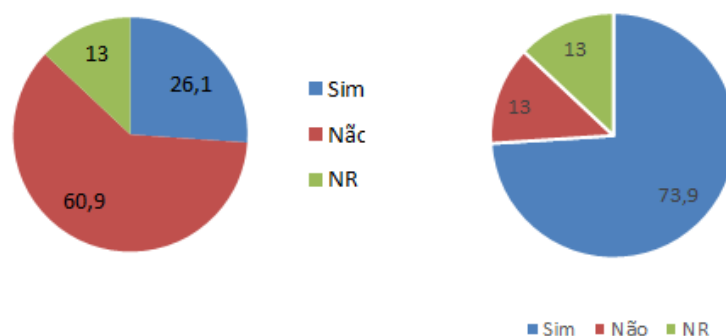


**Fonte: Elaboração própria**

É de referir que esta pergunta deu lugar a dois comentários, o primeiro dos quais dava conta da necessidade de encaminhar a situação para que a ULS resolvesse. O outro, referia que as mobilidades internas necessitam de autorização das ARS, dado que acarretam despesa, como é o caso da passagem de recursos humanos para USF que seja de modelo B.

Questinada a autonomia dos diretores executivos para representação do ACeS numa reunião externa e participação em estudos de investigação, parece existir maior autonomia no primeiro caso, que no segundo. Este aspeto foi comprovado na prática pelo presente estudo, pois foi necessário solicitar autorização às ARS para que os diretores executivos pudessem responder ao questionário. Houve um caso de uma diretora executiva que contactou a Comissão de Ética da respetiva ARS, para averiguar se o pedido de autorização tinha sido feito, apesar da autorização estar expressa na folha de rosto do questionário.

**Figura 35. Necessidade do diretor executivo solicitar autorização à ARS para representar o ACeS em reunião externa e para participar em estudos de investigação**



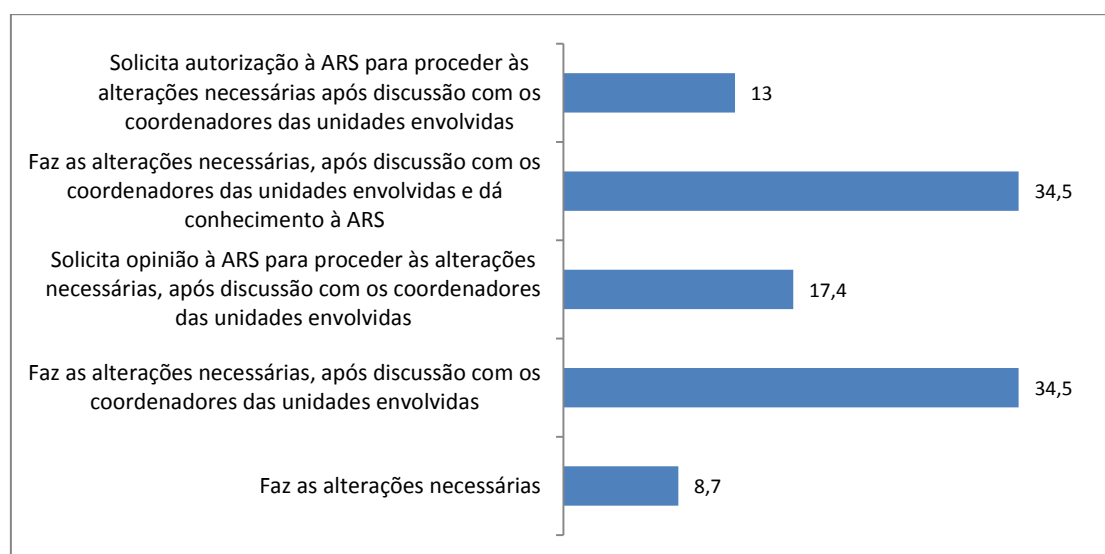
**Fonte: Elaboração própria**

Por fim, ainda respeitante à autonomia da prática do dia-a-dia, questionou-se como procederia o diretor executivo, numa situação em que fosse necessária a distribuição de espaços físicos entre unidades e/ou mudança de uma equipa de um edifício para outro, pertencente ao ACeS.

Os resultados parecem demonstrar maior grau de autonomia, dado que as duas opções mais seleccionadas, dizem respeito a ações discutidas e decididas internamente no ACeS, dando posteriormente conhecimento à ARS. Um diretor executivo referiu que encaminharia a situação para a ULS e outro, que em caso de mudança de instalações é sempre necessário consultar a ARS.

Em termos mais concretos, solicitou-se a opinião do diretor executivo quanto ao grau de autonomia para exercer atividades referentes a algumas áreas, nomeadamente recursos humanos, recursos financeiros, equipamentos, instalações e formação, com uma escala de resposta desde “sem autonomia” a “total autonomia”.

**Figura 36. Como procederia o diretor executivo, em caso de necessitar de distribuir espaços físicos e/ou equipas**



**Fonte: Elaboração própria**

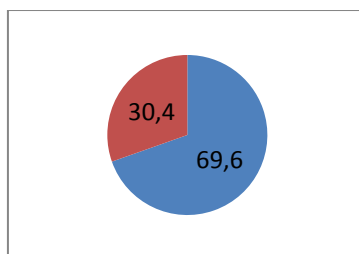
Apesar dos níveis de autonomia terem sido, em geral, classificados como reduzidos em todas as situações apresentadas, parece superior no que respeita as atividades de formação (60.8% alguma, muita e total autonomia), seguidas das atividades de gestão de equipamentos e instalações (34.8% alguma ou muita autonomia). Os piores níveis são os que respeitam a gestão de recursos financeiros (82.6% pouca ou nenhuma autonomia), seguidos dos recursos humanos (69.6% pouca ou nenhuma autonomia).

Foi também questionada a opinião quanto ao facto da autonomia administrativa plasmada na lei ser ou não suficiente para uma gestão eficiente nos cuidados de saúde primários. 69.7% dos respondentes afirmou que não, por ainda estarem muito dependentes das ARS para a maioria das decisões. Também 30.4% afirmaram que não, por ainda estarem algo dependentes das ARS para algumas decisões. De notar que nenhum diretor executivo optou pela hipótese *“sim, é suficiente para as decisões que competem aos diretores executivos”*.

Sendo o contrato programa um instrumento de gestão fundamental, foi questionada a sua existência, nos moldes estabelecidos no artigo 39º do decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. O questionário dispunha de um *link* que permitia aceder com facilidade imediata ao referido diploma, para o caso de haver alguma dúvida.

Mais de metade dos respondentes (figura 37) confirmou a existência do contrato-programa estabelecido entre o ACeS e a ARS. Todavia, deve aqui referir-se que o decreto-lei pressupõe a publicação legal do modelo nacional de contrato programa, que ainda não existe. No entanto, a ACSS publicou no seu portal uma minuta de contrato programa, devendo ser esse o exemplar a que se referem.

**Figura 37. Existência de contrato-programa estabelecido entre o ACeS e a ARS, nos moldes estabelecidos no artigo 39º do decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro**



**Fonte: Elaboração própria**

8.7% dos diretores executivos respondentes, afirmam não existir o contrato programa, mas sim um plano de desempenho e um fundo de maneio. 13% afirmam não existir contrato-programa, apesar deste ser fundamental para a definição dos objetivos a atingir e dos recursos necessários para esse fim. Os motivos para a sua não existência, são justificados, num caso, com a integração em ULS, noutro com desconhecimento e no terceiro, *“porque alguns dos componentes do contrato programa previstos no diploma não são cumpridos (investimentos, formação, financiamento...)”*.

Dada a opinião sobre o grau de autonomia e questionado o desenvolvimento dos instrumentos e órgãos de gestão, passou-se à aplicação de algumas perguntas sobre as perspetivas de futuro, nomeadamente em relação à utilidade de um conjunto de alterações para introduzir transformações que tornem os cuidados de saúde primários em serviços mais descentralizados e autónomos.

Do conjunto de medidas apresentadas, que resultaram das entrevistas exploratórias realizadas, destacam-se:

- Criação de uma Administração Central do Serviço Nacional de Saúde (semelhante à ACSS, mas dedicada exclusivamente à administração do SNS e suas instituições);
- Garantia da continuidade dos ACeS enquanto dispositivos de gestão, extinção das ARS e dotação das Comissões Coordenadoras Regionais de uma equipa de coordenação estratégica de saúde da região;
- Implementação de sistemas locais de saúde e avaliação do modelo ULS – unidade local de saúde;
- Criação de unidades de coordenação e contratualização local em saúde (função que já existe nos ACeS);
- Desgovernamentalização do SNS (para garantir um planeamento das respostas às necessidades em saúde da população a médio prazo e que as políticas não se alterem a todo o momento com um novo ciclo político ou dirigente de topo);
- Transferência de recursos das ARS e suas funções para o nível local (ARS ficariam com funções de apoio, planeamento e serviços partilhados);
- Atribuir total autonomia aos ACeS, com responsabilização, monitorização e avaliação;
- Implementar o modelo de gestão dos ACeS com verdadeira autonomia e responsabilidade, revendo o papel das ARS;
- Transformar os ACeS em EPE (mesmo nível de autonomia que hospitais EPE);
- Desenvolver as UAG nos ACeS, reforçando-as com recursos humanos e técnicos (sem no entanto transformá-las em “sub-regiões”);
- Fazer passar o fluxo do orçamento da saúde essencialmente pelos ACeS, que “comprariam” os restantes cuidados, para satisfazer as necessidades de saúde dos utentes.

Destas medidas, aquelas consideradas mais úteis por maior número de respondentes, foram a atribuição de total autonomia ao ACeS e a possibilidade de implementar um modelo de gestão com verdadeira autonomia e responsabilidade, repensando o papel das ARS (69.6% muito útil ou indispensável).

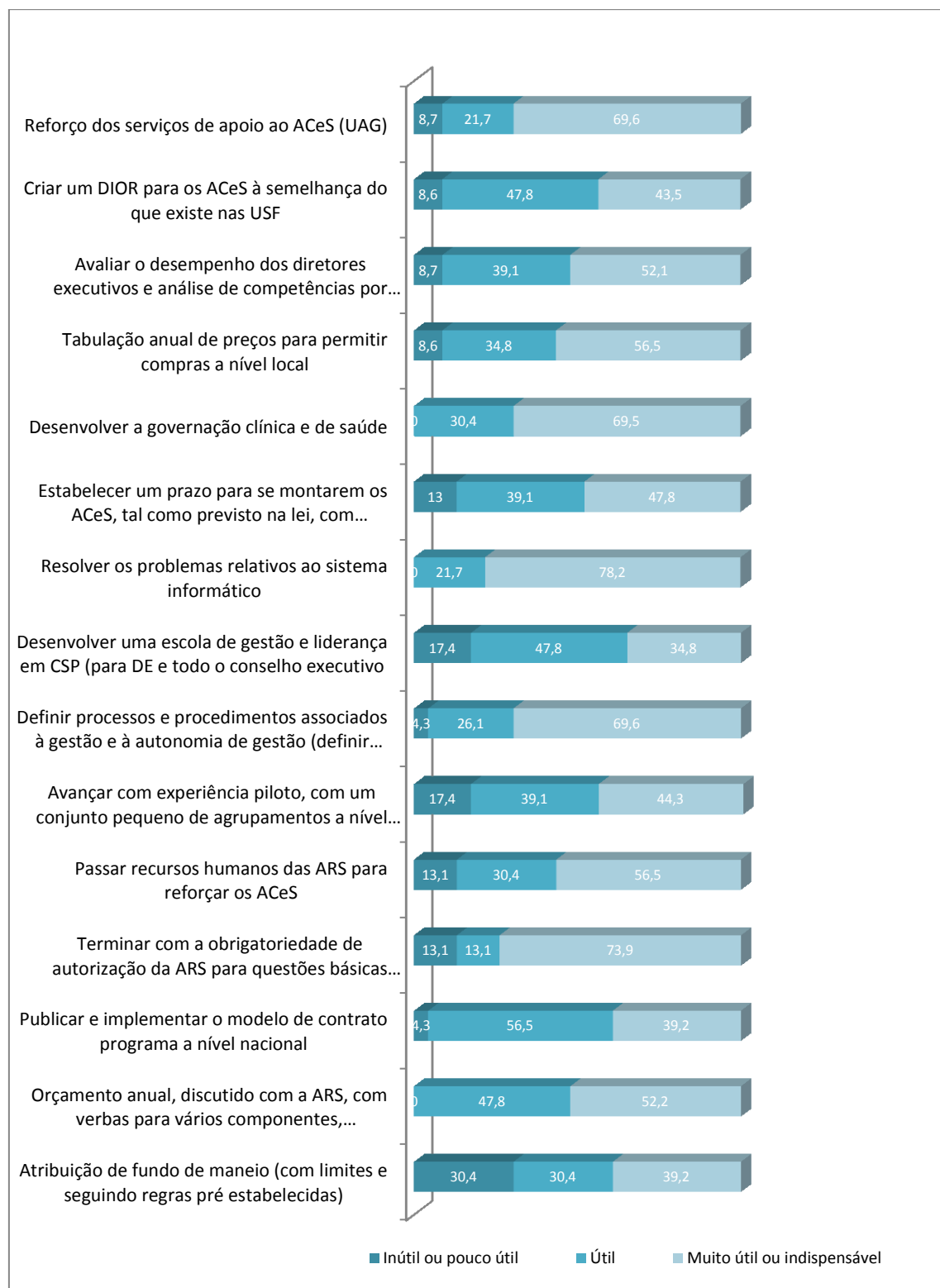
Uma outra pergunta dizia respeito a um conjunto de aspetos que poderiam resultar da falta de autonomia ao nível local. Para cada um dos aspetos, existia uma escala desde “discordo” a “concordo totalmente”.

As respostas que obtiveram o maior grau de concordância (concordo muito/concordo totalmente) quanto às possíveis consequências da falta de autonomia, foram as respostas inadequadas que podem gerar desperdícios de escala e a replicação de processos pelos diferentes níveis de gestão, o que cria ineficiências e perdas de tempo (69.5%). Em terceiro lugar, com 65.2% surge o aumento da lentidão das respostas e soluções.

Nesta pergunta, surgiu classificada como “concordo totalmente” um aspeto adicional resultante da falta de autonomia, que diz respeito ao facto da *“ARS ser demasiado “gorda” com total ausência de flexibilidade, com uma visão por parte dos gestores intermédios e do próprio conselho diretivo de absoluto comando-e-controle. Os pequenos poderes refletem-se em ineficiência. Por outro lado coexistem várias estruturas no SNS que disputam territórios de decisão, motivadas pela pouca clarificação de competências e missão (SPMS; ACSS; DGS; SGS; ARS)”*.

Solicitou-se aos diretores executivos que seleccionassem, de acordo com as suas perceções, as medidas mais úteis para melhorar a situação dos cuidados primários, como contributo para o seu desempenho. A maior percentagem de respondentes optou pela necessidade de resolver os problemas relativos ao sistema de informação, de terminar com a obrigatoriedade de pedir autorização da ARS para questões básicas de gestão interna que possam ser cobertas pelo fundo de maneio e pela necessidade de desenvolver a governação clínica e de saúde.

**Figura 38. Opinião quanto às medidas que podem contribuir para melhorar a situação dos cuidados de saúde primários e contribuir para o seu desempenho**



**Fonte: Elaboração própria**



Além das medidas enunciadas, foi ainda sugerido pelos respondentes que se deveria avançar com uma “experiência piloto de implementação de alguns “ACeS EPE” e criação de regras bem definidas de contratualização, assim como alterar o enquadramento jurídico das USF no que respeita à componente incentivos “os incentivos devem ser institucionais, atribuídos à posteriori, após avaliação do desempenho do ACeS, que os distribui às unidades funcionais que alcançam os objetivos contratualizados”.

Na tentativa de compreender se os diretores executivos antevêem que possam existir condicionantes à implementação das alterações e medidas que promovam a autonomia do ACeS, colocaram-se em análise alguns pontos, deixando ainda espaço para o caso de quererem sugerir outros.

Para os diretores executivos que responderam ao questionário, os aspectos que mais poderão condicionar a autonomia e a descentralização organizacional e gestonária são a estrutura centralizadora, vertical e de comando-e-controle da ACSS e da ARS, a ausência de uma assunção política da importância dos CSP, a falta de vontade política, a falta de recursos humanos com competências técnicas nos ACeS e a ocupação do “espaço” (de decisão e de gestão) por parte das ARS. A maior parte destes determinantes são passíveis de se resolver com a atual legislação existente, desde que pare esse efeito se verifique uma convicta e sustentada decisão política nesse sentido.

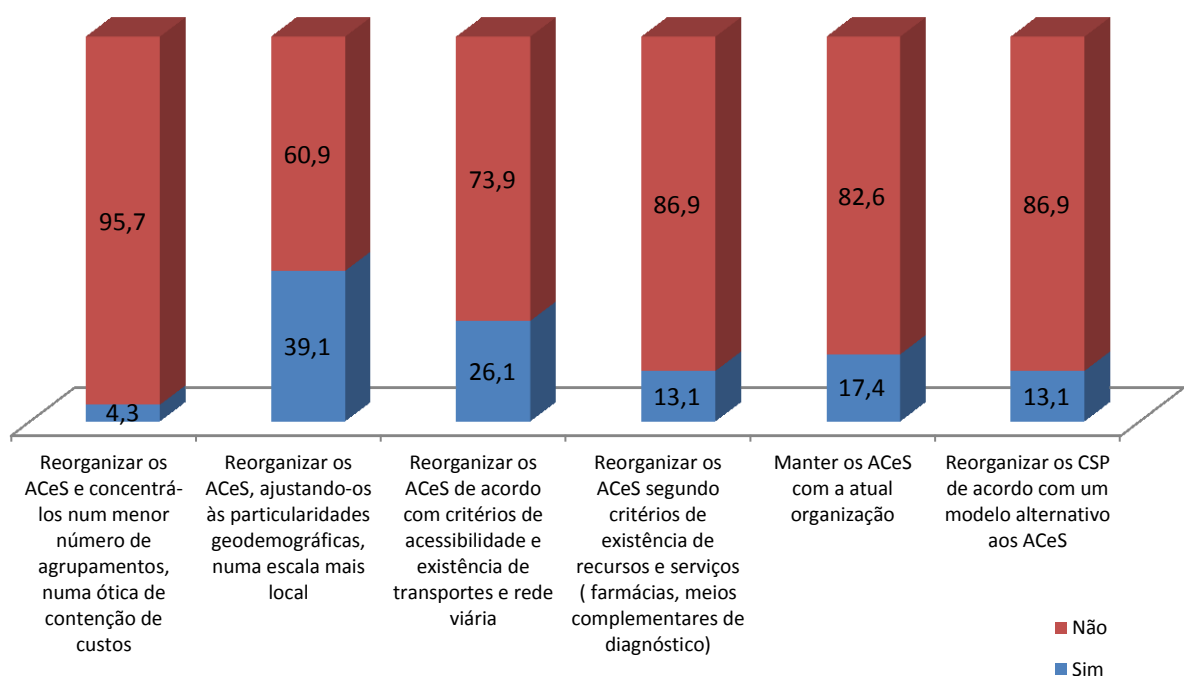
Foram igualmente questionados quanto a instrumentos de gestão e/ou responsabilização que considerassem úteis para desenvolver um modelo de gestão descentralizado nos cuidados de saúde primários. Os dois instrumentos considerados mais úteis foram a contratualização e o contrato programa e o menos útil, a publicação em Diário da República das cartas de compromisso dos diretores executivos. Apesar do espaço existente para tal, não foi sugerido qualquer outro instrumento de gestão.

Pedi-se ainda aos diretores executivos que imaginassem uma situação onde existiria o nível de autonomia adequada, assim como o inerente grau de responsabilização, para cumprir a sua missão, e que identificassem as mais valias que se poderiam esperar dessa situação. As mais valias selecionadas por maior número de respondentes, foram o aumento da satisfação profissional e os benefícios inerentes, a facilidade na gestão do dia a dia com maior proximidade, a alocação mais eficiente dos recursos e a maior capacidade das unidades poderem definir algumas prioridades junto das populações que servem.

Por fim, questionou-se de que forma perspectivavam o futuro dos cuidados de saúde primários, no sentido de melhorar o seu desempenho, colocando-se um conjunto de opções relacionadas com a reorganização deste nível de cuidados. A opção mais votada foi aquela que diz respeito à reorganização dos ACeS, ajustando-os às particularidades geodemográficas, numa escala mais local. É de referir com curiosidade o facto de nenhum respondente ter mencionado: i) a necessidade de haver uma abordagem estratégica integrada entre os cuidados primários, hospitalares e continuados, face às necessidades de saúde de uma dada população, que deve ser traduzida nos contratos programas que cada instituição contratualiza com a ARS e ii) a necessidade de similar análise entre as diferentes unidades funcionais, assegurando uma correta governação clínica e de saúde.

Nesta pergunta, foram deixados dois comentários, relativos à reorganização dos ACeS. Um, refere que é necessário organizar os cuidados primários em 74 ACeS, mas com verdadeira autonomia. O outro, defende a necessidade de *“aprimorar o modelo de ULS, no sentido de garantir uma estratégia de saúde conjunta e a partilha e otimização dos recursos de cada organização (ACeS e Hospital), sem colocar em causa a autonomia técnica e organizacional de ambos”*.

**Figura 39. Opinião quanto às perspectivas de futuro dos cuidados de saúde primários**



**Fonte: Elaboração própria**

Por se valorizar a opinião dos diretores executivos e por não se querer deixar de fora algum aspeto importante que pudesse contribuir para o desenvolvimento do trabalho, foi propositadamente deixado no questionário um espaço para comentários livres. Apenas três diretores executivos expuseram as suas sugestões. Por esse motivo optou-se pela sua transcrição, eliminando os elementos que eventualmente pudessem identificar os autores.

**Quadro 22. Comentários adicionais, dos diretores executivos**

Comentários
<i>“Os ACeS têm de ser adaptados às particularidades geo-demográficas conforme o DL da sua criação e não mega ACeS, com autonomia administrativa, técnica e funcional e um contrato-programa que consagre esta autonomia e respetivo orçamento. As ARS devem remeter-se ao seu papel de funções básicas de apoio aos ACeS. A inovação e a dotação dos ACeS de meios recursos e serviços diferenciados - MCDT e outros - que permitam aos utentes um acesso mais fácil e mais rápido”</i>
<i>“Criar uma estrutura/sistema local de saúde que permita uma prestação de cuidados aos diferentes níveis, que seja coerente e ajustada às necessidades, sem perder a necessária "escala" para uma gestão eficiente e eficaz e, em simultâneo, garantir a autonomia técnica de cada nível de cuidados”</i>
<i>“Os ACeS deviam passar ao modelo de total autonomia gestionária antes de avançarem para autonomia total (financeira)</i> <i>O SNS deveria estar focado mais nos CSP e não ser hospitalocêntrico como tem sido</i> <i>A autonomia dos ACeS deve passar obrigatoriamente por autonomia gestionária dos recursos humanos”</i>

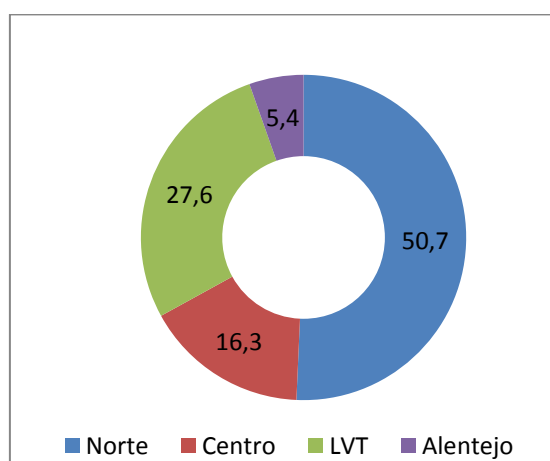
**Fonte: Elaboração própria**

### Perceções dos coordenadores das USF

Os questionários aos coordenadores das USF foram enviados à totalidade dos coordenadores das unidades em atividade à data (412), com exceção das 7 unidades da ARS Algarve, de acordo com a informação então disponível no portal da saúde e com a estatística das USF à época mensalmente divulgada no site da ACSS.

O questionário foi enviado via *email*, para os endereços oficiais das 412 USF: obtiveram-se 218 respostas. Após validação das mesmas, verificou-se que 15 dos questionários não fariam parte da análise, por terem sido respondidos por profissionais que não os coordenadores, ou por estarem incompletos. Assim, obteve-se uma taxa de resposta de 49.3% (203 questionários válidos). Destes, 50.7% (103) dizem respeito à ARS Norte, 27.6% (56) à ARS LVT, 16.3% (33) à ARS Centro e 5.4% (11) à ARS Alentejo.

**Figura 40. Taxa de resposta distribuída por ARS**



**Fonte: Elaboração própria**

Relativamente às questões específicas relacionadas com a autonomia, questionou-se, em primeiro lugar, sobre os tipos de autonomia que consideravam essenciais e não essenciais para o funcionamento ideal de um ACeS, apresentando 4 alíneas de resposta, de acordo com o tipo de autonomia: administrativa, técnica, funcional e financeira. Tal como no caso dos diretores executivos, também neste questionário de inseriram as definições de conceitos (tipos de autonomia), para que todos os coordenadores partissem de semelhante base de conhecimento.

**Quadro 23. Percepções quanto ao tipo de autonomia essencial e não essencial ao ideal funcionamento de um ACeS**

Tipo de autonomia	Essencial	Não essencial
Administrativa	97.5	2.5
Técnica	96.6	3.4
Funcional	87.2	12.8
Financeira	74.4	25.6

**Fonte: Elaboração própria**

O tipo de autonomia considerado mais essencial (quadro 23) pelos coordenadores das USF, foi a autonomia administrativa, seguida da técnica. Já a menos essencial, foi a autonomia financeira. Para os coordenadores das USF, a autonomia financeira não parece ser tão essencial como para os diretores executivos, de acordo com as respostas obtidas e mesmo a autonomia funcional é menos valorizada do que a administrativa.

Inclui-se a pergunta sobre o grau de autonomia que consideram que o diretor executivo tem, relativamente aos quatro tipos de autonomia anteriormente referidos. Os maiores graus de autonomia dizem respeito à autonomia técnica (59.6% alguma, muita ou total autonomia) e administrativa (58.6% alguma, muita ou total autonomia). O menor grau refere-se à autonomia financeira (80.8% pouca ou nenhuma autonomia)

Ainda em relação à autonomia, questionou-se se consideravam existir algum tipo de decisões e atividades atualmente dependentes das ARS e que deveriam passar para o ACeS. Em caso afirmativo, deveriam indicar quais. 74% responderam afirmativamente.

Caracterizaram-se as decisões que consideram dever passar para o ACeS (quadro 24). Em geral, os aspetos mais mencionados foram as decisões relativas a recursos humanos (contratação, mobilidades, horários e autorização de ausências) e aquisições.

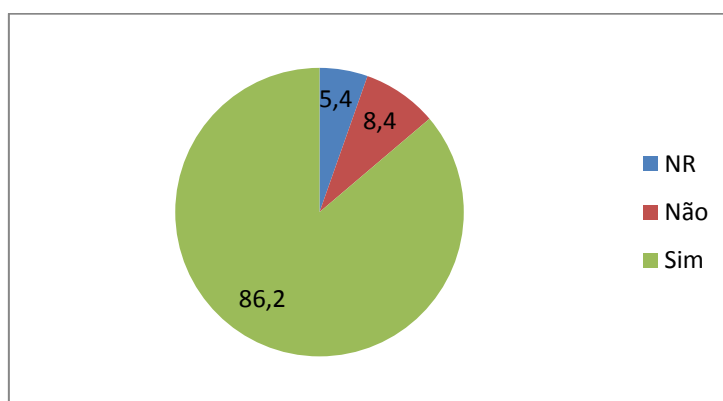
Pareceu importante compreender se o nível de autonomia existente na gestão dos diretores executivos, tem alguma influência na vida diária e no funcionamento das USF. A maioria respondeu afirmativamente.

**Quadro 24. Percepção dos coordenadores das USF relativamente às decisões que devem passar da ARS para o ACeS**

Categorias de resposta	Ocorrências
<b>Recursos humanos (contratação, mobilidades, horários, autorizações)</b>	36
<i>“Mobilidade de pessoal.”</i>	
<i>“Gestão de recursos humanos/contratação de pessoal.”</i>	
<i>“A gestão de contratações, alocação financeira dos incentivos, gestão de horários de profissionais e horários de funcionamento, disponibilização de carteiras adicionais de serviços, interlocução com os cuidados de saúde secundários, avaliação do desempenho das unidades, gestão do SGTD, gestão de material e reparações.”</i>	
Instalações e equipamentos	17
Recursos financeiros	17
Gestão corrente	10
<b>Aquisições</b>	25
<i>“A nível de equipamentos e necessidades das USF o ACeS atuaria mais rapidamente na solução dos problemas.”</i>	
<i>“Compra de material, nomeadamente informático- os concursos arrastam-se e o funcionamento do material existente não é facilitador.”</i>	
Serviços	15
Atribuição de incentivos às unidades funcionais	9
Contratualização/definição de indicadores locais	9
Autonomia financeira	18
<i>“Qualquer atividade dependente da autonomia financeira que deveria existir e não existe.”</i>	
Autonomia funcional	9
Autonomia de gestão	12
Formação	7
Resolução de problemas informáticos	5

**Fonte: Elaboração própria**

**Figura 41. Percepção dos coordenadores das USF relativamente à influência do nível de autonomia do ACeS no funcionamento das USF**



**Fonte: Elaboração própria**

Tendo sido pedido para justificar as respostas, os aspetos mais mencionados foram a autonomia financeira e técnica, a gestão do “condomínio”, a contratualização de indicadores e as decisões mais básicas, assim como a aplicação dos incentivos institucionais.

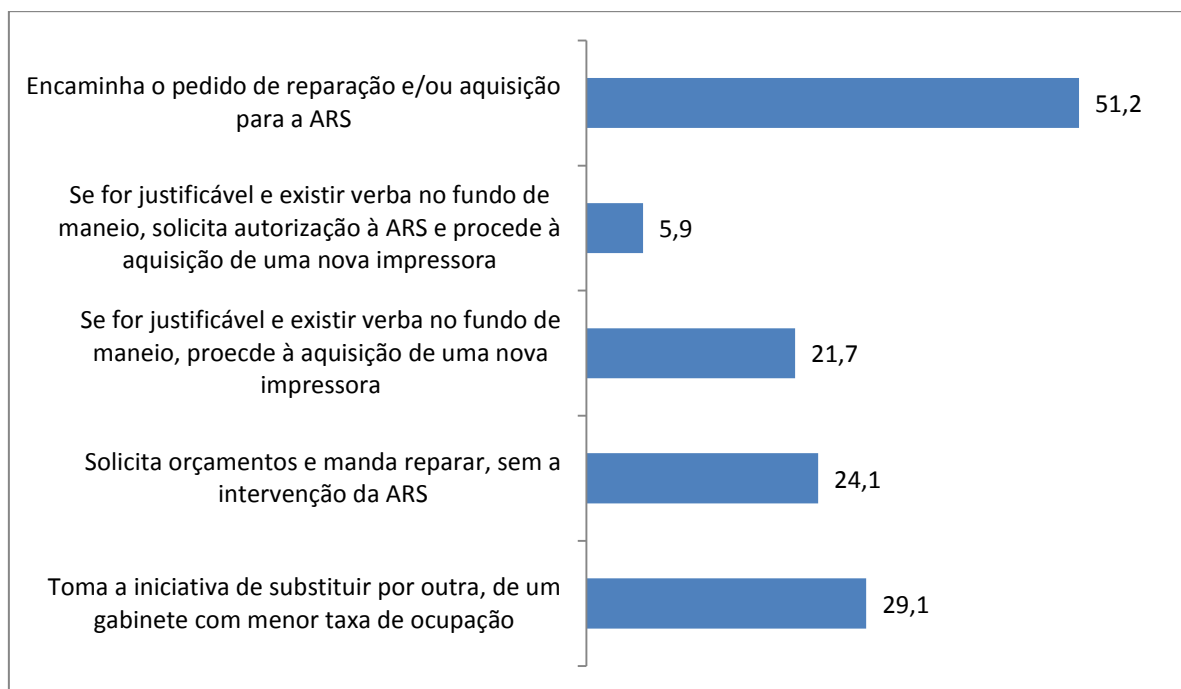
**Quadro 25. Algumas percepção dos coordenadores das USF relativamente à influência do nível de autonomia existente, no funcionamento das USF**

Percepções dos coordenadores das USF
<i>“A USF modelo A não tem autonomia técnica nem administrativa e atualmente depende da direção executiva do ACeS, que por sua vez depende da ARS. O ACeS não pode, por exemplo, comprar uma impressora para substituir uma que se estrague.”</i>
<i>“Essencialmente na gestão do ‘condomínio’ da USF ou seja, manutenção da estrutura, visto que as outras funções estão na ARS, como por exemplo a aplicação de incentivos institucionais.”</i>
<i>“Os ACeS foram criados após as USF. A legislação existente é conflituante com a legislação própria das USF, principalemnete porque lhes retira autonomia. Não faz também sentido que as USF tenham contratualização própria e depois contratualização interna como os ACeS.”</i>
<i>“O desenvolvimento de um plano de ação é muitas vezes dificultado senão mesmo impedido pela falta de resposta dos serviços centrais, pouco conhecedores da realidade local.”</i>
<i>“Interfere no bom funcionamento da unidade, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de aguardar por um técnico da ARS para solucionar problemas informáticos e ter que ficar aguardar resposta da ARS para mobilização de profissionais.”</i>
<i>“As USF dependem dos ACeS e os ACeS da ARS...Quanto mais forem os intervenientes maior a demora na realização de alterações.”</i>
<i>“É limitativa: os ACeS são ‘apêndices’, meros intermediários das ARS que desconhecem a realidade local-não há gestão descentralizada”.</i>
<i>“Não tenho rato para o computador ou tinteiro para a impressora, não são fornecidos pela ARS e não temos autorização para aquisição através do fundo de maneio do ACeS. Portanto adquire o material às minhas expensas ou não trabalho.”</i>

**Fonte: Elaboração própria**

Tal como para os diretores executivos, pareceu oportuno realizar algumas perguntas tendo como ponto de partida situações que podem ocorrer durante o funcionamento da unidade, de modo a comparar o grau de autonomia que dizem existir e como procedem, na prática. Assim, utilizou-se o exemplo da impressora com avaria, a passagem de um enfermeiro de uma unidade para outra e uma situação de distribuição de equipas por espaços físicos, pedindo que identificassem o modo como procederia o diretor executivo do ACeS a que pertencem.

**Figura 42. Percepção dos coordenadores das USF relativamente ao modo como procederia o diretor executivo, caso avariasse uma impressora**



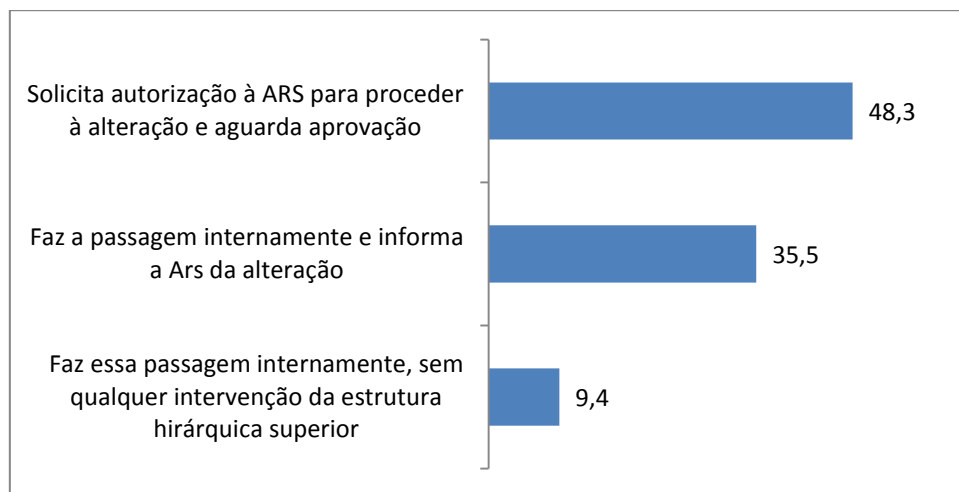
**Fonte: Elaboração própria**

De referir que foram vários os comentários deixados nesta pergunta, salientando que, dado não existir autonomia financeira, tem o pedido de reparação ou aquisição que passar sempre pela ARS, através do ACeS. Cinco coordenadores afirmam que existem impressoras de reserva para essas situações. Um coordenador afirma não ter conhecimento sobre o enquadramento legal para uma situação semelhante e outro afirma que, apesar de ser coordenador de uma USF, mandava reparar a impressora.

Mais que no caso dos diretores executivos, verifica-se que predomina o encaminhamento das situações e pedidos de autorização para as ARS.

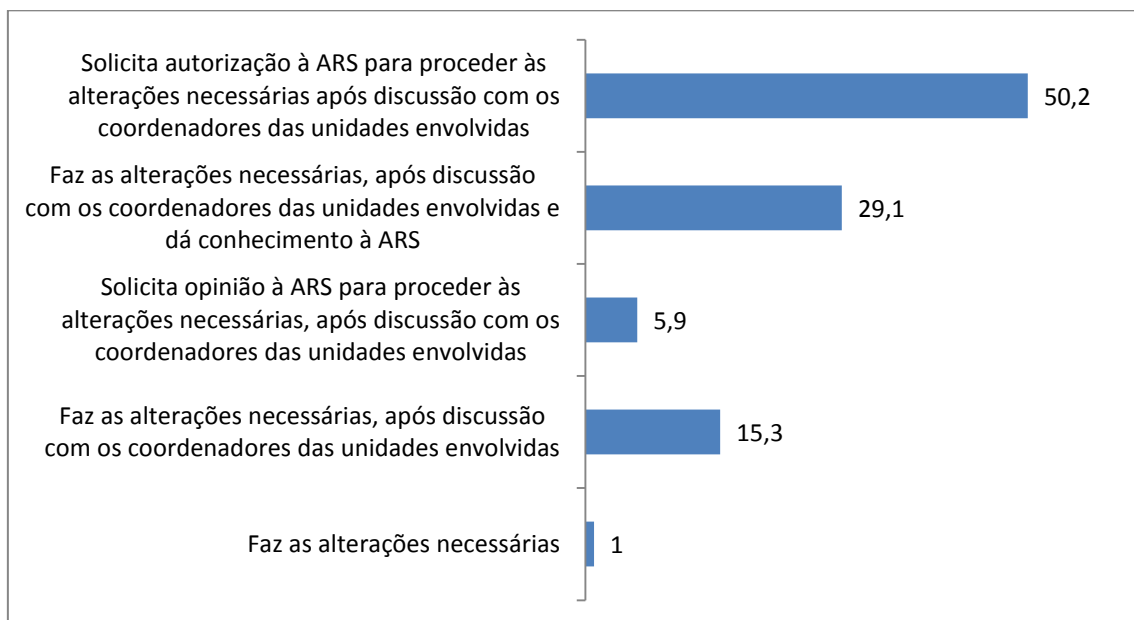


**Figura 43. Percepção dos coordenadores das USF relativamente ao modo como procederia o diretor executivo, caso fosse necessário passar um enfermeiro de uma unidade para outra**



**Fonte: Elaboração própria**

**Figura 44. Percepção dos coordenadores das USF relativamente ao modo como procederia o diretor executivo, caso fosse necessária a distribuição de equipas e/ou de espaços físicos**

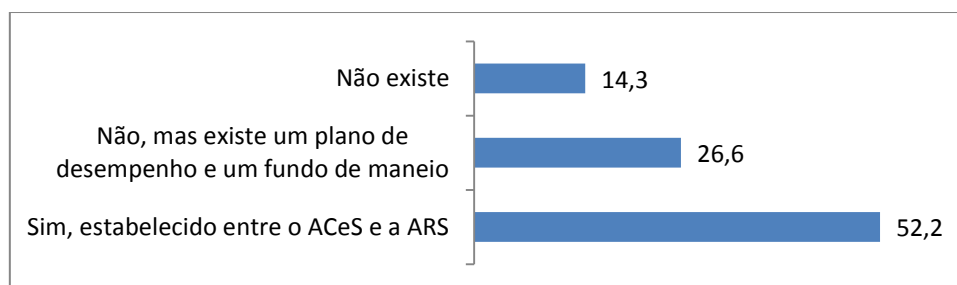


**Fonte: Elaboração própria**

Solicitou-se que indicassem aquele que julgam ser o grau de autonomia do diretor executivo do ACeS a que pertencem, para gerir atividades referentes a recursos humanos, recursos financeiros, equipamentos e instalações e formação. Em todos os casos, a autonomia é considerada baixa, sendo pouco mais elevada em relação às atividades de formação.

A segunda parte do questionário fazia algumas perguntas relativamente ao funcionamento do ACeS, no sentido de comparar a perspetiva dos diretores executivos com a perspetiva dos coordenadores das USF. Questionou-se, em primeiro lugar, sobre a existência de um contrato programa, nos moldes estabelecidos no artigo 39º do decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Mais, uma vez, apesar da inexistência legal do mesmo, por nunca ter sido publicado tal como o diploma prevê, a maioria dos respondentes afirma a sua existência. Tal facto pode dever-se à minuta existente na página de internet da ACSS, o que poderá significar algum desconhecimento da lei, quer por parte dos diretores executivos, quer por parte dos coordenadores das USF. Para não haver dúvidas quanto ao estipulado do decreto-lei, o questionário contava com um *link* direto para o mesmo.

**Figura 45. Perceção dos coordenadores das USF relativamente à existência de contrato-programa celebrado entre o ACeS e a ARS**



**Fonte: Elaboração própria**

Quanto aos motivos que justifiquem a inexistência do contrato-programa, consideram que parecem dever-se ao facto das ARS não quererem, uma vez que daria uma maior autonomia aos ACeS e porque os diretores executivos não o exigem. Também é referido algum desconhecimento e justificação da sua inexistência por também não existir noutros locais.

**Quadro 26. Comentários dos coordenadores das USF para justificar porque não existe contrato-programa**

<b>Desconhecimento</b>	Desconheço Penso que não existe, porque nunca dele tive conhecimento e sempre que é preciso efetuar qualquer aquisição tem que ser pedida autorização à ARS Não sei Não faço ideia
<b>Inexistência global</b>	Não existe em lado nenhum - o modelo nacional nunca foi publicado em DR Não existe em parte nenhuma
<b>Falta de vontade das ARS</b>	Porque a ARS não cumpre a lei Porque nem a ARS nem o DE o exige Porque a ARS nunca avançou Porque as ARS não querem A ARS não quer porque daria mais autonomia ao diretor executivo Não convém à ARS Só interessa aos DE e às unidades e esses estão sempre em último plano Porque quem decide não quer Daria mais autonomia ao DE e isso a ARS não quer A lei não é aplicada Alguém não quer Não interessa aos poderosos Não convém a quem toma as decisões Porque daria mais autonomia ao DE isso poderia prejudicar a ARS A ARS tem medo de perder poder Como sempre, não se cumpre a legislação e ninguém fiscaliza e pune

**Fonte: Elaboração própria**

Relativamente às perspetivas de futuro para a evolução dos cuidados de saúde primários, começou por se perguntar quais as alterações, do conjunto apresentado, que seriam úteis para introduzir transformações que tornem os cuidados primários em serviços mais descentralizados e autónomos. As medidas consideradas mais úteis foram a possibilidade de implementar o modelo de gestão dos ACeS com verdadeira autonomia e responsabilidade, repensando o papel das ARS e a possibilidade de atribuir total autonomia aos ACeS, com responsabilização, monitorização e avaliação.

Como comentários adicionais, foi ainda referido que seria essencial introduzir uma verdadeira autonomia gestionária com contrato-programa público e implementar a governação clínica e de saúde com profissionais a tempo inteiro. Um outro

respondente sugeriu a criação de uma ACSNS, com um presidente e cinco vice-presidentes, cada um deles responsável por uma área correspondente a cada uma das atuais ARS, que seriam extintas e integradas na nova administração central do SNS.

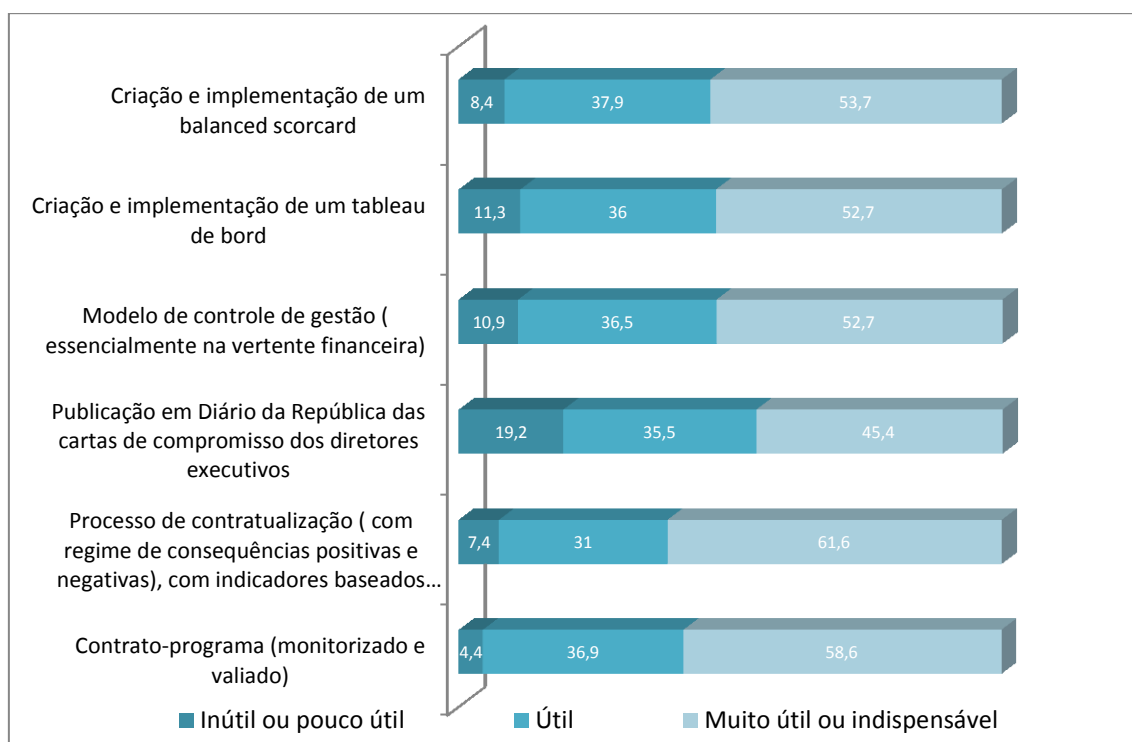
Relativamente aos aspetos que podem ser resultado da falta de autonomia, os mais referidos foram o facto de quem decide não conhecer o terreno e os detalhes dos problemas, as respostas poderem ser inadequadas e gerar desperdício de escala e a possibilidade de diferentes níveis de desenvolvimento, quanto a aspetos como os sistemas de informação.

Questionou-se aos coordenadores das USF quais as medidas, do conjunto apresentado, que na sua opinião poderão ser as mais úteis para melhorar a situação dos cuidados de saúde primários, contribuindo para o seu desempenho. As medidas mais votadas foram terminar com a obrigatoriedade de pedir autorização às ARS para questões básicas de gestão interna, eventualmente cobertas pelo fundo de maneoio, a resolução de problemas relativos aos sistemas de informação, o desenvolvimento da governação clínica e de saúde e a avaliação do desempenho dos diretores executivos e análise de competências por parte da CRESAP.

Apresentou-se ainda, tal como para os diretores executivos, um conjunto de aspetos, questionando os coordenadores se anteviam que algum deles pudesse condicionar a implementação das alterações e medidas que promovam a autonomia para os ACeS. Os aspetos considerados maiores condicionantes foram a falta de vontade política, a estrutura centralizadora, vertical e de comando-e-controle da ACSS e da ARS e a ausência de uma assunção política da importância dos CSP.

Foi também questionada a perceção quanto à utilidade de alguns instrumentos de gestão apresentados, que pudessem ser úteis para desenvolver um modelo de gestão descentralizado nos cuidados primários. O instrumento mais votado foi a contratualização, seguido do contrato-programa.

**Figura 46. Opinião quanto aos instrumentos de gestão úteis para implementar um modelo de gestão descentralizado**



**Fonte: Elaboração própria**

Pediu-se aos coordenadores que imaginassem uma situação em que os ACeS a que pertencem teriam a autonomia adequada e inerente responsabilização para cumprir a sua missão e que indicassem que mais valias se poderiam esperar. Seleccionaram os maiores ganhos em saúde e a maior eficiência e a facilidade na gestão do dia a dia com maior proximidade

Relativamente ao modo como perspetivam o futuro dos CSP, apresentaram-se algumas opções, no sentido de tentar averiguar a opinião dos coordenadores relativamente a cada uma delas. A maioria defende a reorganização dos ACeS, ajustando-os às particularidades geodemográficas, numa escala mais local.

Relativamente a esta pergunta, foram deixados alguns comentários, que referiam, essencialmente:

*“Acho que cada ACeS deveria ser revisto, pois cada um tem as suas particularidades, pois por exemplo, considero que o meu ACeS é demasiado grande, em termos de área, de população, de agrupamentos... e que prejudica a proximidade dos profissionais com os cargos hierarquicos superiores. Vivemos num período em que estamos centrados nos números, esquecendo*

*por completo a humanização dos cuidados e que efetivamente nós trabalhamos para pessoas reais, e isso sim é que está esquecido. Sugiro que o diretor executivo bem como os elementos dos conselho clínico tenham uma semana de "estágio" em cada unidade, para compreender as verdadeiras dificuldades e perceber as realidades, pois parecem que vivem noutro mundo, noutra realidade. Temos que falar a mesma língua".*

*"Implementar o decreto-lei nº 28/2008".*

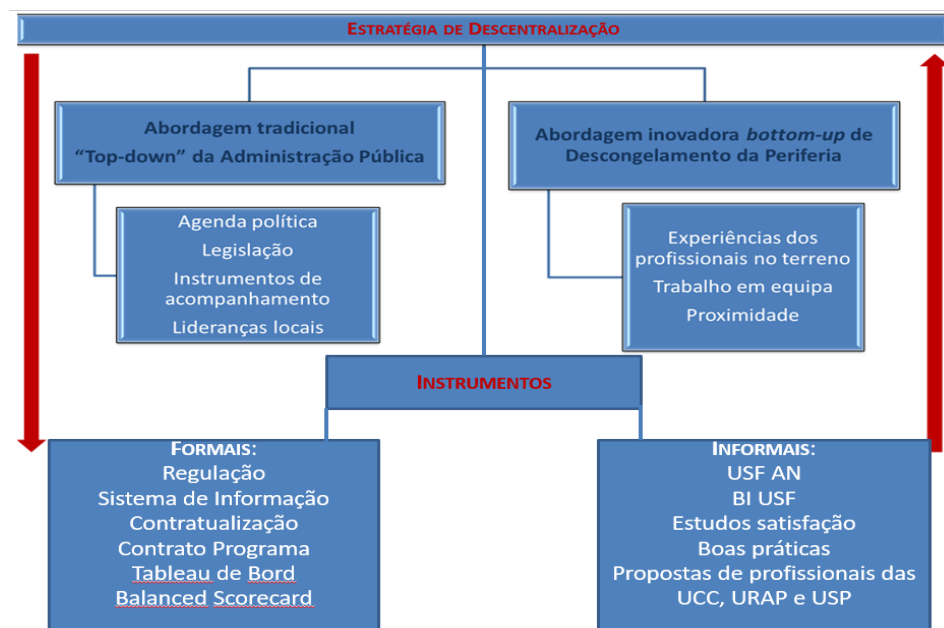
*"Manter os mesmos ACeS, mas com maior autonomia".*

Por fim, pretendeu-se deixar um espaço para dar voz aos coordenadores e garantir que nenhum tema ou questão importante ficasse sem ser levada em consideração neste trabalho. Os comentários adicionais encontram-se no anexo 12.

## Fatores facilitadores da descentralização

A literatura analisada refere a existência de vários instrumentos, formais e informais (no sentido de não terem origem governamental), que permitem diminuir ou contornar os obstáculos e condicionantes à descentralização organizacional e de gestão, independentemente das abordagens assumidas pela reforma, uma mais de cariz *top-down*, outra *bottom-up*.

**Figura 47. Estratégia de descentralização da reforma e instrumentos disponíveis**



**Fonte: Elaboração própria**

Estes instrumentos assumem maior importância, quanto mais fortes forem os condicionantes à descentralização, sobretudo no sistema de saúde. Importa, portanto, relembrar:

- Incerteza sobre os serviços a descentralizar;
- Desconhecimento de como se desenha um processo descentralizador;
- Subestimação da complexidade envolvida nos processos de descentralização;
- Desconhecimento quanto aos custos, tempo e competências para a implementação de um processo deste tipo;
- Incapacidade da administração central atribuir os recursos necessários (financeiros, infraestruturas e humanos);
- Ausência de formação específica das lideranças locais;
- Falha na comunicação e coordenação entre a administração central e local (35).

Para responder a estes obstáculos, é possível dar passos concretos que facilitem o processo de descentralização, nomeadamente:

- Selecionar os serviços a descentralizar, com base em critérios claros;
- Definir os níveis de descentralização do processo de tomada de decisão;
- Estabelecer um modelo efetivo de governança;
- Definir os termos de referência dos órgãos de gestão;
- Reportar os resultados de forma transparente (35).

Existe um conjunto de instrumentos disponíveis que ajudam a promover a descentralização e que podem variar consoante o tipo de abordagem selecionada.

Como já referido, uma das abordagens da estratégia de descentralização da reforma dos cuidados de saúde primários, passou pelo modelo vertical tradicional da administração pública portuguesa, em que as decisões, normas e ações são ditadas “de cima para baixo”, numa clara lógica de comando-e-controle, desde a administração central até ao nível local da prestação dos cuidados.

**Figura 48. Modelo tradicional vertical da administração pública**



**Fonte: GCR CSP, 2009**

Este modelo e esta abordagem utilizam vários instrumentos para a concretização das suas medidas, embora esses instrumentos também possam contribuir para abordagens descentralizadoras e autónomas, como adiante se verá, se associados aos princípios das reformas de proximidade - não proíbem que líderes locais com visão estratégica, iniciativa, criatividade e sentido de responsabilidade cívica as incrementem.

Além destes instrumentos, uma reforma como a dos cuidados de saúde primários, teria que garantir, para o seu sucesso, um conjunto de condições, nomeadamente; i)



condições políticas e económicas favoráveis, ii) um plano coerente para o seu desenvolvimento, iii) capacidade de implementação a vários ritmos, iv) terreno preparado, com o apoio dos profissionais e das lideranças locais e v) apoio das organizações profissionais (152).

Esta reforma teve início num contexto político favorável (com apoio político explícito), mas com algumas limitações ao nível económico. Outro aspeto importante é o facto de estar inevitavelmente inserida na administração pública e portanto, sujeita às suas regras e princípios, como se pode constatar no enquadramento concetual. Estes fatores contribuíram para a necessidade de procurar formas de facilitar a descentralização na organização e gestão dos cuidados primários, sem um aumento de custos para a sua administração.

Entre essas formas encontraram-se os instrumentos que adiante se descrevem.

## **Instrumentos formais**

### **Sistema de informação e comunicação**

Os sistemas de informação são fundamentais para a gestão em saúde, seja ela centralizada ou descentralizada e devem ser desenhados e criados com base num entendimento claro da sua importância para um processo de decisão (36,22). Com base neste pressuposto, importa fazer uma distinção clara entre o que é um sistema de informação em saúde -aquele que tem por objetivo recolher informação designadamente epidemiológica e permitir a sua análise e uma efetiva administração da saúde da população; e um sistema de gestão de informação em saúde - focado na forma como os recursos são utilizados desvalorizando os resultados em saúde. A finalidade deste último é permitir aos decisores que identifiquem os fatores de eficiência e ineficiência no sistema de saúde e que atuem em conformidade (36,22).

Nos processos de descentralização na saúde os sistemas de informação assumem ainda maior importância, pela necessidade de monitorização e para que a administração central possa ter facilmente acesso aos efeitos das decisões no terreno. São também essenciais para garantir que os objetivos nacionais/centrais estão a ser cumpridos pelas autoridades locais. Tal, requer que o sistema de informação comporte dados relativos aos recursos e despesas assim como dados de utilização dos serviços (161).

Para Starfield (101), os sistemas de informação em saúde são extensões dos registos clínicos e de saúde e contribuem para a resposta às necessidades individuais dos utentes e para as necessidades coletivas, naquilo que respeita os cuidados primários – beneficiam a assistência, mas também o planeamento, a prestação de serviços, a avaliação e as bases de informação e conhecimento.

Numa gestão descentralizada, os sistemas de informação e de gestão da informação permitem a monitorização, a avaliação e a responsabilização e a prestação de contas pelos níveis locais e regionais. São também fundamentais para os processos de contratualização

**Figura 49. Tipos de informação contida num sistema de informação de saúde**



**Fonte: Adaptado de (101)**

### **Processo de contratualização e contrato-programa**

*“O aperfeiçoamento do modelo de contratualização reforça a autonomia gestonária dos ACeS” (110).*

No seguimento da ideia de que “aos gestores cabe gerir com plena autonomia e responsabilização, com posterior avaliação dos resultados” (52), em meados da década de 80 e início da década de 90, alguns países como o Reino Unido

começaram a introduzir a contratualização como instrumento essencial de articulação entre os diferentes níveis da administração da saúde.

Em Portugal as agências de contratualização na saúde foram introduzidas nas administrações regionais de saúde, com a finalidade de contratualizar (em representação do cidadão) os cuidados de saúde entre as regiões e as organizações (públicas) prestadoras de cuidados. Tinham como objetivo promover a acessibilidade, a equidade e uma melhor explicitação da despesa (52). A Função de Agência foi regulada pelo despacho normativo nº 46/97 de 8 de agosto, sendo criadas as agências de acompanhamento. Passaram posteriormente a agências de contratualização, com o despacho normativo nº 61/99 de 12 de novembro. Tinham como objetivo atuar no interesse do cidadão, garantir o acesso em consonância com as necessidades identificadas e recursos existentes, analisar e propor a distribuição dos recursos, contratualizar os cuidados de saúde, monitorizar e avaliar o desempenho dos prestadores e avaliar os ganhos em saúde das populações.

As agências contribuíam assim para a regulação da saúde e, segundo Santos (162) a contratualização funcionava como “um instrumento de tomada de decisão mais transparente, uma ferramenta para coordenar as atividades através do trabalho de equipa, em que os contratos determinam o estabelecimento de prioridades entre os serviços, tornando-os mais eficientes na utilização dos seus recursos”.

No setor da saúde, pensar num contrato obriga a compreender que se trata de um instrumento de monitorização para a implementação de sistemas de planeamento e para o aumento da competição entre serviços. É celebrado partindo de um processo negocial de compatibilização de interesses dos utilizadores e prestadores. Trata-se de contratos que englobam a avaliação de vários aspetos como as necessidades dos utilizadores, os recursos disponíveis, as afetações alternativas e os resultados esperados. É nos contratos que se definem várias vertentes, como os recursos a afetar, necessidades existentes, utilizadores, preços, objetivos e período temporal para a sua concretização (52).

A criação das agências foi impulsionada pela pretensão de contratualizar com os hospitais e os centros de saúde, os orçamentos-programa e contratos-programa onde se definiam as metas de produção, de desempenho e qualidade e também se fixavam os objetivos económicos, financeiros e de eficiência. Todavia, era imprescindível a existência de: i) um sistema de penalizações e recompensas, ii) meios de fomentar a

participação dos cidadãos e iii) a tradução da contratualização em ganhos de saúde para a população (52).

As agências elaboravam os termos de referência e guias de apoio para o estabelecimento dos orçamentos programa das ARS com os centros de saúde. Os orçamentos programa promovem a transparência na forma como os recursos são utilizados e contribuem para o aumento das capacidades de gestão.

*“As agências de contratualização dos serviços de saúde são um dos instrumentos fundamentais para a nova política de saúde – Estratégia de Saúde 1998-2002 – orientada para um compromisso explícito no sentido de melhorar a saúde, adotando metas concretas para a realização dos ganhos em saúde (...) (108).*

Barros e Gomes referem-se à contratualização como “um instrumento para implementar os objetivos da política da saúde” que se traduz numa alternativa aos modelos tradicionais de gestão dos cuidados de saúde. Parte da separação entre as funções de financiador e prestador, permitindo uma melhor afetação de recursos e obrigando ao compromisso de todas as partes envolvidas (163).

Contribui ainda para a descentralização da gestão, através de compromissos explícitos entre as partes contratantes. Pretende melhorar o desempenho dos prestadores, que ficam financeiramente responsáveis por um volume de atividade e qualidade a preços definidos. Também contribui para o planeamento e desenvolvimento dos cuidados de saúde, permitindo uma ligação direta entre o planeamento e a afetação de recursos. Igualmente importante é o seu contributo para o desenvolvimento dos sistemas de informação e para a melhoria do registo dos dados (163).

Na perspetiva de Drucker (164), Hamel e colaboradores (165), Jenkins (166) e Shirley (167) (52), existe um conjunto de obstáculos à contratualização, que passam por: i) falta de orientações do poder central; ii) dificuldade em associar objetivos e metas quantificadas ao orçamento da saúde disponível; iii) desarticulação entre o orçamento e a execução financeira; iv) inexistência de um programa de reestruturação organizacional e v) insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde.

*“O aperfeiçoamento dos processos de contratualização constitui um dos fatores mais determinantes para o sucesso da reforma. Só uma boa contratualização permite realizar os níveis de autonomia organizacional que a reforma requer” (75).*

A contratualização é um dos principais instrumentos de responsabilização (52) e decorre em várias fases:

- Identificação de necessidades e de prioridades de saúde bem como das expectativas dos cidadãos;
- Negociação com os prestadores do tipo, volume e custos/preços dos cuidados a prestar para dar resposta àquelas necessidades;
- Acompanhamento do desempenho dos prestadores, tendo em conta a perspectiva do cidadão face ao acordado e desencadeamento das respetivas consequências;
- Avaliação final do cumprimento dos orçamentos-programa ou dos contratos-programa e desencadeamento das respetivas consequências;
- Determinação dos ganhos em saúde e bem-estar conseguidos.

Escoval (52), aponta como principais vantagens do processo de contratualização, o seu contributo para:

- Transparência nos processos e efeito de responsabilização;
- Novo modelo de gestão;
- Preparação da autonomia dos centros de saúde, através da introdução de uma vertente de gestão, fundamental para a autonomia administrativa e financeira;
- Avaliação em termos de eficácia/eficiência;
- Aproximação dos órgãos da administração central ao terreno e aos constrangimentos existentes nas instituições de saúde;
- Co-responsabilização/cumplicidade dos prestadores e instituições;
- Desenvolvimento do sistema de informação, através da sistematização da informação e maior agregação de dados sobre os serviços;
- Conhecimento dos valores de alguns indicadores, possibilitando a comparação dos indicadores de gestão das instituições de saúde;
- Responsabilização dos conselhos de administração;
- Indução da necessidade de desenvolver práticas de contratualização interna e consciencialização dos responsáveis diretos pelos serviços, para a gestão;
- Utilização de um instrumento de gestão (orçamento-programa);
- Envolvimento de representantes dos cidadãos e autarquia.

Desde o seu início que a reforma dos cuidados primários identificou a contratualização das USF como um aspeto fundamental, por contribuir para o aumento da

responsabilização e para a obtenção de melhores cuidados, com maior eficiência. A criação das USF pressupunha mesmo a negociação (com a ARS) das metas de acesso, desempenho assistencial, qualidade e desempenho económico. Até à criação dos ACeS, a contratualização era realizada diretamente entre as unidades e os departamentos de contratualização das respetivas ARS. Posteriormente, as USF passaram a negociar com o ACeS (contratualização interna) e estes com as ARS (contratualização externa).

Para auxiliar neste processo, foram sendo definidos e trabalhados os indicadores de contratualização. A MCSP publicou em abril de 2006 os indicadores de desempenho. Posteriormente, a ACSS juntamente com as ARS começou a definir os indicadores e a produzir, anualmente a partir de 2009, a metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários.

Os contratos-programa e os planos de desempenho são, assim, instrumentos de apoio à contratualização. Trata-se de uma ferramenta que permite um acordo entre uma entidade pagadora e os prestadores, com o objetivo de dar resposta às necessidades de saúde da população e garantir as metas que se pretendem alcançar. São um dos instrumentos mais visíveis do processo de contratualização e representam o instrumento chave que define a relação que se estabelece entre o pagador e o prestador e as condições em que esta relação se processa. Tem um papel muito importante de definição de responsabilidades e direitos de cada uma das partes envolvidas, assim como na partilha de riscos (150,162).

Existem em Portugal regras concretas para o estabelecimento de contratos-programa, que têm vindo a ser uniformizados e publicados desde 2006, naquilo que respeita as competências do Ministério da Saúde (162). No que se refere especificamente aos contratos-programa no âmbito dos cuidados de saúde primários, vem regulado no decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, nos artigos 38º e 39º, como um instrumento de gestão dos ACeS.

Interessa referir que apesar de constar no diploma referido como um instrumento de gestão do ACeS e de ser algumas vezes mencionado, é ainda referido na lei que os modelos de contrato-programa são aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, o que parece não se verificar como previsto. Porém, está disponível uma minuta de contrato programa ARS-ACeS, na página da ACSS, que engloba cláusulas relativas a dezasseis pontos. Esta minuta parece ser demasiado abrangente e muito centrada nas responsabilidades e deveres do ACeS e

não tanto nos deveres da administração regional relativos aos recursos e meios que possibilitem o cumprimento dos objectivos, por parte dos diretores executivos.

O contrato programa deve ser anual e deve basear-se em:

- Delimitar o âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, com base nos programas nacionais e assegurando a coerência em todo o SNS;
- Estabelecer objetivos e metas quantitativas em cada uma das áreas de intervenção;
- Prever indicadores de controlo da qualidade das prestações de cuidados de saúde;
- Definir instrumentos de acompanhamento e avaliação das atividades assistenciais e económico-financeiras do ACeS;
- Prever o tempo e o modo da atribuição de recursos, em função do cumprimento das metas estabelecidas;
- Estabelecer as regras a que devem obedecer as unidades do ACeS a fim de poderem funcionar como centros de produção e de custos;
- Estabelecer os mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados;
- Prever as modalidades de apoio da ARS à gestão do ACeS.

As restantes cláusulas da minuta que não digam respeito a estes aspetos, podem ser garantidas através dos planos de desempenho, dos planos anuais e plurianuais de atividades, das cartas de compromisso e regulamento interno, instrumentos obrigatórios nos ACeS.

### **Tableau de Bord e Balanced Scorecard**

O *tableau de bord*, apontado como um instrumento a desenvolver para o aumento da autonomia dos ACeS, nasceu nos anos 30, em França, resultando da reação até à então utilização de dados contabilísticos para a tomada de decisão (168), tendo como objetivo melhorar os processos de produção, através do desenvolvimento das relações causa-efeito (169,162). Consiste num conjunto de medidas de desempenho. Já depois da década de 50, passou a incluir dados orçamentais e a desagregar-se por centros de custos (168).

Ao longo dos anos, foram apontadas várias falhas a este instrumento, nomeadamente o facto de se referir apenas a dados financeiros, apurando o resultado final sem considerar qualquer relação de causa e efeito e não medindo o impacto das decisões

na qualidade e na satisfação. Nos anos 90, apesar de algumas melhorias que previam que as ações a tomar fossem ao encontro dos objetivos estratégicos, continuou a avaliar o desempenho sobretudo com base na vertente financeira (168). Tem vindo a evoluir e a sofrer várias modificações, sendo um instrumento de gestão com vista à ação, tendo como principal característica ajudar e estimular a tomada de decisão (162).

Sendo um instrumento aplicável a pequenas e médias empresas, pode ser adaptado e utilizado nos ACeS, uma vez que as recomendações indicam que estes devem ter uma dimensão geográfica e populacional semelhante a este tipo de empresas.

Todavia, o carácter maioritariamente financeiro do *tableau de bord*, apesar de útil como suporte à tomada de decisão dos gestores, deu lugar ao desenvolvimento de outros instrumentos de gestão, como o *balanced scorecard*.

Este, desenvolvido na década de 90 nos EU, resultou da insatisfação relativa aos métodos de avaliação do desempenho, baseados em aspetos financeiros (168). Trata-se de um instrumento de avaliação do desempenho organizacional. Tem em conta a perspetiva financeira do cliente, os processos internos e a visão da organização, o modo de atingir as metas delineadas e os objetivos estabelecidos (162). Permite alinhar a mudança, a estratégia e o desempenho dos serviços públicos (125).

Apresenta como principais características focalizar a gestão na estratégia da organização, traduzida em objetivos, ações e indicadores. Além da perspetiva financeira, inclui os clientes, os processos internos, a aprendizagem e o desenvolvimento organizacional, para a avaliação do desempenho (168).

Instrumentos de gestão como este são particularmente importantes em contextos de restrição orçamental, como apoio à tomada de decisão favorável ao desempenho das organizações. Permitem responder à necessidade de aumentar a eficácia e a eficiência das organizações de saúde. São mais utilizados como instrumentos de gestão estratégica do que como instrumentos de avaliação do desempenho (170). Tem como objetivos clarificar e traduzir a visão e a estratégia da organização, contribuindo para o planeamento e definição de metas, alinhadas com as ações. Utiliza a comunicação para relacionar os objetivos estratégicos com as medidas adotadas. Incentiva ainda o retorno de informação e a aprendizagem estratégica (170).



## **Regulação**

A regulação da saúde faz parte de um conceito mais alargado de regulação social, que se baseia no controlo exercido por uma entidade pública sobre determinadas atividades valorizadas pelas comunidades. A regulação contribui para a realização dos objetivos dos sistemas de saúde, tendo especialmente em conta os interesses privados ou corporativos (110).

Assume destaque no momento em que a via da privatização se torna relevante nas tentativas de descentralização. Porém é útil independentemente da via descentralizadora em destaque.

Em Portugal, a regulação da saúde tem sido exercida por várias entidades como a Inspeção das Finanças, Tribunal de Contas, Inspeção da Saúde, Direção Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Infarmed, Instituto Nacional de Saúde e ordens profissionais. Contudo, no início dos anos 90, com a possibilidade de crescimento do setor privado a operar na saúde, surge a necessidade de uma regulação específica e mais dirigida, surgindo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) como imposição para a implementação do decreto-lei nº 60/2003, que previa a gestão privada de centros de saúde.

É um instrumento de responsabilização e de ética e pretende assegurar que os ganhos de produtividade são concordantes com a sua qualidade e equidade (171).

Com a reorganização da administração da saúde, a ERS deve ser um órgão independente do Ministério da Saúde, agindo como regulador para o setor em articulação com a autoridade de concorrência. Tem como objetivos controlar o acesso à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados e o cumprimento dos requisitos de funcionamento e ainda garantir equidade no acesso, legalidade e transparência das relações entre agentes. A sua atividade deve centrar-se em (54):

- Garantia das reclamações dos utentes do SNS;
- Assumir a função de estabelecimento de um sistema de avaliação da qualidade dos serviços de saúde;
- Regulação económica e de concorrência, avaliando a forma de funcionamento do mercado;
- Desenvolver iniciativas no sentido de detetar e sancionar práticas de indução artificial da procura;

- Desenvolver iniciativas para detetar e sancionar práticas discriminatórias no acesso a serviços de saúde;
- Instrução de procedimentos de licenciamentos de entidades de saúde privadas e do SNS.

É um instrumento essencial à responsabilização e à prestação de contas.

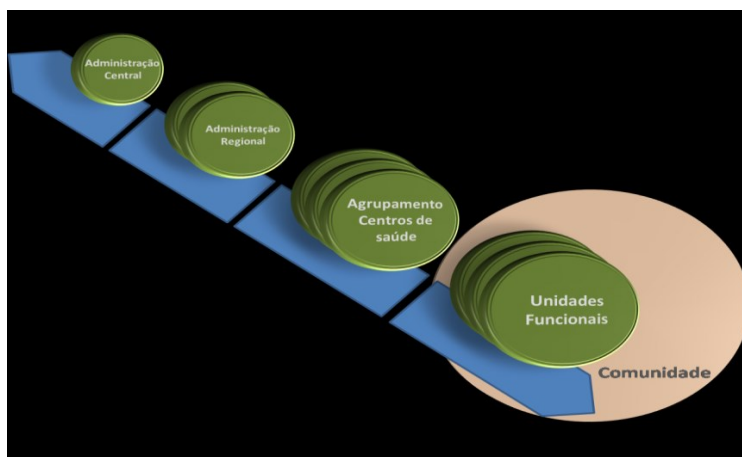
Apesar da possibilidade de se utilizarem estes instrumentos, o alcance da estratégia de descentralização não foi o esperado. Segundo uma análise SWOT realizada pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, em 2012, esse facto deve-se ao designado “centralismo disfuncional”. Este centralismo disfuncional caracteriza-se, essencialmente, por três aspetos. O primeiro tem que ver com o papel de menorização que as ARS atribuem à autonomia de gestão dos ACeS, visível pela ausência de atribuição de mais responsabilidade e autonomia ao nível local. O segundo destes aspetos respeita à manutenção de uma verticalização da gestão das ARS sobre os ACeS, o que desresponsabiliza a gestão local e perverte o papel de instrumentos formais como a contratualização. Por último, a descoordenação e as disparidades de atuação das ARS, em relação ao papel dos diretores executivos, resultando em práticas distintas, com resultados desiguais e não uniformes para toda a população (81).

### **Instrumentos e iniciativas não governamentais e inovadores**

Em paralelo com os instrumentos do modelo hierárquico e verticalizado, a reforma dos cuidados de saúde primários contou pela primeira vez e de forma inovadora, com o contributo de um conjunto de acontecimentos informais e imprevistos, que garantiram um modelo alternativo para o desenvolvimento da mudança – um modelo que permitiu o descongelamento da periferia, impulsionando a reforma junto da comunidade, em estreita relação com os profissionais de saúde.

Estes aspetos inovadores e imprevistos têm contribuído para a descentralização e para a atribuição de algum nível de autonomia aos cuidados de saúde primários. Estes instrumentos são particularmente úteis quando as formas tradicionais de atribuição de autonomia encontram vários constrangimentos e impedimentos à sua concretização e a descentralização vê-se assim limitada.

**Figura 50. Modelo inovador de “descongelamento da periferia”**



**Fonte: GCR CSP, 2009**

De acordo com Vaughan (172,18), a implementação “*top-down*” de políticas ou medidas descentralizadoras, sem um acompanhamento adequado e a necessária adaptação ao nível local, tem grandes probabilidades de falhar, ainda que os objetivos estejam bem definidos. A experiência tem demonstrado que é longo o caminho entre a intenção de descentralizar e a verdadeira descentralização. É um processo complexo e que implica a existência de um elevado nível de iniciativa, capacidade para identificar as necessidades em saúde e os determinantes que lhes estão associados, de dar o exemplo, promover o mérito e estimular um ambiente de trabalho baseado em valores cívicos e nos afetos, o assumir com dignidade a responsabilidade e autoridade pelos líderes no nível local.

Nesse sentido, é necessário envolver as comunidades e os profissionais e desenvolver uma interação profunda entre uma abordagem *top-down*, já descrita ao longo deste estudo, e uma outra, “*bottom-up*”, que começa junto dos atores do terreno, que devem ser envolvidos num processo de consulta e interação (173.,172,18).

Apesar da utilização de instrumentos como os sistemas de informação e a contratualização, que muito têm evoluído desde 2005, não parece ainda ter sido implementado o nível de descentralização expectável nos vários documentos já citados ao longo deste trabalho.

Ao longo do processo de recolha de informação e de leituras e entrevistas exploratórias para este trabalho, as iniciativas dos profissionais no terreno, dos *stakeholders* da saúde e das lideranças informais, foram sendo apontadas como os principais fatores que “fizeram a reforma acontecer”. Por esse motivo, e olhando para

a sistematização dos determinantes da descentralização, pareceu oportuno aprofundar o peso dos fatores externos ao SNS, enquanto “instrumentos e iniciativas não governamentais” para a reforma dos cuidados de saúde primários e para a sua descentralização. A necessidade desse aprofundamento deu origem ao estudo III.

### Discussão e conclusões

A conceção da reforma dos cuidados de saúde primários introduziu aspetos marcadamente inovadores na organização e gestão do SNS, promovendo a superação da lógica de comando-e-controle própria da administração tradicional, no sentido de uma maior “autonomia com responsabilidade” das periferias locais do SNS. Isso fez-se essencialmente por cinco vias distintas: (i) processo de “auto-organização” das unidades funcionais (nomeadamente as USF e as UCC) e da escolha dos seus coordenadores; (ii) a adoção de um modelo de remuneração associado ao desempenho; (iii) o início de um processo de contratualização entre o “financiador” e o “prestador”; (iv) o papel desempenhado por lideranças locais dos profissionais dos cuidados de saúde primários, segundo distintas modalidades e em tempos diferentes, no desenho e implementação da reforma e (v) a corresponsabilização de todos os elementos de uma USF, com idêntico nível de participação e opinião nos Conselhos Gerais, independentemente de ser médico, enfermeiro ou secretário clínico, coordenador da unidade funcional ou só profissional, órgão em que tudo se analisa e decide.

Este estudo II pretendia procurar esclarecer os principais fatores que conduziram ao insucesso da descentralização na gestão dos cuidados de saúde primários e também eventuais oportunidades para ultrapassar as várias dificuldades identificadas.

A revisão de literatura efetuada permitiu **identificar os determinantes da implementação de processos de descentralização** nos cuidados de saúde primários. Por um lado, foram identificados os determinantes gerais, relacionados com o princípio da identidade territorial, com a necessidade de criar entidades locais com autonomia e identidade própria: e com o princípio da eficácia pública, com uma gestão que leve as decisões para mais próximo das pessoas, aumentando a eficiência dos serviços (26,20,18). Por outro, os determinantes específicos: os de ordem geográfica, com o intuito da proximidade e da participação e os de ordem funcional, para melhores respostas às necessidades locais.

Porém, há todo um conjunto de **fatores que podem dificultar ou facilitar estes processos**. Procuraram-se aqueles aspetos que podem influenciar a descentralização e que parecem ter tido influência no insucesso da descentralização na reforma dos cuidados primários. Comprovou-se a existência de fatores de contexto (político, económico e social), as características da administração e as resistências relacionadas com os interesses e os poderes instituídos (determinantes externos ao sistema de saúde) (156,159,174,31).

Quer pela literatura, quer pelas entrevistas e questionários aplicados, compreendeu-se a existência de determinantes externos ao sistema de saúde e próprios da administração pública, e internos (próprios do sistema de saúde). Nestes, foi ainda possível apurar os que são intrínsecos ao SNS e os extrínsecos ao mesmo. As dificuldades que a descentralização tem tido em chegar aos cuidados de saúde primários, e os exemplos de autonomia que existem sobretudo nas USF, e o modo como essa descentralização foi conseguida, permite prever que os fatores externos ao SNS têm um peso superior aos internos, essencialmente naquilo que se refere à facilitação do processo.

As entrevistas, os questionários e as leituras exploratórias, permitiram concluir que o papel dos *stakeholders* e das lideranças locais, assim como outras iniciativas externas ao SNS, foram determinantes com maior peso na, ainda assim reduzida, descentralização que se conseguiu implementar aquando da reforma dos cuidados de saúde primários.

Além da identificação dos determinantes, pareceu oportuno não só focar este trabalho na descrição do que tem vindo a acontecer, mas também na possibilidade de deixar algumas recomendações para o futuro da reforma e dos cuidados de saúde primários.

Para tal, pareceu útil identificar e apresentar os **instrumentos, formais e informais**, que podem contestar os obstáculos encontrados e ajudar à concretização da autonomia. Estes instrumentos variam de acordo com a abordagem seguida.

Numa abordagem tradicional, típica da administração pública, os instrumentos a utilizar assumem uma vertente mais formal, desde a regulação, sistemas de informação, contratualização e contrato programa e outros instrumentos de gestão. Já numa abordagem mais de proximidade e de descongelamento da periferia e no caso concreto da reforma dos cuidados primários, foi possível identificar o aparecimento de uma série de instrumentos inovadores e não previstos que pressionaram a aposta na descentralização. Entre eles, o reforço das lideranças locais. Para esta pressão

também contribuíram outros aspetos, como os estudos de satisfação e as boas práticas existentes e amplamente divulgadas (161,36,22,101).

O objetivo deste estudo não passou por uma análise detalhada a estes instrumentos, mas antes pela sua identificação, descrição e possível contributo para a descentralização e autonomia de gestão nos cuidados de saúde primários. A existência desses instrumentos, por si só não garante um maior nível de descentralização ou de autonomia de gestão. É a sua inequívoca aplicação e utilização que dá esse contributo. Isso só acontecerá se todos os atores compreenderem a sua importância e pressionarem o seu desenvolvimento e correta utilização. É também aqui que as lideranças se devem destacar, reforçando o seu poder negocial e aprofundando o seu nível de influência, mas que, em simultâneo, sejam capazes de apresentar uma visão diferente e inovadora de intervenções em saúde mais globais, efetivas e mais eficientes, na perspetiva do cidadão e do SNS, com maior capacidade resolutiva e de proximidade para os cuidados de saúde primários, mesmo que fraturantes com a cultura de organização da prestação de cuidados de saúde do passado, e que tenha em conta o atual paradigma epidemiológico e demográfico e a sustentabilidade do SNS.

As entrevistas e inquéritos realizados permitiram corroborar os resultados da revisão de literatura, sobretudo naquilo que respeitou a identificação dos determinantes, fatores limitadores e condicionantes da descentralização, assim como as consequências da ausência de um nível adequado de autonomia. Para minimizar essas consequências, foram identificados instrumentos formais, a par com os já descritos na literatura e aqui referidos.

Além disso, estas duas técnicas pretendiam também classificar o grau de autonomia existente nos cuidados de saúde primários, assim como as alterações entendidas como necessárias para uma maior descentralização e autonomia de gestão neste nível de cuidados.

Das perceções sobre autonomia de gestão a nível local dos principais atores no terreno, é possível verificar que é muito variável a necessidade de determinados tipos de autonomia, embora a tendência seja para a necessidade e não o contrário (sobretudo de autonomia funcional e financeira). Esta variação poderia estar relacionada com a dificuldade de compreensão dos conceitos. Para facilitar, optou-se por incluir no questionário a definição dos vários tipos de autonomia, para que compreendessem com facilidade as perguntas.

A maioria dos diretores executivos respondentes considera essencial a existência de autonomia administrativa, técnica e financeira, para o ideal funcionamento de um ACeS. De referir que apenas um diretor executivo considerou não essencial a existência de autonomia administrativa e técnica, e dois a existência de autonomia financeira.

Questionados os diretores executivos quanto ao facto da autonomia administrativa plasmada na lei ser ou não suficiente para uma gestão eficiente nos cuidados de saúde primários, 69.7% dos respondentes afirmou que não, por ainda estarem muito dependentes das ARS para a maioria das decisões. Também 30.4% afirmaram que não, por ainda estarem algo dependentes das ARS para algumas decisões. De notar que nenhum diretor executivo optou pela hipótese “sim, é suficiente para as decisões que competem aos diretores executivos”. Já para os coordenadores das USF, o tipo de autonomia considerado mais essencial, foi a autonomia administrativa, seguida da funcional. Já a menos essencial, foi a autonomia financeira. Esta não lhes parece ser tão importante como para os diretores executivos, de acordo com as respostas obtidas, o que era expectável pelas diferentes tarefas que desempenham nos respetivos cargos.

Quer as entrevistas quer os questionários, em relação ao grau de autonomia existente, demonstram que é igualmente variável o grau que referem existir, o que se comprova pelos diferentes procedimentos para situações semelhantes, como resolver a questão da impressora avariada, de mudar um enfermeiro de unidade ou de fazer alterações em relação às instalações/ equipas no ACeS. Enquanto alguns referem que tomam as decisões dando posteriormente conhecimento às ARS, outros indicam que não podem tomar nenhuma atitude sem autorização expressa da ARS. Poderia esta tratar-se de uma situação resultante de diferentes níveis de autonomia, em diferentes regiões/ARS. No entanto, e apesar de não se apresentar uma análise por região, foi comprovar-se este aspeto na base de dados das respostas aos questionários e, na verdade, há situações distintas a ocorrer na mesma ARS.

Isto não significa, porém, que a autonomia possibilitada através da desconcentração de poderes para os ACeS, seja igual em todas as regiões. Para exemplificar tal facto, pode apresentar-se o caso de 4 ARS terem dado autorização para a realização deste estudo, cada uma delas com condicionantes distintos e uma não ter dado essa autorização. De referir que os pedidos de autorização foram todos semelhantes e enviadas em simultâneo para todas as ARS, via *email*.

Seria importante perceber se as diferentes decisões tomadas pelos diretores executivos têm consequências (quando decidem sem uma autorização superior), ou se resultam de uma má interpretação das suas funções e dos poderes existentes (quando não decidem porque julgam estar dependentes do nível hierárquico superior). Estas diferenças, entre os que decidem e avançam e os que dizem estar totalmente dependentes das ARS para tudo, criam condicionantes a uma tentativa de avaliar o grau de autonomia de facto existente.

Considerando o grau para cada tipo de autonomia existente, é evidente, pelas respostas, que é superior o grau de autonomia técnica, seguida da administrativa. A menor autonomia é a financeira. Se olharmos para os resultados das autonomias consideradas essenciais, vão ao encontro dos maiores níveis de autonomia que dizem existir. Isto não significa, porém, que dispõem do grau adequado de autonomia para o exercício das suas funções.

56.5% dos diretores executivos afirma que faria a passagem de um enfermeiro de uma unidade para outra internamente, sem qualquer intervenção da estrutura hierárquica superior. Estes resultados parecem contradizer os anteriores, em que a maior percentagem encaminhava o pedido de reparação da impressora para a ARS. Por outro lado, parece haver maior autonomia no que respeita os recursos humanos, que relativamente aos recursos materiais. Pese embora terem referido existir mais autonomia técnica que administrativa.

Por fim, ainda respeitante à autonomia da prática do dia-a-dia, questionou-se como procederia o diretor executivo, numa situação em que fosse necessária a distribuição de espaços físicos entre unidades e/ou mudança de uma equipa de um edifício para outro, pertencente ao ACeS. Os resultados parecem demonstrar maior grau de autonomia, dado que as duas opções mais selecionadas, dizem respeito a ações discutidas e decididas internamente no ACeS, dando posteriormente conhecimento à ARS.

Em termos mais concretos, solicitou-se a opinião do diretor executivo quanto ao grau de autonomia para exercer atividades referentes a algumas áreas, nomeadamente recursos humanos, recursos financeiros, equipamentos e instalações e formação, com uma escala de resposta desde “sem autonomia” a “total autonomia”. Apesar dos níveis de autonomia terem sido, em geral, classificados como reduzidos em todas as situações apresentadas, parece superior no que respeita as atividades de formação, seguidas das atividades de gestão de equipamentos e instalações. Os piores níveis



são os que respeitam a gestão de recursos financeiros, seguidos dos recursos humanos.

Sobre o grau de autonomia que os coordenadores das USF consideram que o diretor executivo tem, relativamente aos quatro tipos anteriormente referidos, os maiores graus dizem respeito à autonomia técnica e administrativa. O menor grau refere-se à autonomia financeira. Solicitou-se que indicassem aquele que julgam ser o grau de autonomia do diretor executivo do ACeS a que pertencem, para gerir atividade referentes a recursos humanos, recursos financeiros, equipamentos e instalações e formação. Em todos os casos, a autonomia é considerada baixa, sendo pouco mais elevada em relação às atividades de formação.

Do conjunto de medidas apresentadas potenciadoras da autonomia, aquelas consideradas mais úteis, pelos diretores executivos, quer pelos coordenadores das USF, foram a atribuição de total autonomia ao ACeS e a possibilidade de implementar um modelo de gestão com verdadeira autonomia e responsabilidade, repensando o papel das ARS.

Olhando para os resultados dos questionários e dando particular atenção aos comentários adicionais, importa sublinhar a sua perceção sobre a ausência de descentralização e de um nível suficiente de autonomia para uma verdadeira gestão corrente do ACeS e uma melhor prestação de cuidados. Essa ausência é atribuída essencialmente às estruturas regionais e centrais e às características típicas da administração pública. Todavia, parecem não ter em conta os fatores concretos do contexto português e internacional que, como se viu neste trabalho e nesta discussão, condicionaram a possibilidade de atribuir autonomia aos ACeS, destacando-se a crise económica, o contexto político, a reforma da administração pública e o enfraquecimento das lideranças.

Importa, lembrar que se trata de um estudo de investigação de cariz qualitativo e descritivo, tendo que haver o maior cuidado na interpretação dos resultados e sobretudo, na sua extrapolação, dado tratar-se essencialmente de perceções quer dos diretores executivos, quer dos coordenadores das USF, assim como dos atores entrevistados. No entanto, é um contributo para a descrição e compreensão da realidade, que vai ao encontro dos resultados encontrados na literatura, nacional e internacional.

Tentou respeitar-se os critérios de fidelidade e de validade, pelo que não deixa de ser um contributo para a compreensão do fenómeno social, que são os constrangimentos

do processo de descentralização em relação aos cuidados de saúde primários, o que não aconteceu no caso dos hospitais. Para garantir o rigor do estudo, foi por um lado, tida em consideração a natureza da informação recolhida, a validade das fontes e a estruturação das técnicas utilizadas. Pelos mesmos motivos, e apesar de esse aspeto ter reduzido as taxas de resposta aos questionários, foram considerados nulos aqueles cujo rigor não estava garantido. Por outro, a análise foi complementada com uma análise estatística (descritiva), aos dados resultantes dos questionários.

Concluindo, a nova lógica introduzida com a reforma dos cuidados de saúde primários, impulsionada em 2005, encontrou sérias dificuldades no seio da administração pública da saúde. Foram apontados múltiplos fatores, uns externos e outros internos ao sistema de saúde.

Como fatores externos ao sistema de saúde, apontam-se os seguintes: os vários órgãos dos Estado com influência na administração pública, ofereceram desde o início resistência ao afastamento dos cânones tradicionais da administração pública portuguesa, por parte da reforma dos cuidados de saúde primários. Já nos fatores internos ao sistema de saúde, realçam-se os seguintes: o impulso transformador que permeou a reforma dos cuidados de saúde primários não teve correspondência no conjunto da organização e gestão do SNS – não passou das unidades funcionais para os ACeS, e a nível regional continuou a praticar-se uma gestão essencialmente de comando-e-controle. As funções daquilo que foram as “sub-regiões de saúde”, centralizaram-se nas administrações regionais, em vez de se descentalizaram para os ACeS. Assim, o registo cultural desta reforma isolou-se do resto do SNS.

Para superar os obstáculos internos e externos ao sistema de saúde, acima resumidos, era importante que se procedesse a um acompanhamento continuo dos resultados da reforma, de forma a poder argumentar a favor ou em desfavor das inovações introduzidas na gestão do SNS e aprofundá-las no âmbito dos ACeS. Exceto alguns exemplos episódicos, as autoridades de saúde não o fizeram. Esse papel acabou por ser assumido por um novo ator social na saúde, de natureza não governamental, que se constituiu como algo de novo e diferente no sistema de saúde português. Trata-se da Associação Nacional das USF, objeto de análise do estudo III.

## ESTUDO III. ESTUDO DE CASO – MOVIMENTO ASSOCIATIVO DAS EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES DE CSP: O CASO DA USFAN

*“A Reforma dos cuidados de saúde primários só foi possível quando os responsáveis políticos finalmente compreenderam que podiam confiar nos profissionais e deviam apostar em soluções de autonomia, responsabilidade, proximidade e qualidade para os cidadãos” (109)*

### Introdução

No estudo I constatou-se que a descentralização na organização e gestão da saúde tem tido grandes dificuldades na sua implementação, fundamentalmente nos cuidados de saúde primários. A reforma deste nível de cuidados, de 2005, não foi exceção. Apesar da estratégia de descentralização prevista, identificaram-se vários fatores que a dificultaram.

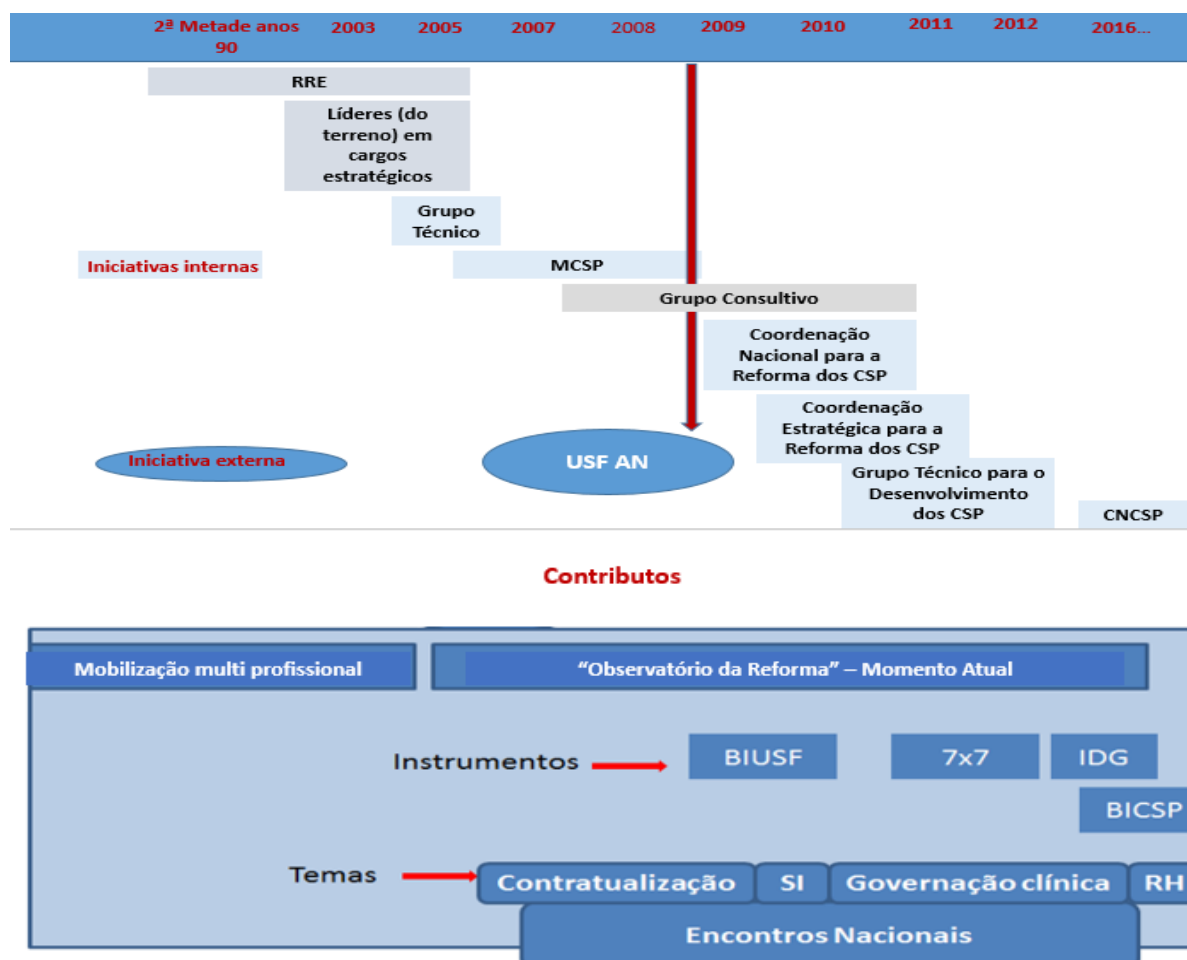
No estudo II identificaram-se os determinantes da descentralização (ou da sua ausência) na reforma dos cuidados de saúde primários: os fatores externos (próprios da administração pública) e aqueles que são internos ao sistema de saúde (como a escassez de capacidade administrativa, a dependência financeira, a forma de funcionamento e centralização do sistema de saúde, o fluxo dos recursos e a lentidão do processo de tomada de decisão). As limitações identificadas dificultaram o processo de descentralização na organização e gestão dos cuidados de saúde primários. Todavia, não pode deixar de se ter em conta os fatores internos do sistema de saúde, mas externos ao SNS, como é o caso do papel das lideranças e dos *stakeholders*, a ausência de competências de gestão, os fenómenos de sobrevivência das organizações e o peso das iniciativas externas ao SNS.

Também foi possível verificar que, para identificar e ultrapassar os obstáculos existentes oportunamente, era necessária uma monitorização da reforma dos cuidados primários e um acompanhamento próximo e contínuo dos resultados desta mudança. Salvo raras exceções, nomeadamente através dos grupos técnicos de coordenação e consultivos criados após a MCSP, as autoridades de saúde não promoveram sistematicamente este acompanhamento. Esse papel passou a ser desempenhado por um novo ator da saúde: a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar - USFAN, de caráter não governamental, que emergiu fora da estrutura formal do SNS (embora constituído por profissionais de saúde inseridos no Serviço Nacional de Saúde). Este “novo ator” emergiu da periferia como forma de alavancar a mudança

que acontecia nos cuidados primários com a criação das USF, tendo adquirido gradualmente, uma função de “acompanhamento da reforma dos CSP”, mas sobretudo de promoção e desenvolvimento das unidades de saúde familiar.

A originalidade e a importância deste novo polo de influência na reforma dos cuidados de saúde primários, justificou que se lhe prestasse uma atenção muito especial neste contexto. Pareceu assim oportuno realizar um estudo de caso à USFAN, prestando atenção ao modo como tem vindo a evoluir e aos dispositivos de influência que foi desenvolvendo, analisando o contexto do seu aparecimento, o seu processo evolutivo, os seus principais contributos, os instrumentos que criou ou ajudou a desenvolver e os temas que tem vindo a colocar na agenda dos cuidados de saúde primários, assim como a sua influência na evolução das políticas de saúde. A análise efetuada baseia-se no modelo abaixo ilustrado.

**Figura 51. Modelo de análise do estudo III**



**Fonte: Elaboração própria**

## Objetivos

O objetivo deste estudo III é o de clarificar o peso das iniciativas externas ao SNS, como determinantes do processo de descentralização de organização e gestão dos cuidados de saúde primários, através de um estudo de caso a uma dessas iniciativas – a USFAN.

Este estudo tem como objetivos específicos:

- Analisar o contexto do aparecimento da USFAN e os fatores que facilitaram o seu desenvolvimento;
- Analisar as funções desempenhadas pela USFAN e o seu papel na promoção e monitorização da reforma;
- Identificar os contributos da USFAN para a reforma dos cuidados primários e sua continuidade, através dos seus dispositivos de influência;
- Identificar a importância das lideranças informais para o processo de mudança nos cuidados de saúde primários.

## Metodologia

Um estudo de caso baseia-se na análise exaustiva de um determinado objeto ou fenómeno, cuja observação é realizada no contexto do observado, o que permite um conhecimento amplo da realidade estudada (3). É uma metodologia muito utilizada na área da saúde, nomeadamente na medicina e psicologia, mas também em outras áreas das ciências sociais e humanas (3,6). Segundo Fortin (6), um estudo de caso centra-se na recolha, análise e interpretação da informação, que permite o estudo intensivo de um caso ou situação (3,6).

Vários autores concordam que um estudo de caso deve basear-se numa unidade de observação complexa, contemporânea, analisada no seu contexto e recorrendo a vários métodos de observação e análise (175,3,6).

Esta metodologia de investigação apresenta como vantagens o facto de a informação ser analisada e interpretada no contexto em que ocorre, permitir em simultâneo uma análise quantitativa e qualitativa dos dados e analisar e compreender fenómenos e situações complexas (6). Todavia, são identificadas como desvantagens a possível falta de rigor, a dificuldade em generalizar os resultados devido à pequena dimensão da amostra estudada, o facto de serem análises longas e difíceis de coordenar e que resulta muitas vezes em demasiado conteúdo, difícil de gerir, organizar e sistematizar (6,3).

Atendendo aos autores acima, a opção pelo estudo de caso do tipo descritivo, permite estudar em profundidade a USFAN, partindo da teoria de que a mesma desempenha um papel fundamental no acompanhamento e monitorização da reforma dos cuidados de saúde primários, através das funções que adquiriu. Para limitar as possíveis desvantagens, foi tida em conta a necessidade de combinar diferentes métodos (triangulação), para a garantia da validade da investigação (6).

O primeiro passo para a realização de um estudo de caso é determinar o que se pretende estudar. Selecionou-se a USFAN enquanto organização não governamental, mas igualmente como determinante externo ao SNS, no desenvolvimento da reforma dos CSP pelo impacto das USF, ator da saúde identificado como tendo assumido papel de acompanhamento e monitorização da reforma dos cuidados de saúde primários. Aplicar um estudo de caso, significou analisar a USFAN no seu contexto de aparecimento e desenvolvimento.

Apesar das dificuldades de generalizar os resultados, o objetivo do estudo é o de compreender um fenómeno em particular, o que é defendido na literatura (6,175).

A garantia de rigor fundamentou-se, além da combinação de métodos, na definição de um número reduzido de objetivos, na seleção das componentes a analisar (componente descritiva e componente analítica) e no período temporal (anteriores à criação da USFAN à atualidade), como formas de delimitar a análise (6, 175, 3).

O material e métodos utilizados consubstanciaram-se na realização de:

- Revisão de literatura para contextualizar o aparecimento da USFAN;
- Pesquisa e análise documental aos documentos da associação presentes na página oficial (<https://www.usf-an.pt/>) - estatutos, relatórios de atividades e contas, planos de atividades, comunicados, pareceres emitidos, publicações e outros relevantes para a análise efetuada;
- Análise de conteúdo aos discursos do presidente da USFAN (escritos e/ou em vídeo) relativos aos 9 encontros nacionais realizados, para se compreender a evolução dos temas em discussão;
- Entrevista exploratória aos dois presidentes da USFAN: 2009-2015 e 2015-...;
- Análise de conteúdo ao resultado da transcrição das entrevistas;
- Análise de dados relativos aos estudos aplicados pela USFAN (Estudo Momento Atual);

- Análise aos instrumentos criados ou desenvolvidos pela associação, como o BIUSF/BICSP e o IDG, fundamentais no apoio à decisão (política e de gestão);
- Análise de *inputs*, *outputs* e *outcomes*, para compreender o processo evolutivo da USFAN e as funções que desempenha;
- Análise de dados de fontes oficiais (ACSS) acerca da evolução dos cuidados primários, que permitissem compreender esta evolução a par com o desenvolvimento da USFAN.

## Resultados

Reconhecida a importância das lideranças informais e dos atores da saúde, começou-se por se tentar comprovar o papel dos stakeholders na descentralização organizacional e gestonária, durante a reforma dos CSP.

*“(...) direct support for the health system depends on the actions and attitudes of local stakeholders” (176).*

Para La Found (176) um *stakeholder* é qualquer indivíduo que tenha algum interesse ou relação com o sistema de saúde, desde os utentes aos prestadores, agentes públicos e privados. São todos os indivíduos ou grupos com algum interesse comum numa ação ou nas suas consequências, sendo influenciados ou podendo influenciar os resultados dessa ação (177,178). No caso da saúde, podem ser associações de doentes, profissionais de saúde, utentes, partidos políticos, parceiros institucionais ou outros, sindicatos e ordens ou associações profissionais. Todos estes indivíduos ou grupos têm algum interesse nas decisões que são tomadas na agenda da saúde. Todos eles são *stakeholders* potenciais. Todavia, o envolvimento ativo destes agentes no planeamento organizacional e no processo de tomada de decisão, contribui para o sucesso das ações empreendidas (177).

A descentralização é um processo que deve promover o envolvimento dos *stakeholders* (especialmente no sistema de saúde). De acordo com La Found (176), o seu grau de influência depende da capacidade económica de que dispõem, das estruturas que os suportam e da sua relação com o sistema de saúde. Em geral, agentes que têm o controle sobre os recursos (poder de alocar) têm mais poder que os agentes que apenas desempenham um papel na gestão desses mesmos recursos (176).

Qualquer reforma no setor da saúde deve passar por quatro fases distintas: i) identificação do problema; ii) formulação de políticas de resposta ao problema; iii)

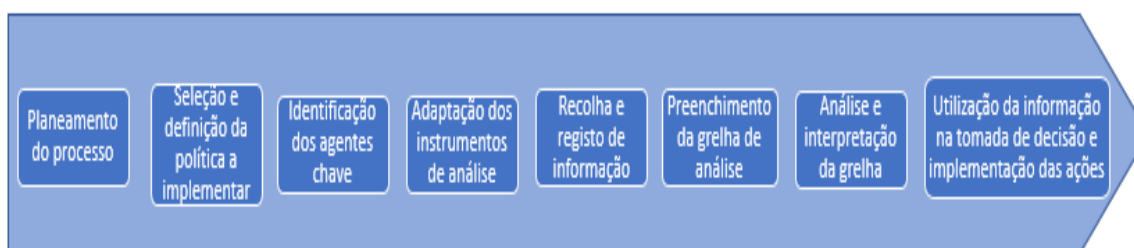
implementação e iv) avaliação. O papel dos *stakeholders* é o de apoiar ou fazer oposição às ações integradas em cada uma destas fases (178).

A análise de contextos políticos, que inclui análise de *stakeholders*, é um pré requisito importante para o sucesso das reformas da saúde e da descentralização. No setor das políticas públicas, o conceito de *stakeholder* tem vindo a ganhar popularidade desde finais da década de 90, passando a sua análise a representar um passo necessário para compreender os papéis, relações e interesses dos agentes e organização e de que forma influenciam a tomada de decisão (180,181).

A análise de *stakeholders* é uma metodologia utilizada para facilitar os processos de reforma, que permite ter em conta e integrar nesses processos as necessidades e interesses dos vários agentes envolvidos. É um processo através do qual se analisa informação qualitativa, com o objetivo de determinar que interesses devem ser tidos em conta no desenvolvimento e implementação de uma política ou programa. Permite uma interação mais efetiva entre os decisores e os agentes, promovendo o aumento do apoio às medidas a implementar (182). Obtendo o máximo possível de informação sobre quem são os agentes, quais são os seus interesses e as possibilidades de se oporem às reformas, é possível integrá-los e assegurar a implementação de políticas sustentáveis (180).

Uma análise deste tipo deve ser iniciada antes da implementação de qualquer medida, evitando potenciais obstáculos ao seu desenvolvimento. A recolha da informação necessária pode ser realizada por revisão de literatura, estudos de caso, entrevistas aplicadas diretamente aos agentes, entrevistas a peritos no terreno e indivíduos ligados à decisão política (180). De acordo com Schmeer (182), este tipo de análise deve respeitar oito passos distintos (figura 52), desde o planeamento do processo à utilização da informação para a decisão.

**Figura 52. Fases de uma análise de *stakeholders***



**Fonte: Adaptado de (182)**

Os *stakeholders* representam, muitas vezes, um papel de liderança informal.

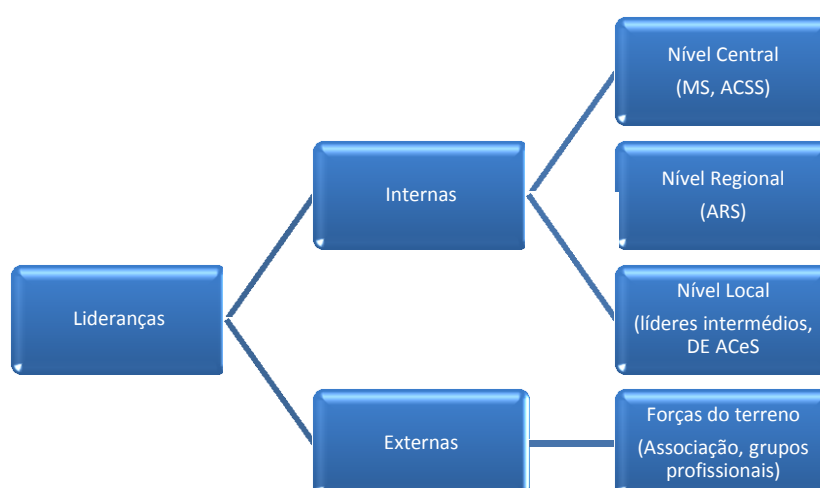


Por liderança entende-se o processo de influenciar os outros a cooperar de forma espontânea (148,183). As lideranças são um fator de capacitação de pessoas e organizações, preparando-as para enfrentar desafios adaptativos. Liderança não é uma atividade individual, mas coletiva, que tem limitações sobre o que cada indivíduo pode alcançar. Um líder próximo, é dinâmico, ativo e sociável, aberto, atencioso e inteligente, original e inovador. Pelo contrário, um líder distante tem competências retóricas e orientação ideológica, sendo persistente e consistente no seguimento da sua visão (183,184). Numa boa liderança é fundamental a existência de uma visão comum e de capacidade efetiva de liderar, tendo em conta os aspetos geográficos e a distinção entre os benefícios individuais e organizacionais (184).

Há que distinguir entre os líderes internos (formais) e externos (informais) ao sistema de saúde e em particular, ao serviço nacional de saúde. Reportando aos cuidados de saúde primários, nas lideranças internas encontram-se os líderes centrais: aqueles que representam o Ministério da Saúde, e a Administração Central do Sistema de Saúde, por exemplo. A nível regional, a liderança está a cargo dos conselhos diretivos das administrações regionais de saúde e existem, ainda, os líderes intermédios, neste caso em concreto, os diretores executivos dos ACeS, os presidentes dos conselhos clínicos e de saúde e os coordenadores das unidades funcionais. Trata-se de uma liderança essencial ao funcionamento das organizações.

Contudo, a existência de lideranças externas (informais) não é menos importante. Representam as “forças do terreno”, profissionais reconhecidos pelos pares e líderes de opinião, que podem não ser essenciais ao funcionamento das organizações, propriamente dito, mas exercem pressão sobretudo quando tem participação direta e influência na decisão.

**Figura 53. Lideranças nos cuidados de saúde primários**



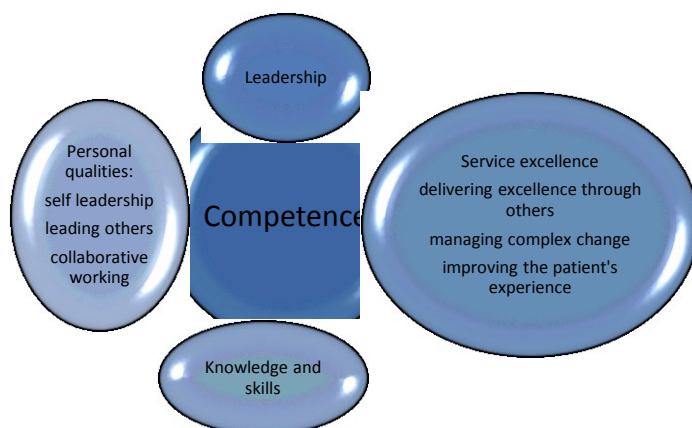
**Fonte: Elaboração própria**

Quer para o funcionamento das organizações, quer para a decisão política, as competências de liderança são fundamentais, pois são determinantes da responsabilização e da prestação de contas. São necessários, por isso, líderes fortes e competentes, sobretudo em sistemas tão complexos como o da saúde.

Por se reconhecer que as lideranças são assumidas como fundamentais para um modelo descentralização de gestão em saúde, foi publicado em agosto de 2008 pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (alguns meses após a publicação do diploma que regulamenta os ACeS), um documento de trabalho sobre o plano de desenvolvimento de competências em gestão e liderança, para os diretores executivos. O PACES, Programa de Formação em Gestão e Liderança para Gestores de Cuidados de Saúde Primários em Portugal, decorreu entre 2008 e 2010. Isso significa que apenas abrangeu o primeiro grupo de diretores executivos a exercer funções. Todos os que se seguiram, não receberam qualquer tipo de formação específica nesta área.

Este aspeto assume maior importância quando se verifica na literatura internacional o relevo que é dado às lideranças. No serviço nacional de saúde (NHS) da Escócia foi implementado um programa de formação, com o objetivo de desenvolver competências de liderança, baseadas nas qualidades pessoais e na excelência dos serviços (184). O mesmo, teria sido fundamental para os ACeS, não se ficando apenas pela iniciativa conjunta INA/MS, para a primeira vaga de diretores executivos.

**Figura 54. Principais aspetos do programa de desenvolvimento de competências para líderes locais, promovido pelo serviço nacional de saúde (NHS) da Escócia**



**Fonte: Adaptado de (184)**

*“O que se passa na saúde em Portugal, é que, acima da vontade ou da delegação da competência de gestão, tem que estar o direito assumido de gerir, fruto do conjunto de competências e habilitações que permitam a legitimação da respetiva liderança” (148).*

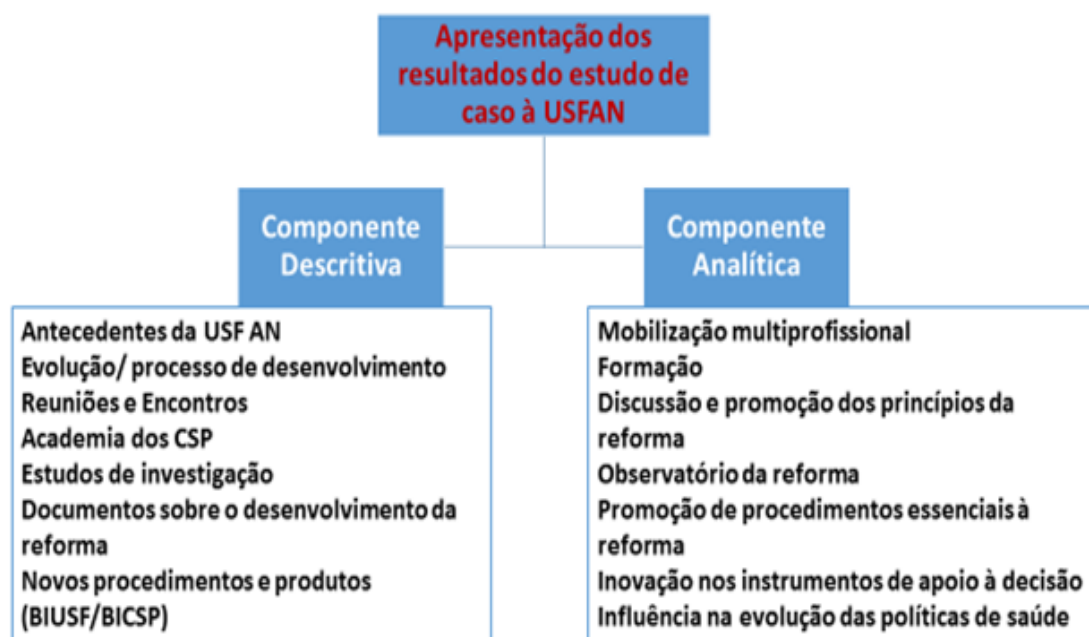
Para analisar em concreto o papel desempenhado por um *stakeholder* específico enquanto líder informal, desenvolveu-se o estudo de caso à USFAN.

Como referido na literatura (3,175) um estudo de caso pode resultar numa multiplicidade de informação e documentação, o que dificulta a organização e sistematização dos resultados. Assim, no sentido de facilitar a interpretação da análise efetuada, sistematizaram-se os resultados em duas componentes distintas, que a seguir se apresentam.

Por um lado, uma **componente descritiva**, onde são abordados os antecedentes da USFAN e o contexto do seu aparecimento, fundamentalmente naquilo que se refere ao papel das lideranças. Faz-se também uma descrição do seu processo evolutivo, desde a sua criação formal até ao momento presente (2017), assim como das suas principais atividades, sobretudo as reuniões científicas e de trabalho e os encontros nacionais anuais. Pareceu também importante descrever a Academia dos CSP e os estudos de investigação que a Associação promove ou em que está envolvida, os principais documentos que resultaram da sua atividade e os novos procedimentos e produtos a que deu origem, nomeadamente o novo modelo de contratualização e o BIUSF/BICSP.

Por outro lado, apresenta-se uma **componente analítica**, que permite observar e interpretar as funções assumidas pela USFAN ao longo destes 9 anos, onde é resumida a análise aos principais *outcomes* e a mobilização multiprofissional (principal aspeto inovador desta associação). É posteriormente referida a função que assume em termos de formação dos profissionais das USF/ cuidados de saúde primários e o seu contributo para a discussão e promoção dos princípios da reforma dos cuidados primários. Talvez o seu contributo mais importante para este estudo, seja a sua função de “observatório da reforma”, que se descreve e analisa resumidamente, não deixando de se demonstrar o seu contributo para o acompanhamento e monitorização das USF, dos ACeS e da reforma dos cuidados primários. Foi ainda analisado o seu papel na promoção de procedimentos essenciais para a reforma e na inovação em termos de instrumentos de apoio à decisão, terminando a análise com a sua influência na evolução das políticas de saúde.

**Figura 55. Apresentação dos resultados do estudo de caso à USFAN**



**Fonte:** *Elaboração própria*

## Componente descritiva

### Antecedentes da USFAN

*“Continuamos a não cuidar da qualidade das lideranças. Vem de há anos, de uma forma geral e com exceções importantes, mas não nomeamos as melhores pessoas para os melhores lugares” (145).*

A USFAN surgiu num momento de algum enfraquecimento das lideranças formais e informais da reforma. Por esse motivo, pareceu importante analisar os seus antecedentes naquilo que respeita o papel dos líderes na governação da saúde, em particular nos cuidados de saúde primários.

Os líderes formais têm à sua disposição instrumentos como a legislação, o financiamento, o planeamento e as regras e normas da administração pública, assim como os os sistemas de informação, a contratualização e os contratos-programa, como apresentado no estudo II. Todos estes instrumentos contribuem para o funcionamento do sistema de saúde, mas não são suficientes para implementar, garantir ou dar continuidade a qualquer reforma.

São, para isso, necessárias lideranças externas, informais, que suportem a introdução do conceito de governança na governação da saúde. Significa que passa a haver uma coresponsabilização entre o Estado e a sociedade civil, através dos atores da saúde. Há um interesse comum e os líderes formais e informais cooperam para atingir esse objetivo.

Os líderes informais têm tanto mais importância quanto maior for a necessidade de influenciar o curso das políticas de saúde. Isso aconteceu em várias fases da história dos cuidados de saúde primários, em momentos específicos onde, quer por mudanças políticas, quer por aspetos relacionados com a crise económica, a governação e os instrumentos à sua disposição não foram capazes de garantir o cumprimento dos objetivos e as mudanças a introduzir neste nível de cuidados.

Em meados dos anos 90, num contexto em que se discutia a nível internacional a introdução dos aspetos da nova gestão pública na saúde, os líderes centrais do Ministério da Saúde (Maria de Belém Roseira) decidiram trazer para cargos estratégicos, regionais e intermédios, do setor da saúde e cargos de topo (ARS, sub-regiões de saúde, DGS, IQS), um conjunto de líderes para promover a mudança que se vinha tentando implementar desde os finais dos anos 70. Foram eles os principais responsáveis pelas experiências RRE, que deram origem às USF.

Tal ambiente permitiu o desenvolvimento de experiências piloto, na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, de pequenas equipas organizadas com autonomia, já descritas anteriormente – os Projetos Alfa. Foi a partir destas experiências que se avançou com a necessidade de contratualizar, tendo sido criada a agência de contratualização. Consequentemente, surgem os primeiros grupos de regime remuneratório experimental, que deram mais tarde origem às primeiras unidades de saúde familiar.

Estas experiências tiveram êxito porque, aliados aos líderes formais que tiveram a visão de avançar com esta estratégia de proximidade, de baixo para cima, estava um conjunto de profissionais, constituído essencialmente por médicos dos cuidados primários, líderes informais, *opinion makers* entre os seus pares.

Foi assim que as lideranças informais ganharam relevância. Ajudaram a implementar a mudança que estava planeada quase desde o aparecimento dos centros de saúde em Portugal. O seu voluntarismo, entusiasmo, motivação, visão, experiência e capacidade de trabalho foram aspetos determinantes para alavancar as alterações necessárias.

Quando os líderes formais, regionais e intermédios deixaram de exercer funções, os líderes locais mantiveram-se ativos e deram continuidade a alguns dos grupos RRE que entretanto se haviam organizado.

Perante as tentativas, de um novo ciclo político, de reorganizar os cuidados de saúde primários, prevendo mesmo a introdução da sua gestão privada, essa continuidade foi preponderante, não permitindo uma rutura total com as políticas do anterior governo. O decreto-lei nº 60/2003 não foi implementado devido à contestação destes (e doutros) profissionais, tendo sido exigida a criação de uma Entidade Reguladora da Saúde (o que de facto aconteceu).

No período eleitoral seguinte (2005), alguns líderes informais (profissionais dos cuidados primários, nomeadamente médicos de família do SNS, voltam a destacar-se quando foram chamados a participar na elaboração do programa do partido de ganhou as eleições (PS). Nesse documento, inscreveram a promessa de uma maior aposta nos cuidados de saúde primários, implementado as medidas que haviam ficado por fazer nos anos anteriores em relação à reorganização da prestação de cuidados nos centros de saúde, baseada em pequenas equipas multiprofissionais de saúde da família (USF) e acrescentando a reorganização dos centros de saúde em ACeS, descentralizados e com gestão autónoma.

Para delinear a implementação das medidas prometidas do Programa Eleitoral, convertido depois em Programa do Governo, que perspectivavam o movimento da reforma, foi criado um Grupo Técnico, diretamente dependente do Ministro da Saúde, com a finalidade de estabelecer um plano, metas operacionais e sua calendarização. Visava: i) desenvolver a metodologia para a criação das USF; ii) elaborar uma proposta para a reconfiguração dos centros de saúde, dotando-os com progressiva autonomia; iii) elaborar propostas de instrumentos legislativos e iv) identificar experiências inovadoras e boas práticas de organização e gestão dos cuidados de saúde primários.

Desse grupo técnico faziam parte os profissionais e líderes informais, que assinalaram a necessidade de se criar uma estrutura com poder executivo, dependente do Ministro da Saúde e sem dependência hierárquica das administrações regionais, para garantir a implementação da reforma, que viria a ser a Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários nasceu assim de uma proposta do Grupo Técnico, constituída formalmente pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005. Foi nomeado como seu coordenador Luis Pisco, que em articulação com as ARS propôs para a sua constituição uma equipa de dez elementos, em grande parte profissionais que haviam já estado nas experiências anteriores. As lideranças informais assumiram assim um papel formal, em articulação direta com os elementos das equipas de apoio regional (a funcionar ao nível das ARS), uma vez que a criação desta unidade de missão representou uma solução mais robusta que a colocação de líderes em cargos estratégicos, uma vez que se expandiu e constituiu uma entidade com autoridade e objetivos próprios.

Na dependência direta do Ministro da Saúde a MCSP, organizada numa lógica quase matricial e interagindo com o poder central, regional e local, tinha por missão acompanhar, monitorizar e impulsionar a mudança. Isso seria realizado através: i) do apoio à reconfiguração dos centros de saúde em USF, desempenhando o papel de provedora das iniciativas dos profissionais; ii) coordenando tecnicamente o processo de implementação das USF e iii) avaliando e regulando as atividades e apoio às candidaturas. Tinha ainda a seu cargo a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos e incentivos e a elaboração dos termos de referência da contratualização.

Com a perspectiva inicial de um mandato de dois anos, o trabalho da MCSP foi crucial para a implementação e desenvolvimento da reforma, essencialmente no que respeita às USF, não só pelo apoio às candidaturas e às primeiras experiências, como pelo trabalho de acompanhamento, de divulgação e discussão sobre os objetivos do processo de mudança. Talvez por isso, o seu mandato tenha sido prorrogado duas vezes. Uma primeira por mais dois anos, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007, com prolongamento adicional por mais um ano.

Nesse segundo mandato, os eixos estratégicos voltaram-se para a qualidade e mudança organizacional, com foco na liderança (intermédia) e na autonomia de gestão (entre outros), apresentando a proposta para a reconfiguração dos centros de saúde, pela criação dos agrupamentos de centros de saúde, cujo anteprojeto foi discutido pelos parceiros sociais.

O abrandamento do ritmo da reforma vinha-se sentindo após a fragmentação na equipa inicial da MCSP, a que seguiu a entrada de novos membros para a sua recomposição.

Esta rutura no seio da MCSP parece ter sido originada, pelas dificuldades em lidar com as resistências e obstáculos colocados pelas próprias ARS à reorganização dos centros de saúde em agrupamentos (ACeS), com suficiente autonomia, nomeadamente em relação à legislação necessária, mas também devido à ausência de alguns documentos de trabalho fundamentais, como a definição da carta de missão dos diretores executivos, a definição dos critérios de nomeação e do quadro de referência para o seu acompanhamento e a ausência de publicação do despacho que defina os termos de referência do contrato-programa. Na prática, estava em causa a descentralização da organização e da gestão dos CSP.

Durante a segunda fase da MCSP foi criado pelo Ministério da Saúde um Grupo Consultivo com o objetivo de consultoria aos decisores sobre as medidas a implementar para a continuidade da reforma dos cuidados de saúde primários, dado o clima instável na equipa de missão. Este grupo teve a participação de alguns dos elementos da primeira equipa da MCSP e procurou contribuir para a continuidade do entusiasmo e da motivação dos profissionais dos cuidados primários, fazendo-os manter a esperança de que a reforma iria continuar. Cronologicamente, esta fase coincidiu com uma tentativa de promover as unidades funcionais, através da fixação de uma solução local – a organização dos ACeS.



Este Grupo Consultivo, coordenado por Constantino Sakellarides, pretendia contribuir para garantir as condições necessárias à interiorização da missão e funções da MCSP na administração central, impedindo a perda da sua visão estratégica. Produziu dois relatórios: “Acontecimento Extraordinário” (75), que classificava a reforma dos CSP como um acontecimento nunca antes visto no contexto da administração pública portuguesa, pela iniciativa de descongelamento da periferia; e “Tempos Decisivos” (146), onde se identificavam ameaças à reforma e algumas linhas orientadoras que permitiriam a sua continuidade e sucesso e onde se sublinhou a necessidade de uma estrutura de acompanhamento da reforma.

Após a mudança da equipa do Ministério da Saúde, e apesar da garantia de continuidade de apoio político para a reforma, mantinha-se o seu abrandamento.

Terminado o mandato da MCSP e das suas prorrogações, foi criado um dispositivo para coordenar a continuidade da reforma dos CSP. Este dispositivo era constituído por dois órgãos distintos: uma Coordenação Nacional, sob orientação do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de carácter central, e uma Coordenação Estratégica, constituída por profissionais de saúde, contando ainda com o já existente Conselho Consultivo, constituído por representantes de diversas organizações e por cidadãos com reconhecida idoneidade, reportando diretamente ao Ministro da Saúde.

Após nova mudança de ciclo político foi constituído um Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, com um mandato de 12 meses (outubro de 2011 a outubro de 2012). Do trabalho deste Grupo ficaram 30 documentos de orientação estratégica e técnica, na sua maioria sem consequências em termos de políticas de saúde, embora com recomendações concretas para o futuro dos cuidados de saúde primários, onde a descentralização e consequente autonomia de gestão foi uma das prioridades identificadas.

Com o fim da MCSP, e apesar da criação dos grupos que lhe sucederam, nomeadamente da Coordenação Estratégica (2010-2011) e do Grupo Técnico (2011-2012), e mesmo com a existência do Grupo Consultivo, deixou de haver uma estrutura formal de impulso e acompanhamento da reforma. Isso terá contribuído para o seu abrandamento o que se pode verificar, por exemplo com a redução do número de novas candidaturas a USF – 131 em 2006, 125 em 2009, 59 em 2010, 51 em 2011 e 49 em 2012. Porém, esta redução pode ter-se devido ao facto de a

subpopulação dos inovadores ser naturalmente limitada, com diminuição do número de voluntários a apresentar candidaturas a USF.

De facto, os profissionais mais interessados e ativos já tinham organizado as suas e os demais, mais conservadores, aguardavam a evolução para decidir o que fazer, tendo demorado vários anos a aderir. Também é provável que o abrandamento da reforma tenha sido co-determinado pela falta de desenvolvimento na reconfiguração dos centros de saúde através da criação dos ACeS e extinção das sub-regiões de saúde, cujas competências deviam ter passado para aqueles, mas onde pouco ou nada aconteceu, de acordo com a opinião dos entrevistados para este trabalho e como se comprova na legislação.

A ausência de uma estrutura formal, mas com articulação direta com o Ministro da Saúde e com capacidade para mobilizar a execução das medidas definidas, sem depender de estruturas regionais, abriu espaço para que essas estruturas e as suas chefias intermédias, que, na opinião dos entrevistados, dificultaram ou obstruíram a reforma, voltassem a ganhar terreno. Isso não significa que estivessem contra a reforma ou que tivessem, de modo premeditado e consciente, atuado contra, mas simplesmente que a lógica da arquitetura organizacional em que estão inseridos é, de certo modo, incompatível com a lógica descentralizadora da reforma. Importa também referir que foram as ARS que mobilizaram os seus escassos recursos para constituir as Equipas Regionais de Apoio à reforma (ERA), para estimular e apoiar a aprovação de candidaturas, a execução de obras e equipar os espaços para que as USF pudessem abrir no maior número possível e no mais curto período de tempo.

Este processo e os testemunhos recolhidos ilustram, de modo quase unânime, que o modelo vigente da organização e funcionamento do Estado e o centralismo e rigidez da administração pública e suas regras, não se coadunam com iniciativas inovadoras, descentralizadas, locais e voluntárias, como tem sido o caso da constituição de USF. Têm também impedido que os ACeS adquiram suficiente autonomia, competências e capacidades de decisão para otimizar e maximizar a qualidade e resultados dos cuidados de saúde prestados à população na linha da frente do sistema de saúde e do SNS.

Por outro lado, foi crescendo um sentimento de injustiça, sentido e verbalizado pelos profissionais das outras unidades funcionais dos ACeS, que se sentiam subalternizados, bem como as suas funções face às das USF, dado que nunca sentiram tanto apoio e investimento por parte da MCSP como desta para com as USF,

que passaram a usufruir de: melhores condições de trabalho e de equipamentos, de mais autonomia e visibilidade pública, para além dos incentivos financeiros propiciados pelos diversos suplementos criados para as USF, que, até hoje, não foram alargados aos restantes profissionais das outras unidades funcionais.

As lideranças da medicina geral e familiar lideraram o processo no que dizia respeito às USF, mas entre os demais profissionais dos cuidados de saúde primários não surgiu idêntica capacidade de liderança e de mobilização para a reforma do exercício das suas funções, nem para a obtenção de condições para desenvolverem e premiarem o seu desempenho. Entretanto, surgiu uma crise financeira internacional que veio travar o ímpeto reformista dos cuidados de saúde primários e dos novos ACeS e suas restantes unidades funcionais. Assim, o impacto inicial das USF, a falta de verbas, a oscilação no empenho da tutela nos cuidados de saúde primários e estes ritmos diferentes de organização das outras unidades funcionais começaram a gerar reações, críticas e bloqueios à reforma, que hoje ainda está longe de estar concluída e que alimentam ruído e conclusões infundadas que repetidamente levam a que se questione a reforma.

Como se verificou nos pontos anteriores, e de acordo com as entrevistas realizadas, a criação da USFAN surge, em parte, para colmatar a ausência de uma estrutura formal, interna ao sistema de saúde, de apoio à reforma, cuja necessidade já havia sido referida no relatório do Grupo Consultivo. Trata-se de um aspeto particularmente importante, pela necessidade de dar continuidade ao processo de mudança que, com a reorganização dos ACeS se encontrava numa fase crucial.

Desde logo importa dar relevância ao aparecimento da USFAN enquanto aspeto inovador e não previsto que reforça a abordagem *bottom-up*, fundamental numa fase em que as lideranças da reforma começavam a enfraquecer e onde se percebeu a importância de assegurar o nível de negociação necessário à continuidade das medidas implementadas, a influência na decisão relativa às políticas de saúde e a manutenção da motivação e iniciativa dos profissionais.

### **Evolução e processo de desenvolvimento**

A ideia de criar a USFAN surgiu em 2008, constituindo-se como uma associação multiprofissional sem fins lucrativos, englobando médicos, enfermeiros e secretários clínicos das USF. O facto de ser constituída pelas três profissões que fazem parte das

USF, é, desde logo, uma das suas principais características. Não é conhecida em Portugal nenhuma outra associação profissional que represente em simultâneo mais que uma profissão. As que existem, constituídas por mais que um grupo profissional, representam instituições de saúde e não as profissões dos sócios, como é o caso da APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar: apesar de ter sócios institucionais e individuais (podendo por esse fator ter várias profissões associadas, o foco desta associação são os hospitais. Já o foco da USFAN, são as USF e as suas três profissões: médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros e secretários clínicos.

A sua missão passa pela representação das USF, por fomentar a partilha de conhecimento e pelo desenvolvimento de equipas autónomas e responsáveis para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de qualidade ([www.usf-an.pt](http://www.usf-an.pt)).

A USFAN foi oficialmente constituída em 27 de fevereiro de 2009, tendo como membros da Comissão Instaladora Ana Dias Costa, Paulo César Carvalho e Bernardo Vilas Boas. Este último desde o primeiro dia e até perto do fim de 2015, manteve-se como presidente da Direção, cargo atualmente ocupado por João Rodrigues. Uma das suas principais marcas são os Encontros Anuais, tendo o 1º Encontro tido lugar nesse ano em Aveiro, com 900 inscritos.

Apesar de ter surgido ainda durante o mandato da MCSP, o não cumprimento, por parte desta, das tarefas relacionadas com a descentralização e a autonomia dos ACeS, faz coincidir o seu aparecimento com uma fase em que o ritmo da reforma tinha abrandado, sobretudo num dos aspetos mais essenciais: a gestão (com a implementação dos ACeS). Este abrandamento veio contribuir para um maior enfoque nas políticas de comando-e-controlo.

A reforma havia atingido uma fase em que o “voluntarismo” para a constituição de USF e para a solução dos problemas que iam surgindo, não se mostrou suficiente. Era necessário aumentar a capacidade de negociar com a tutela os critérios e as formas de dar continuidade aos princípios da reforma, sobretudo aqueles relacionados com a autonomia, considerada fundamental para o sucesso da mesma. A USFAN adquiriu relevo e obteve o reconhecimento dos profissionais e dos *stakeholders* da saúde, passando a participar nas negociações, sendo ouvida pelos líderes políticos ao nível dos cuidados primários, o que teve impacto na satisfação e na motivação quer dos profissionais, quer dos percursos da reforma.

A sua importância é visível quer através dos seus Encontros anuais, onde a tutela é sempre representada, quer na sua participação na discussão de propostas relativas a decisões para os cuidados primários, como a metodologia de contratualização ou a publicação de legislação.

Pode entender-se como um dos fatores facilitadores da reforma e em particular, da implementação de um processo descentralizador e de aumento da autonomia em cuidados de saúde primários. Foi também um fator de alavancagem da reforma, num momento em que a sua evolução não era a esperada.

A Associação começou desde logo a estabelecer parcerias com várias entidades e a realizar um conjunto de atividades. Destacam-se os encontros nacionais anuais e as reuniões científicas e de trabalho; a formação, os estudos desenvolvidos, os documentos produzidos e os novos procedimentos e produtos, sublinhando-se aqui os que decorreram no primeiro triénio da sua existência.

As atividades da USFAN, logo no primeiro trimestre de 2010 começaram com uma reunião com a então Ministra da Saúde, Ana Jorge. No mesmo ano, a USFAN foi reconhecida pelo Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde (coordenado por Victor Ramos), como um parceiro estratégico e ativo na reforma em curso (USFAN, Cronologia).

Em 2011 foram criadas as Delegações Regionais (Norte, Centro e Sul), com o objetivo de implementar no terreno uma rede de partilha nacional (USFAN, Cronologia). Em 2012, destaca-se ainda o apoio à greve dos médicos, as Oficinas de Ideias, o apoio na Assembleia da República à Petição pela Manutenção das Equipas e o fim dos contratos precários nas USF, a publicação de parecer jurídico sobre os descontos para a CGA e o parecer sobre as USF Modelo C (USFAN, Relatório de Atividades e Contas 2012).

A USFAN veio contribuir em larga medida para o apoio dos profissionais das USF, disponibilizando informação, formação e conhecimento, assim como a partilha de boas práticas que permitiram às equipas desenvolver as suas competências e tornarem-se mais autónomas e responsáveis. Com as suas atividades, fomentaram a qualidade dos cuidados prestados, a governação clínica e de saúde e a investigação, fundamentais para a evolução dos cuidados de saúde primários, contribuindo igualmente para a sustentabilidade e otimização do SNS (USFAN, Estatutos).

Pode, assim, ser vista como um instrumento, uma ferramenta de facilitação à descentralização e à decisão no nível local, nas equipas que estão no terreno, mais próximas das populações que servem e mais conhecedoras e sensíveis aos seus problemas e necessidades em saúde.

Para além disso, os debates e encontros periódicos realizados, assim como a produção de documentos de trabalho abertos a discussão sobre temas importantes para os cuidados de saúde primários e a exigência de respostas da tutela, contribui para o empoderamento dos profissionais e para a promoção da autonomia necessária.

## **Reuniões e encontros**

### **Reuniões**

Quer através da organização e promoção de reuniões científicas, quer pela participação em reuniões de trabalho para qual é convocada, a USFAN tem tido uma posição constante no debate das principais temáticas dos cuidados de saúde primários. Destacaram-se, das suas atividades iniciais, reuniões com o Conselho Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (coordenado por Constantino Sakellarides), com a finalidade de definir os objetivos para 2011; com os partidos políticos com assento parlamentar para discutir o futuro da reforma dos cuidados primários e com o então novo Ministro da Saúde, Paulo Macedo (USFAN, Cronologia).

Ainda em 2011, destaca-se a realização das Oficinas de Ideias, onde se discutiu a situação das USF e se debateram soluções para as perspetivas futuras e ainda uma reunião promovida pela Delegação Regional do Norte, com mais de 200 profissionais para debater o presente e o futuro das USF. O ano de 2011 terminou com a entrega, na Assembleia da República, da Petição a Favor da Manutenção das Equipas USF, com mais de 10.600 assinaturas. Também reuniu com o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, onde foi estabelecido o compromisso de não haver alterações ao decreto-lei nº 298/2007 e à portaria das USF sem uma prévia negociação e consensualização (USFAN, Cronologia).

Da atividade de 2012 sublinham-se as oficinas de líderes dos cuidados de saúde primários para a discussão do conceito USF Modelo Positivo para o Futuro e a reunião com a ACSS sobre os novos indicadores de contratualização.

A análise dos *outputs* da USFAN relativos a 2012, 2014 e 2016 (segundo os relatórios de atividades dos respetivos anos), identifica o aumento da participação em reuniões de trabalho, eventos científicos e iniciativas de representação.

### **Encontro Nacional**

Foi no 1º Encontro Nacional, em 2009, com 900 inscritos que a USFAN se apresentou pela primeira vez publicamente. No *site* também ele apresentado nesse momento, foi disponibilizada informação sobre a USFAN para todos os profissionais e cidadãos. Neste Encontro foi ainda debatido o ponto de situação das USF e o momento que a reforma atravessava e aquilo que dizia respeito ao caminho entre a avaliação e os critérios a cumprir para a acreditação. A contratualização, os incentivos e os sistemas de informação foram outros dos temas em discussão.

No 2º Encontro, com mais de 1000 inscritos, o lema foi “Por uma saúde de qualidade. Partilhar. Aprender. Melhorar”, tendo tido como objetivos fomentar o espírito de equipa, facilitar a partilha de experiências entre as USF e a promoção do desenvolvimento de uma rede nacional de reflexão, aprendizagem e melhoria contínua. Para esta discussão, estavam em cima da mesa os cinco temas mais relevantes: sistemas de informação, reforma, contratualização, boas práticas, implementação dos ACeS e a capacitação dos profissionais e utentes.

De referir que sobre os dois primeiros encontros, pelo cariz recente da USFAN, encontra-se disponível informação escassa sobre os conteúdos dos mesmos, o que tem vindo a melhorar substancialmente com a evolução e aprendizagem da Associação.

Em 2011, o 3º Encontro com o lema “Motivar, Inovar, Projetar”, com 1200 inscritos, teve como finalidade, mais uma vez, partilhar experiências, saberes e inovação e confrontar opiniões para encontrar soluções. Neste Encontro, procurou saber-se onde se estava, o que estava por fazer e em que áreas seria necessário investir (ao nível das USF). Estas unidades foram apresentadas como organizações eficientes, como aquelas que desenvolvem melhores práticas aos menores custos, promotoras da qualidade do trabalho, da satisfação dos utentes e dos profissionais e do compromisso de serviço público do SNS. Foi ainda discutida a situação da reforma, tendo sido apontado como o que faltava fazer, a questão da sua governação, o desenvolvimento dos sistemas de informação, a evolução da contratualização, o papel das ULS na reforma e a ligação entre as ARS e os ACeS e entre estes e as USF. Como aquilo que havia a fazer no imediato, foi salientada a necessidade de aliar a capacidade

estratégica à capacidade executiva, o desenvolvimento dos sistemas de informação e uma contratualização verdadeiramente negociada, auditorias externas, descentralização efetiva dos ACeS e desenvolver os recursos humanos em termos de mobilidade e incentivos.

Como se pode verificar, este Encontro parece ter representado um marco no papel da USFAN, naquilo que respeita a identificação do que estava feito, do que era necessário fazer e como. Para tal, além dos Encontros, houve um trabalho de investigação e desenvolvimento, assim como de formação.

No 4º Encontro (2012) começaram a ser apresentadas, na sessão de encerramento, as conclusões dos dias de trabalho, servindo as mesmas como mote para o trabalho futuro. Estas conclusões definiram as USF como um modelo organizativo em equipa multiprofissional e como um bom exemplo para a melhoria de outros setores, promovendo a autonomia com responsabilização. Foi também nesse ano apontada a melhoria do desempenho e qualidade dos cuidados e do acesso com resultados visíveis na saúde dos utentes, aumentando ainda a satisfação destes e dos profissionais, com custos mais baixos que outras unidades. Para justificar a diminuição dos custos, foram referidos os resultados de estudos da ACSS e da ARS Norte e ainda o memorando da *troika* que recomendava a abertura de mais USF.

Foi igualmente apontada a necessidade de uma continuidade de liderança política forte da reforma, com práticas transparentes e comunicação efetiva. O BI das USF foi apresentado como um conjunto de princípios e características necessárias à evolução da qualidade, a partir do qual se propôs a revisão do decreto-lei nº 298 de 2007 das USF (que ocorreu em 2017) e da portaria dos incentivos. Os sistemas de informação voltaram a ser identificados como a maior fragilidade da reforma, exigindo-se uma resposta.

Em 2013, o 5º Encontro foi mais uma vez a plataforma para o ponto de situação da reforma e concretamente das USF, apresentando como lema “Saúde, Capital do Futuro”. Identificou-se o ano anterior como aquele em que houve menos investimento nas USF e maiores ameaças e obstáculos à reforma, embora seja público o consenso dos partidos políticos, sindicatos, ordens e associações profissionais na defesa do seu desenvolvimento. Distinguiram-se também as três grandes razões porque não se foi mais longe na reforma dos cuidados primários e, tal como nos anos anteriores, essas razões foram: os sistemas de informação, a contratualização e os recursos humanos. Assim, foi apresentada a linha estratégica para o triénio 2013-2016, tendo como



objetivos a qualidade, a promoção da excelência e a garantia da marca USF. Para isso, o BIUSF contribuiria, assim como a própria associação e o trabalho dos seus elementos, defendendo e propondo:

- Início de funções de USF com candidaturas aprovadas, assim como passagem ao modelo B às que cumprissem os critérios exigidos;
- Atualização das listas de utentes;
- Fim dos contratos precários;
- Desenvolvimento dos sistemas de informação;
- Aperfeiçoamento da contratualização;
- Acesso à acreditação;
- Revisão do diploma das USF e dos incentivos;
- Implementação da autonomia de gestão dos ACeS;
- Nomeação de diretores executivos com base em critérios de competência;
- Transparência na administração da saúde.

“Qualidade, ponte para a sustentabilidade do SNS” foi o lema do 6º Encontro em 2014. Contou com 1400 participantes, o que faz denotar uma evolução positiva comparativamente ao primeiro encontro, com 900 inscritos. Contou ainda com delegações do Brasil, Quebec, Espanha e França, que valorizaram a reforma portuguesa como um exemplo mundial. Neste Encontro, a saúde foi apresentada como um direito humano fundamental, com especial alerta para a sua importância na construção e garantia dos direitos humanos e da democracia. Foi debatido o desemprego e a pobreza como determinantes da saúde, dando-se particular destaque ao trabalho em equipa e à prevenção da exaustão dos profissionais que têm que responder a um número cada vez maior e mais vasto de necessidades dos utentes. Discutiu-se a integração de cuidados e a exigência de políticas e estratégias de prevenção, articulação e financiamento dos vários níveis de cuidados. Foi também abordada a questão da governação clínica e da acreditação.

Tal como no Encontro anterior, os aspetos identificados como geradores de maior insatisfação foram os sistemas de informação e a contratualização e ainda os incentivos institucionais. Foi sublinhada a necessidade de assegurar uma equipa de saúde para todos, com qualidade, propondo a USFAN:

- Investimento e apoio à abertura de novas USF e a passagem ao modelo B das que cumpram os critérios;

- Manutenção do sistema retributivo misto para os 3 tipos de profissionais das USF;
- Alocação dos incentivos institucionais em dívida;
- Nova arquitetura para os sistemas de informação;
- Dignificação da contratualização;
- Acesso ao processo de acreditação;
- Implementação da autonomia gestonária dos ACeS.

Como se constata, as medidas propostas em 2014 não são muito distintas das propostas no ano anterior, o que leva a crer que a evolução quanto a estes aspetos não foi a esperada.

O 7º Encontro teve uma importância maior, pelo fecho de um ciclo na Direção da Associação e pela discussão dos sete pilares e suas medidas a discutir no próximo ciclo de sete anos. Esta discussão resultou na “Declaração de Aveiro”, local deste Encontro, mas também e simbolicamente do 1º, com posterior votação por todos os sócios das sete medidas por pilar que dariam origem às linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados primários para os sete anos seguintes. Após a votação, as linhas e medidas resultariam na publicação “7x7”. Os pilares essenciais apresentados para o futuro dos CSP, como não poderia deixar de ser pela experiência dos anos anteriores, baseiam-se nos pontos fracos que a USFAN foi identificando ao longo destes anos de trabalho.

Em 2016, o 8º Encontro foi subordinado ao lema “Cuidados de saúde primários: a aposta de um novo ciclo político?”, tendo sido o ponto de partida para um novo ciclo da Direção da USFAN e para um esperado novo impulso dos cuidados primários, coincidente com um novo ciclo político, cujo programa de governo (PS) apostava neste nível de cuidados, avançando com o relançamento da reforma. O encontro foi organizado em volta de três temas essenciais: recursos humanos, governação clínica e de saúde e marca “USF Positiva”. Iniciou-se nesse momento a 1ª edição da Academia dos CSP, através de um protocolo com a Universidade de Aveiro, lecionando-se num modelo inovador, Cursos Avançados de Formação (CAF) com apoio *online* e com o objetivo de se desenvolver e aplicar projetos práticos nas USF. Esta parceria traduziu-se em dois dias de capacitação e formação contínua.

O 9º Encontro decorreu em 2017, em Aveiro, subordinado ao tema “Aposta nos CSP – está a acontecer?” Além da continuidade da Academia dos CSP, este evento focou-se na necessidade de averiguar a efetividade da aposta nos CSP do novo ciclo político.

Em 2018, o 10º Encontro, que teve lugar em Gondomar, foi já posterior à realização desta análise.

### **Academia dos CSP**

A Academia dos CSP, fruto de uma parceria com a Universidade de Aveiro, resultou da experiência de formação que vinha sendo desenvolvida pela USFAN, logo desde os seus primeiros anos de vida. Foi criada em 2016 para fomentar a aprendizagem colaborativa e tem contribuído para o amadurecimento e desenvolvimento dos profissionais e das equipas das USF/CSP, fundamentalmente através da partilha de conhecimento e de boas práticas nas unidades funcionais e com o recurso a uma ferramenta inovadora, o “Campus Virtual”.

Na primeira edição, em 2016, foram concluídos 31 trabalhos, resultado de 14 Cursos Avançados de Formação, dos quais 10 foram, após avaliação dos formadores/coordenadores dos CAF e do júri da Academia dos CSP, foram selecionados para apresentação pública:

- Melhoria na qualidade da comunicação na equipa multiprofissional – USF Rainha Santa Isabel;
- Capacitação de pessoas com diabetes tipo 2: um projeto de capacitação – USF Oceanos e USF do Mar;
- Detecção, seguimento e referenciação de doentes com problemas ligados ao álcool – USF Nuno Grande;
- Caracterização dos utentes com DPOC – USF Saúde no Futuro;
- Implementação do Plano de Ação Escrito (PAE) no tratamento do doente com asma – USF Serpa Pinto;
- Como gerir emergências médicas na USF – USF Santa Joana;
- Qualificação do atendimento em unidades funcionais do ACeS Dão Lafões – Conselho Clínico e de saúde do ACeS Dão Lafões;
- Literacia em saúde – educar e responsabilizar para melhor cuidar – USF Nuno Grande, UCC Vila Real 1 e USP Vila Real;
- Gestão do tempo e otimização em atendimento no secretariado clínico – USF Monte Pedral;
- Dinamização do debate clínico na USF Beira Ria – USF Beira Ria.

Na 2ª edição, em 2017, resultado de 15 CAF, foram atribuídos os seguintes prémios:

- Com.Redes – Comunicação em rede – USF Horizonte, USF Oceanos (ACeS Matosinhos);
- Desprescrição de benzodiazepinas na população idosa nos cuidados de saúde primários – USF Serpa Pinto;
- Desenvolvimento de mapa de processos e processo de gestão documental numa USF – USF Costa de Prata;
- Estigma na doença mental – USF Gualtar;
- Motivação – o caminho para ultrapassar obstáculos – USF Monte Pedral;
- Atividades sedentárias em crianças em idade escolar: conhecer para intervir – USF Manuel Rocha Peixoto;
- Sem tabaco – uns minutos de intervenção, por anos de vida sem tabaco – USF Santa Joana;
- Definição do perfil de competências (médicos, enfermeiros, secretários clínicos) e elaboração do plano de formação da USF – USF Terras de Santa Maria;
- Pé diabético: uma intervenção global – USF Gualtar;
- Emergência numa USF – USF Lethes.

O aspeto mais inovador desta Academia passa pela implementação no terreno, com acompanhamento por parte dos formadores, dos conhecimentos adquiridos durante o período de formação, seja em sessão presencial ou através da plataforma informática.

### **Estudos de investigação**

A USFAN tem sido promotora de investigação nos cuidados de saúde primários. Desde logo, o plano de ação para 2013 previa a realização de um estudo de avaliação às USF, a constituição da “USF Sentinela” (cuja origem teria por base as características da conhecida Rede Médicos Sentinela) e ainda um estudo sobre o *burnout* dos profissionais.

Em 2014, o relatório de atividades refere como projeto prioritária a USF Sentinela (com 18 USF aderentes e outras 18 com interesse em aderir), que à data acompanhava o estudo “PAC em adultos no ambulatório” e previa o acompanhamento do estudo “Estratificação do risco da úlcera do pé diabético”.

Os relatórios de atividades de 2015 e 2016 não fazem referência a estudos de investigação e o plano de atividades para 2017 também não identifica esta área como prioritária.

Todavia, e independentemente dos projetos e estudos de investigação que desenvolva ou apoie, o grande contributo da USFAN para a investigação nos cuidados de saúde primários tem-se revelado anualmente, com a aplicação do estudo “Momento Atual da Reforma”.

Este, concretiza-se na aplicação anual de um inquérito aos coordenadores das USF, sobre as suas perceções acerca da satisfação com os vários aspetos da reforma a cada ano, o que lhe permite ter um papel de “observatório das USF”, fundamental na monitorização da reforma, sobretudo quando não existe nenhuma outra entidade ou autoridade de saúde a fazê-lo de modo periódico e sistemático.

Trata-se de um estudo que permite observar os aspetos com os quais os coordenadores estão mais e menos satisfeitos, através do qual se podem inferir as áreas que, no ano a que os resultados dizem respeito, foram mais ou menos desenvolvidas nos cuidados de saúde primários e as áreas que precisam de investimento. Desde o seu início que a USFAN tem vindo a apoiar o desenvolvimento deste estudo, que em 2018 assinalou a sua 9ª edição.

É coordenado por André Biscaia e tem como objetivo caracterizar o estado da reforma dos cuidados primários, através de uma análise das perceções dos coordenadores das USF, para conhecer a satisfação associada à reforma e à atividade das várias entidades centrais, regionais e locais e ao desenvolvimento estrutural e organizacional das USF. É um estudo observacional, transversal seriado e descritivo, aplicado através de questionário próprio enviado via *web* na plataforma *LimeSurvey*. O facto da sua aplicação ser anual, permite comparações com os anos anteriores e não apenas caracterizar o ponto de situação quanto à satisfação com a reforma, mas também acompanhar a sua evolução.

### **Documentos sobre o desenvolvimento da reforma**

São vários os documentos que têm sido produzidos e divulgados pela USFAN, baseados em temas e áreas fundamentais para o desenvolvimento da reforma e dos cuidados de saúde primários. Parte deles, está disponível no *site* da Associação, no menu “Biblioteca” <https://www.usf-an.pt/biblioteca/>.

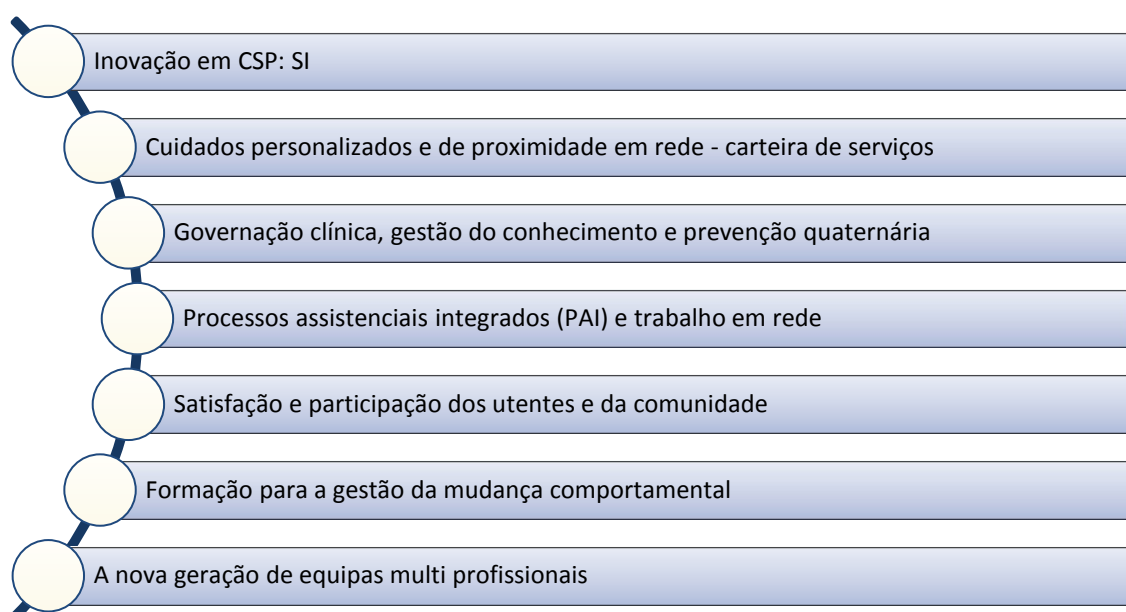
Aí, podem encontrar-se documentos com propostas e recomendações de requisitos básicos e funcionais para os sistemas de informação, pareceres sobre documentos da tutela relativos aos cuidados primários ou a medidas a implementar, os relatórios dos estudos “Momento Atual da Reforma”, exemplos de planos de acompanhamento e de documentos a produzir pelas unidades funcionais.

Destes documentos, destaca-se um dos mais recentes, resultado de um conjunto de medidas apresentadas pela USFAN no 7º Encontro Nacional “7x7 medidas – novo ciclo para os cuidados de saúde primários 2015-2018”. É resultado de um conjunto de medidas apresentadas pela USFAN em 2015, colocadas posteriormente sob apreciação *online* dos associados, onde se apresentam as medidas mais relevantes para promover as transformações necessárias neste nível de cuidados.

Trata-se de um instrumento considerado pela própria associação como “uma arma a ser usada a favor do novo ciclo político dos cuidados primários”, onde é explicitado um conjunto de medidas que pretendem indicar o caminho a seguir por este nível de cuidados, tentando assim colocar mais energia na mudança ainda necessária.

Deve destacar-se o facto do livro ter sido apresentado aos partidos políticos, associações profissionais e associações de utentes, com o intuito de obter o mais amplo apoio para as ações propostas.

**Figura 56. Pilares para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, na publicação “7x7”**



**Fonte: Adaptado de USFAN, 2015**

O documento começa com as principais ameaças aos cuidados de saúde primários, a combater através da aplicação das medidas que posteriormente são propostas. Essas ameaças, são:

- Ausência de uma verdadeira política de recursos humanos;
- Ausência do reconhecimento do enfermeiro de família como especialista em saúde familiar;
- Restrições ao número de USF a constituir e à evolução para o modelo B;
- Problemas no sistema de informação;
- Estagnação do modelo de monitorização e contratualização;
- Dimensão populacional dos ACeS e sua falta de autonomia;
- Ausência de uma estrutura nacional de governação dos cuidados de saúde primários.

Por outro lado, e para contextualizar as medidas propostas, foram também identificadas as principais prioridades estratégicas, baseadas em:

- Criação de uma unidade de missão para os cuidados de saúde primários;
- Estratégia de gestão previsional de recursos humanos;
- Estrutura de acompanhamento e apoio das USF e ACeS;
- Aumento do número de USF;
- Nova arquitetura integrada para os sistemas de informação;
- Redimensionamento dos ACeS e promoção da autonomia através do contrato-programa;
- Desenvolvimento da governação clínica e de saúde.

Em toda a pesquisa e análise documental, assim como nas entrevistas realizadas, esta publicação foi citada inúmeras vezes, como o documento onde estão os passos necessários e as alterações fundamentais a implementar nos cuidados de saúde primários, sendo uma delas a questão da descentralização na organização e gestão dos cuidados primários e uma maior autonomia de decisão para o nível local.

## **Novos procedimentos e produtos**

### **BIUSF**

Portugal é dos países da Europa com maior nível de informatização ao nível dos cuidados de saúde primários. São constituídos por uma rede praticamente

informatizada a 100% e todas as atividades realizadas pelos profissionais de saúde, são diariamente registadas em suporte informático, de forma parametrizada.

Todavia, as interoperabilidades clínica e funcional são reduzidas. Não há integração no seu desenvolvimento e o seu foco está nas necessidades administrativas e na gestão a nível macro. Também os dispositivos de gestão da informação são de difícil acesso aos profissionais, sendo ainda de sublinhar a ausência de arquitetura da rede, a insuficiente largura de banda e o *hardware* obsoleto e em alguns casos ainda escasso. Aparentemente, as tecnologias de informação e comunicação são ainda vistas mais como uma despesa que como um investimento essencial.

É hoje clara a necessidade e o valor acrescentado da existência e disponibilização da informação. Havendo um manancial de dados acessíveis, não é compreensível que os mesmos não sejam utilizados para os fins que poderiam, não se retirando deles todos os benefícios possíveis, nomeadamente o de monitorização da reforma.

Por outro lado, o processo da reforma dos cuidados de saúde primários de 2005, a constituição das USF e o retomar de uma cultura de contratualização que havia sido desenvolvida na década de 90, contribuiram para que se tenha verificado uma alteração nas perceções dos profissionais, cada vez com maiores preocupações com o seu desempenho, com a prestação de contas e com um compromisso de resultados do seu trabalho. Porém, em alguns casos, esta alteração pode determinar um desvio no foco das preocupações, que se voltam mais para os indicadores do que para a satisfação das necessidades de saúde da população. Por estes motivos é necessária toda a atenção a este aspeto, numa lógica da centralidade no cidadão.

Do conjunto destes dois aspetos: existência de informação subutilizada e necessidade de promover as USF enquanto organizações multifacetadas, surgiu a ideia de que é possível caracterizar estas unidades como entidades únicas, promotoras de uma nova dinâmica organizacional e até de uma mudança sistémica. Daqui nasceu o conceito BIUSF, que surge de uma derivação das expressões *business intelligence* (BI) e bilhete de identidade (BI) das USF.

Para a sua criação e decisão quanto aos conteúdos a incluir, desenvolveu-se a ideia do que é uma USF enquanto organização, como se caracteriza e apresenta e quais os indicadores em análise. Chegou-se, assim, a uma matriz multidimensional, após várias fases de discussão sobre as variáveis e itens a incluir.



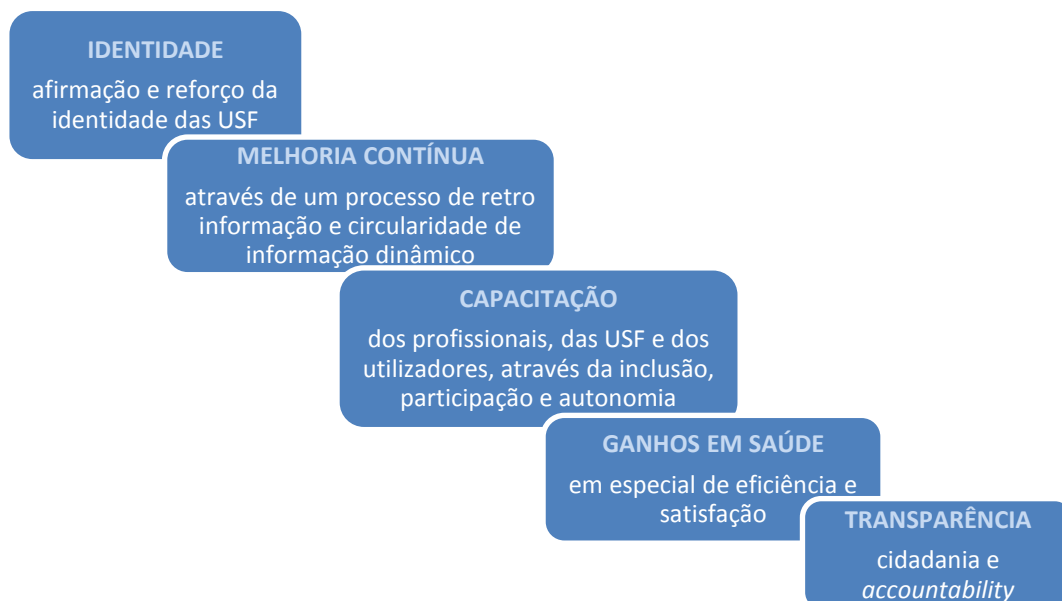
A seleção dos indicadores esteve associada às ideias da governação clínica e de saúde e da gestão do conhecimento, com utilidade prática ([www.biusf.pt](http://www.biusf.pt)).

O BIUSF partiu do pressuposto de que aquilo que diferencia as organizações é a forma como fazem a gestão do conhecimento, naquilo que respeita o modo como se renovam e melhoram continuamente; como garantem a inclusão e a participação das pessoas, contribuindo para a sua capacitação e autonomia; como disseminam e partilham o conhecimento e como obtêm, de forma sustentada, resultados de satisfação e eficiência.

Este dispositivo de gestão do conhecimento visava caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional e contribuir para o seu desenvolvimento e melhoria continua sustentada. Contribuía ainda para a objetivação e o reforço da marca USF, o que até então não tinha acontecido.

A visão do que é o BIUSF foi sistematizada em cinco pilares essenciais, que podem também ser utilizados para a avaliação da USF (pela verificação se de facto tem contribuído ou não para o reforço de cada um dos pontos descritos).

**Figura 57. Pilares essenciais do BIUSF**



**Fonte: BIUSF, 2015**

O BIUSF concretizou-se através de um portal público, disponível (até 2016) em [www.biusf.pt](http://www.biusf.pt), que contou também com um perfil de utilização privado, mediante *password*, para todas as USF.

O portal foi construído e atualizado com base nos dados gerados pela atividade realizada nas USF, sendo a informação organizada e estratificada e explicitado o inter-relacionamento entre as variáveis. Alimentou-se de informação existente nos processos clínicos eletrónicos, preenchida através do registo da atividade diária normal das unidades. Além destes dados, o BIUSF contava também com informação proveniente de outras fontes, como os planos de ação, os relatórios de atividade, os regulamentos internos, os manuais de boas práticas e de articulação e de outros documentos das USF. Utilizava ainda dados dos sistemas de informação do medicamento, dos recursos humanos e do Instituto Nacional de Estatística.

O BIUSF apresentou-se como uma plataforma *online* que permitia a exploração e análise de dados, a importação e exportação de documentos e a construção de *dashboards*, entre outras funcionalidades que facilitam a partilha e a gestão do conhecimento. É exemplo de um exercício de transparência.

Quanto à atualização, os dados eram importados do SIARS em tempo real, publicados com o desfasamento de cerca de uma semana. Todavia, por disfunções do sistema oficial, verificou-se com regularidade algum atraso nesta atualização.

Enquanto portal, o BIUSF constituiu-se por uma matriz de dados relacional, estratificada e multidimensional, cujo “menu” era constituído pelos sete elementos visíveis na figura abaixo.

**Figura 58. Matriz de dados do BIUSF**



**Fonte:** [www.biusf.pt](http://www.biusf.pt)

Além destes elementos, a plataforma contava ainda com um conjunto de funcionalidades, nomeadamente: **E-Qualidade**, desenvolvida segundo um conceito de *e-learning*, constituída por duas áreas distintas: um repositório de boas práticas e um espaço de partilha e *benchmarking* autónomo e voluntário das USF. Associado ao E-Qualidade estava o conceito de melhoria contínua, que retoma a uma ideia de 1996 – o MoniQuor – dispositivo de avaliação da qualidade organizacional e de estímulo para desenvolver processos de melhoria da qualidade organizacional. Tratava-se de uma matriz que permitia verificar se as USF cumpriam ou não os critérios de qualidade organizacional.

Uma outra funcionalidade de relevo, foi a área dedicada à **contratualização**, que permitia uma visão global, contextualizando os indicadores e metas contratualizadas nos seus vários eixos e dimensões, funcionando também como uma ferramenta elementar de apoio à contratualização individual de cada USF.

A **biblioteca**, criada através de um repositório digital, era outra funcionalidade disponível. Contava com um glossário sobre cuidados de saúde primários, um documento de partida, com os princípios conceptuais e metodológicos da plataforma, além das mais recentes evidências científicas dos temas relacionados com os cuidados primários. Nesta biblioteca estavam também os “bilhetes de identidade” dos indicadores em utilização nas USF (e sua operacionalização), assim como as boas práticas e outra informação de interesse.

A **investigação** foi outra componente do BIUSF: a base de dados disponível, e em permanente atualização, permitia e facilitava a realização de estudos epidemiológicos e das organizações em cuidados de saúde primários. Permitia, por exemplo, o desenvolvimento de investigação *ad hoc*, criando um formulário (matriz de recolha de dados), que as USF podiam preencher diretamente, independente dos indicadores, mas com acesso às mesmas ferramentas de exploração de dados.

A apresentação da ideia e da visão do BIUSF, decorreu entre outubro de 2012 e maio de 2013. Em outubro de 2013, deu-se início à operacionalização do projeto, com o estabelecimento das primeiras parcerias e a assinatura dos protocolos. Em fevereiro de 2014 foi criado um protocolo com a ACSS e, em maio, realizou-se a pré *release* do Portal, no 6º Encontro Nacional da USFAN, tendo-se feito uma apresentação, no mesmo dia, ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (Paulo Macedo e Leal da Costa, respetivamente).

Em maio, o portal foi disponibilizado ao público, com os conteúdos: BIUSF, repositório de boas práticas (E-Qualidade) e contratualização (visão USF). A partir dessa data, deu-se início a um *Roadshow*, com apresentação e entrega das *passwords* às USF e aos presidentes dos conselhos clínicos dos ACeS, em reuniões de âmbito regional. Foi feita, também, na mesma altura, uma apresentação na Comissão Parlamentar da Saúde.

Nos primeiros quinze dias de disponibilização pública, o portal teve 893 visitantes, 271 USF utilizadoras, 9221 visualizações de páginas, com um tempo médio de visita de 7.30 minutos (dados cedidos pela USFAN).

A segunda fase decorreu no último trimestre de 2014, com a consolidação das atualizações periódicas de dados. No Encontro de Outono da USFAN, apresentou-se a visão nacional da contratualização, a melhoria contínua, através do E-Qualidade e os relatórios de atividades e contratualização, como conteúdos colocados pelas USF.

Para 2015, estava prevista a criação de uma nova base de dados (metadados) integrando diferentes fontes – projeto “Big Data Saúde CSP”, que foi apresentada em outubro desse ano. Esta seria uma funcionalidade que permitia a construção de questionários, protocolos, a análise e o tratamento de dados, assim como a realização de relatórios. Permitiria estudos epidemiológicos, clínicos, e seria uma fonte inestimável de dados que poderiam ser utilizados, por exemplo, pelos Internos das USF, para a realização dos seus trabalhos.

Um dos desafios do BIUSF era constituir-se como uma ferramenta de utilização para a contratualização das USF. Carregou-se no BI toda a metodologia e documentação de suporte. As USF carregavam os indicadores que contratualizavam por três anos. Isso permitia a comparação automática com os anos anteriores e visualizar os *clusters* onde a USF estava inserida. Estava também disponível um simulador que permitia monitorizar a contratualização, para preparar a contratualização do ano seguinte.

Sem o sucesso desejável das várias tentativas formais de descentralizar a gestão nos cuidados de saúde primários e de atribuir autonomia e capacidade de decisão ao nível local, o BIUSF surgiu como um instrumento de partilha e de gestão do conhecimento, que levava a informação aos gestores, facilitando o processo de tomada de decisão. Foi um instrumento inovador, não só pelas suas características, mas sobretudo por ser desenvolvido pelos profissionais e líderes do terreno, divulgado e utilizado entre pares.

Permitia desenvolver a lógica de colocar conhecimento, inteligência e poder de decisão mais próximo dos locais onde as ações se desenvolvem e onde as decisões são tomadas. Importa compreender que são as decisões tomadas nas unidades de saúde e nos ACeS, que determinam os recursos (por exemplo, prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como referência para cuidados especializados) que são consumidos e os resultados que são obtidos, para a população e para o SNS.

A ACSS reconheceu oficialmente o BI como ferramenta de apoio à contratualização. Em maio 2016 o BIUSF foi transformado em BICSP, susceptível de ser alargado às restantes unidades funcionais, formalizado por protocolo assinado entre o Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde e USFAN, durante o 8º Encontro Nacional.

**Figura 59. Excerto do Relatório de Metodologia de Contratualização para os CSP, da ACSS, onde é reconhecido o BIUSF**

Durante o ano de 2014, através de uma parceria entre a ACSS e a Associação Nacional de USF (USF AN), foi criada uma nova ferramenta de monitorização da atividade desenvolvida pelas USF (o denominado BI USF, acessível através do endereço <http://www.biusf.pt>), através da qual é possível aceder a um dispositivo de gestão do conhecimento que permite caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada.

Para 2015, dar-se-á continuidade a esta iniciativa, a qual se insere na política de reforço da participação, da transparência e de partilha de informação que tem vindo a ser implementada no âmbito dos cuidados de saúde primários nos últimos anos, possibilitando assim um acompanhamento mais abrangente, tempestivo e equiparável entre as equipas, com maior nível de detalhe e de flexibilidade do que até agora era possível.

**Fonte: (185)**

Após vários atrasos, a sua apresentação e disponibilização pública realizou-se no 15 de dezembro de 2017.

## **BICSP**

O BICSP é o desenvolvimento do já referido BIUSF (entretanto descontinuado), aplicado agora a todas às unidades funcionais dos cuidados de saúde primários.

A sua primeira versão foi publicamente apresentada a 15 de dezembro de 2017. Concretiza-se numa plataforma de suporte e desenvolvimento da governação clínica e de saúde neste nível de cuidados, que pretende integrar toda a informação necessária

à caracterização e qualificação das unidades, em termos do seu contexto, desempenho, recursos humanos e financeiros.

No seu estado ótimo de desenvolvimento, deve contar com todas as funcionalidades disponíveis no anterior BIUSF e ter capacidade para integrar as tecnologias que venham a ser desenvolvidas, estando integrado na arquitetura funcional dos sistemas de informação do SNS.

**Figura 60. Página inicial do BICSP**



**Fonte: Portal SNS** <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

No portal do SNS encontra-se disponível um conjunto de tutoriais de suporte à edição no BICSP (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/paginas/ajuda.aspx>), nomeadamente para preencher ou alterar campos editáveis, inserir documentos em listagens, inserir ou alterar informação, inserir ou alterar a imagem de uma unidade funcional e garantir que a informação é efetivamente disponibilizada.

## Componente analítica - funções assumidas pela USFAN

O papel assumido pela USFAN e a sua influência na reforma dos cuidados de saúde primários pode ser medido com base nos seus *inputs*, *outputs* e *outcomes*. Não sendo possível uma avaliação do impacto social, (recorrendo por exemplo à metodologia SROI), pela complexidade do seu contexto e atuação, que não permite transformar em valor monetário todas as suas atividades, decidiu realizar-se uma análise de *inputs* e *outputs*, para medição dos *outcomes*. Para esta medição, recorreu-se aos relatórios de atividades e contas de 2012, 2014 e 2016. Não estando disponíveis todos os relatórios, optou-se pela análise dos três anos pares imediatamente anteriores a 2017 (momento de realização da análise). Os *inputs* e *outputs* encontram-se sistematizados em anexo, sendo de seguida apenas resumido o essencial.

Quanto a *inputs*, ou seja recursos disponíveis na USFAN, foi possível verificar um aumento progressivo no número de elementos da direção, assim como do número de associados, de unidades representadas pela associação, de recursos humanos e de parcerias estabelecidas. Importa também aqui referir que o financiamento da associação provém das quotizações dos associados e de eventuais patrocínios para os eventos realizados, tendo maior impacto financeiro os encontros nacionais anuais.

Em termos de *outputs*, resumidas as atividades realizadas, foi visível o aumento do número de reuniões de trabalho e representação, encontros com partidos políticos e órgãos governativos e ações de formação, assim como da participação em grupos de trabalho organizados pela tutela.

Os *outcomes* resultantes da atividade desenvolvida pela USFAN representam o seu verdadeiro contributo para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e para a descentralização de gestão, fundamentalmente nas USF.

Foi possível identificar *outcomes* de dois tipos: i) aqueles relacionados com o seu normal processo de desenvolvimento e ii) os que estão associados aos dispositivos de influência que foram sendo desenhados e criados ao longo da evolução da associação.

No primeiro tipo é essencial sublinhar que o seu processo de desenvolvimento está associado por um lado às suas características multiprofissionais e por outro, ao facto de se ter tornado no “observatório da reforma” (pela aplicação do estudo Momento Atual). Estas características, juntamente com o aumento dos seus elementos da Direção e do número de associados e unidades representadas, (e consequentemente

com um aumento no financiamento que permitiu potenciar as suas atividades), promoveram a sua influência, através de:

- Aumento de reuniões de trabalho e representação, destacando-se:
  - Auscultada no âmbito do processo de mobilidade anual de recursos humanos nos cuidados primários;
  - Proposta de criação do perfil do secretário clínico (em desenvolvimento articulado com a CNCSP);
- Participação em grupos de trabalho organizados pela tutela, com destaque para:
  - Integrou o grupo para a criação da figura e especialidade do enfermeiro de família;
  - Faz parte do grupo de trabalho para a regulamentação da constituição de listas de utentes e da comissão técnica nacional da contratualização (tendo estado diretamente envolvida na criação do novo modelo de contratualização 2017-2019);
- Auscultação pelos partidos políticos e órgãos governativos:
  - Ouvida pelos dirigentes da saúde e pela CNCSP e participa em reuniões da tutela para monitorização dos trabalhos;
  - Ouvida pelos partidos políticos, ordens profissionais e comissão parlamentar da saúde;
  - Faz parte do conselho consultivo da SPMS e das reuniões SIMPLEX CSP, juntamente com as ordens profissionais, associações profissionais e todas as entidades do Ministério da Saúde.

No segundo tipo, fomentou a criação de um dispositivo nacional de coordenação das Equipas Regionais de Apoio (ERA) e da própria CNCSP, tendo para tal contribuído alguma pressão para a constituição de uma unidade de missão para a reforma dos CSP. Ainda neste tipo, ressalva-se o seu contributo para o desenvolvimento da governação clínica e de saúde e da contratualização, não só para as USF, mas igualmente para as restantes unidades funcionais.

Tratando-se de uma associação não governamental e embora constituída por profissionais do SNS, não faz parte da estrutura formal deste. Todavia, os *outcomes* anteriormente referidos permitem exemplificar o seu contributo e o papel de liderança que assumiu nos cuidados de saúde primários e na continuidade da reforma.



## Mobilização multiprofissional

Como já referido, um dos principais contributos e também uma característica desta associação passa pelo seu cariz multiprofissional. Não se trata aqui de representar uma única profissão, mas um tipo de unidades funcionais, com todas as profissões que delas fazem parte

*“Representar, conjugando os diversos pontos de vista das equipas e profissionais” (USFAN, visão)*

Numa equipa multiprofissional todos os elementos têm um objetivo comum, embora com abordagens diferentes, próprias de cada área e saber, que podem e devem ser complementares. O trabalho e a motivação de todos é fundamental para o desenvolvimento da equipa e da unidade. Integrar todas as profissões por um lado, confere maior força à própria associação, aumentando o número de sócios e de elementos que representa e por outro, aumenta o estímulo para que todos se sintam envolvidos, parte da mesma equipa, com níveis de importância semelhantes e com um papel a desempenhar para o sucesso das unidades.

Apesar da existência de outras associações que tem por objetivo a promoção do desenvolvimento de unidades de saúde e não de profissões em concreto, como é o caso da APDH (já referida), não é conhecida, em Portugal nenhuma outra associação que, embora reconheça a importância das equipas multiprofissionais, represente as equipas como um todo, integrando as várias profissões que as compõem. Esta é, portanto, uma das principais características da USFAN, que contribuem para a sua classificação enquanto iniciativa inovadora.

**Quadro 27. Evolução do número de sócios ativos da USFAN**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Médicos</b>	693	--	1234	811	703
<b>Enfermeiros</b>	656	--	791	328	258
<b>Secretários Clínicos</b>	611	--	686	292	246
<b>Outros profissionais</b>	9	--	6	2	0
<b>Total sócios ativos</b>	1969	--	2717	1433	1207

**Fonte: Relatórios de Atividades USFAN, 2012, 2014, 2015 e 2016**

O grande crescimento do número de associados em 2014 poderá estar relacionado com o investimento em publicidade relativa ao Encontro, que decorreu no Porto, e que fez aumentar as expectativas relativamente a este evento. Por outro lado, as inscrições são consideravelmente mais baratas para associados, o que pode contribuir para o aumento do número de sócios em fases pré encontros.

A partir do evento de 2014, houve um aumento do valor das quotas, o que pode ter contribuído para a diminuição do número de associados, pois a análise incide sobre sócios ativos, ou seja, com as quotas regularizadas. Em 2015 houve mudança de direção, o que pode ter representado um período de corte para alguns associados, que se desvincularam da USFAN, mas sem grande significado quantitativo.

## **Formação**

No segundo semestre de 2009 a USFAN associou-se à *EGP Business School*, com o objetivo de desenvolver e implementar Centros de Desenvolvimento nas áreas clínica, organizacional e de gestão (USFAN, Cronologia).

No primeiro trimestre de 2010 desenvolveu-se o Projeto Suma – Sustentabilidade e Maturidade dos Profissionais das USF, dinamizando ações de formação inovadoras que pretendiam fortalecer os valores e as competências das equipas

Já em 2011 foi acreditada como entidade formadora pela DGERT, garantindo planos pedagógicos para as necessidades dos profissionais e das equipas.

Nos anos seguintes, realizaram-se ações de formação quer nos encontros nacionais, quer através de oficinais que decorreram com o apoio das delegações regionais: 29 ações de formação em 2012, 39 em 2014 e 50 em 2015, tendo como parceiros para a formação a EuroSimbiose e a Quadros e Metas.

Atualmente, a formação realizada pela USFAN consolida-se na Academia dos CSP, lançada no encontro nacional de 2016, é um “espaço colaborativo de aprendizagem, cidadania, promotor de desenvolvimento e do reconhecimento dos conhecimentos, qualificações e das práticas dos recursos humanos e das equipas dos cuidados de saúde primários”. Resultou de uma parceria com a Universidade de Aveiro, assenta num Campus Virtual e desenvolve-se através de Cursos Avançados de Formação (CAF) que arrancam durante os encontros nacionais e têm uma carga horária mínima de 30 horas. As equipas são posteriormente desafiadas “partilhar e amadurecer as boas práticas, contribuindo para isso a implementação dos projetos decorrentes dos

CAF, no terreno. São avaliados pelos formadores e pelo júri da Academia dos CSP, sendo apresentados publicamente os 10 melhores.

Todas estas ações de formação e as parcerias estabelecidas têm contribuído para a promoção do desenvolvimento de iniciativas locais e de boas práticas nos cuidados primários.

### **Discussão e promoção dos princípios da reforma**

Efetuada uma breve análise de conteúdo aos discursos do presidente da direção da USFAN nos Encontros Nacionais (ver quadros), é possível compreender que os mesmos se dividem em: i) aspetos positivos, vantagens da reforma dos cuidados primários e da existência das USF e ii) em aspetos negativos, que se referem a áreas que necessitam de investimento e desenvolvimento, alguns problemas cuja necessidade de resolução tem sido apontada como urgente e fundamental à continuidade da reforma e da aposta neste nível de cuidados.

Nos dois primeiros encontros não foi possível realizar análise de conteúdo por não estarem disponíveis os discursos (nem em texto nem em vídeo). Todavia, através do programa de ambos os eventos e de algumas notas particulares, pela presença nos dois eventos, foi possível identificar alguns dos aspetos positivos. De referir ainda que, nestes dois Encontros, mais que aspetos a desenvolver, foram abordados os próximos passos da USFAN, então em processo de estruturação e desenvolvimento.

Ao longo dos nove anos em que se tem vindo a realizar os Encontros Nacionais, verifica-se que os principais problemas são os mesmos desde 2009, nomeadamente a contratualização, os recursos humanos, os sistemas de informação e a autonomia de gestão, tema central deste trabalho.

Não obstante a continuidade dos problemas, é necessário reconhecer a evolução quer dos sistemas de informação quer dos processos de contratualização. Já no caso dos recursos humanos está em desenvolvimento o novo enquadramento para os médicos aposentados e a facilitação dos processos de contratação de jovens profissionais, assim como a gestão e a consolidação das mobilidades.

**Quadro 28. Aspetos identificados como positivos relativos à reforma dos CSP presentes nos discursos do presidente da direção, nos Encontros Nacionais da USFAN**

<b>Encontros</b>	<b>Aspetos positivos</b>
<b>1º 2009</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencialidades da página web da USFAN, como veículo essencial para divulgação do trabalho e das boas práticas entre unidades</li> <li>- Apoio às USF em processo de desenvolvimento</li> </ul>
<b>2º 2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espírito de equipa e partilha de experiências entre as unidades</li> <li>- Desenvolvimento de uma rede nacional de reflexão, aprendizagem e melhoria contínua</li> </ul>
<b>3º 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1/3 dos portugueses abrangidos por 283 USF (5600 profissionais)</li> <li>- Ganho 450 000 utentes, com elevadas taxas de acesso</li> <li>- Aumento dos processos de contratualização, de 101 para 214</li> </ul>
<b>4º 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo organizacional em equipa multiprofissional, privilegia autonomia com responsabilização</li> <li>- Aumento do acesso, melhor desempenho, mais qualidade dos cuidados, melhores resultados intermédios de impacto na saúde e aumento da satisfação de utentes e profissionais</li> <li>- Diminuição de custos e qualificação da despesa com MCDT e medicamentos</li> <li>- Troika defende o modelo USF</li> <li>- Início do BI das USF, que permitirá rever e aperfeiçoar o DL das USF</li> </ul>
<b>5º 2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar dos obstáculos, a reforma avança e cresce como fenómeno social</li> <li>- Troika recomenda a implementação de USF, em particular as que têm regime retributivo sensível ao desempenho</li> <li>- Estudo comparativo entre USF e UCSP (parceria com ACSS), demonstra que as USF produzem mais, melhor, diminuem custos e despesa e geram eficiência</li> </ul>
<b>6º 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 398 USF em atividade, abrangendo 4.9 milhões de utentes</li> <li>- Melhores resultados em todos os indicadores de acesso, vigilância da criança, vigilância da grávida, rastreio oncológico, acompanhamento de doenças crónicas e custos com medicamentos e MCDT e maior taxa de prescrição de genéricos</li> <li>- USF apresentam elevados índices de cumprimento do contratualizado</li> <li>- Efeito catalisador sobre todas as unidades funcionais</li> </ul>
<b>7º 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os resultados das USF, publicados e acessíveis, são robustos, esclarecedores e inquestionáveis quanto à criação de mais valor em saúde</li> <li>- 2014 USF B atingiram 89% de taxa de utilização de consultas médicas</li> <li>- Custos com medicamentos inferiores nas USF desde 2009</li> <li>- Estudo “Modelos de Gestão nos CSP” identificou como mais valias a gestão participativa, níveis elevados de suporte organizacional e níveis elevados de compromisso e coesão afetiva</li> </ul>
<b>8º 2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa do Governo na área dos CSP “É fundamental recuperar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde”</li> <li>- Protocolo com ACSS para transformar o BI USF em BI CSP</li> <li>- Aumento da qualidade da informação</li> <li>- DL para regime especial e transitório para admissão de médicos</li> <li>- Novo enquadramento legal para médicos aposentados</li> <li>- Revogação da portaria da medicina do trabalho em CSP</li> <li>- 450 USF, cobrindo mais de metade da população</li> </ul>
<b>9º 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novo modelo de contratualização</li> <li>- Dispositivo nacional das ERA</li> <li>- Desenvolvimento da governação clínica e de saúde</li> </ul>

**Fonte: Elaboração própria**

**Quadro 29. Aspetos identificados como negativos relativos à reforma dos CSP presentes nos discursos do presidente da direção, nos Encontros Nacionais da USFAN**

Encontros	Aspetos que necessitam de investimento e desenvolvimento
<b>3º 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de resolução do Conselho de Ministros para a governação da reforma</li> <li>- Desenvolvimento de um SI amigo do profissional de saúde e do utente</li> <li>- Desenvolver a gestão clínica, o ensino e a investigação</li> <li>- Desenvolver a contratualização, passando de uma imposição a negociação</li> <li>- Autonomia para os ACeS</li> <li>- RH: mobilidade e incentivos</li> </ul>
<b>4º 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar de 24 candidaturas a USF aprovadas e a aguardar início de atividade, apenas 4, no 1º trimestre do ano, abriram</li> <li>- Disponibilização da informação dos resultados de 2011 das USF</li> <li>- O estudo “Momento Atual” indica: SI maior fragilidade apontada pelos profissionais</li> <li>- Terminar com atrasos no pagamento dos incentivos financeiros</li> <li>- Permitir o alargamento de horário das USF em todas as ARS</li> <li>- Dar prioridade à acreditação, através de candidatura direta à DGS sem aguardar por proposta da ARS e utilizando os incentivos institucionais</li> </ul>
<b>5º 2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ano anterior: menor investimento nas USF e maiores obstáculos e ameaças à reforma</li> <li>- USF aguardam há mais de um ano por passagem a modelo B;</li> <li>- SI: não houve decisão política coerente com a reforma;</li> <li>- RH – necessária política de recursos humanos, para terminar com situações de precariedade</li> <li>- Contratualização – rever as metas e a criação de racionais e percentis baseados nos anos anteriores, tendo em conta a população, prevalência de doença e recursos de saúde e socioeconómicos</li> </ul>
<b>6º 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfação em relação aos sistemas de informação, contratualização e incentivos institucionais</li> <li>- Dificuldades na passagem a modelo B</li> <li>- Insatisfação quanto à atuação das estruturas do Ministério da Saúde</li> <li>- Desinvestimento nas USF, com diminuição do número de abertura de novas unidades, apesar da existência de candidaturas</li> </ul>
<b>7º 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição no número de novas USF desde 2011, apesar da continuidade das candidaturas</li> <li>- Níveis de insatisfação com a atuação do Ministério da Saúde atingiram máximo</li> <li>- Principais problemas: sistemas de informação e as aplicações</li> <li>- Contratualização, pela falta de transparência e equilíbrio na negociação</li> <li>- RH: redução da percentagem de profissionais providos em lugar de quadro e falta de mobilidade consolidada</li> <li>- Incentivos institucionais não aplicados</li> <li>- Aumento das listas de utentes sem olhar a critérios de acesso e qualidade</li> <li>- Ausência de autonomia e descentralização da gestão</li> </ul>
<b>8º 2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despacho com nº de USF a abrir e transitar para modelo B devia ter sido publicado</li> <li>- Limitando o nº, frustram-se expectativas das equipas, nomeadamente das que já têm parecer técnico aprovado</li> <li>- Até final de Abril, só abriram duas USF e nenhuma passagem a modelo B</li> <li>- Apoiar os profissionais das UCSP que queiram transitar para USF</li> <li>- Valorizar os RH</li> <li>- Definir um novo ciclo para a contratualização</li> <li>- Avaliar os sistemas informáticos</li> <li>- Iniciar experiências piloto de ACeS com autonomia gestionária</li> </ul>
<b>9º 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despacho com nº de USF a abrir e transitar para modelo B devia ter sido publicado em Janeiro</li> <li>- Sistemas de informação e ausência de interoperabilidade</li> <li>- Atraso com BICSP</li> </ul>

Os discursos do Presidente da USFAN, proferidos nos 1º e 2º Encontros, não se encontram disponíveis na página de internet e não foi possível obtê-los através de pedido dirigido à Associação e ao próprio Presidente, uma vez que durante os dois referidos encontros, a Associação encontrava-se ainda em processo de estruturação, pelo que nem todo o material foi preservado de forma sistemática e organizada.

Quer os questionários de satisfação aplicados aos coordenadores das USF (Momento Atual), quer as entrevistas exploratórias realizadas para este trabalho, são claros na identificação da influência da USFAN nos resultados que se têm conseguido obter nos cuidados de saúde primários, por várias vias:

- Manutenção e abertura de novas unidades funcionais:
  - Através da defesa do modelo USF e da garantia de continuidade destas unidades, promovendo a abertura de novas USF e a passagem a modelo B;
  - Através do fomento ao desenvolvimento das UCSP, defendendo a sua contratualização e monitorização, tornando-as cada vez mais próximas do modelo USF;
  - Através da pressão para a criação de UCC em todos os ACeS;
- Melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados:
  - Aumento do número de unidades funcionais, que permite uma maior cobertura da população residente;
  - Aumento do número de utentes com médico de família;
  - Diminuição da despesa média com medicamentos;
- Formação, informação e comunicação:
  - Ações de formação, que têm promovido o desenvolvimento de iniciativas locais e de boas práticas nos cuidados primários;
  - Aumento das taxas de adesão aos rastreios e taxa de cobertura dos mesmos.

Estes aspetos podem ser exemplificados com os dados que a seguir se apresentam. A evolução do número de unidades funcionais continua em crescimento, embora mais lento nos últimos anos. Este crescimento observa-se não apenas nas USF (modelo A e B, mas também nas UCC. Como seria de esperar, há medida que aumenta o número de USF, diminui o número de UCSP.

**Figura 61. Evolução do número de unidades funcionais dos cuidados de saúde primários**

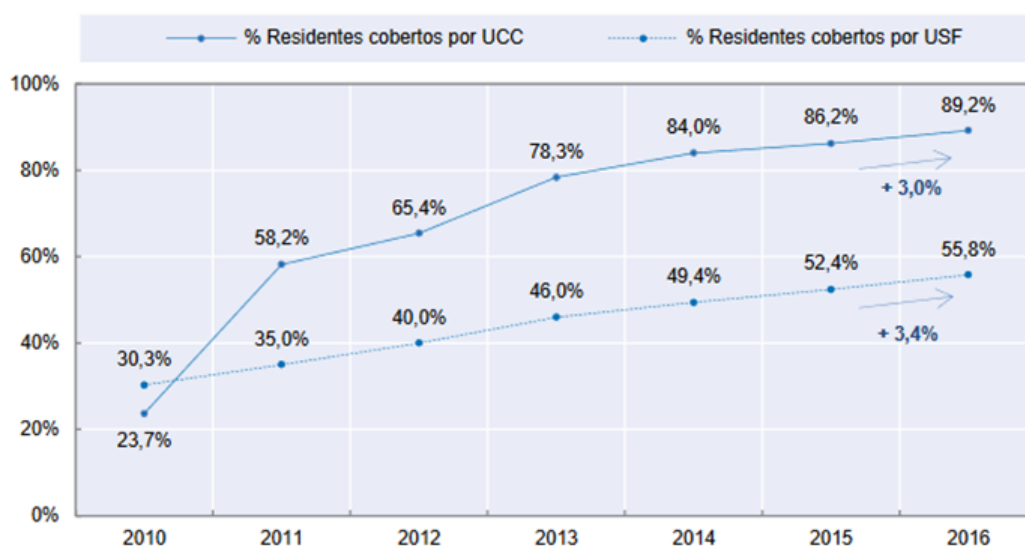
Tipo de unidades								Var. 2016/2015	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Valor	%
Total de Unidades de Saúde Familiar	277	320	357	394	418	449	479	30	6%
Modelo A	160	183	195	213	225	241	246	5	2%
Modelo B	117	137	162	181	193	208	233	25	12%
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	518	503	470	464	442	419	397	-22	-5%
Unidade de Cuidados na Comunidade	66	162	209	218	237	243	249	6	2%

**Fonte: (186)**

No final de dezembro de 2016 encontravam-se em actividade 479 USF, que abrangiam mais de metade dos utentes inscritos: 5.894.408. As UCC (249) cobriam já 89% da população residente (186).

Esta cobertura populacional só tem sido possível com a manutenção e a continuidade na abertura de unidades. Estes processos são acompanhados pelas ERA, que foram reforçadas com a criação do seu dispositivo nacional de coordenação. Este dispositivo teve na sua origem alguma pressão exercida pela USFAN, traduzida na discussão deste tema nos vários encontros e reuniões realizadas.

**Figura 62. Percentagem de população residente coberta por UCC e USF**



**Fonte: (186)**

É possível observar a evolução do aumento de utentes com médico de família, o rácio de inscritos ativos por médico e o aumento da taxa de utilização. Apesar de haver uma pequena redução do número médio de consultas por mês/médico e um aumento da prevalência de diabetes, hipertensão arterial e neoplasia maligna, o aumento da despesa média com MCDT não é significativo e a despesa média com medicamentos tem diminuído. No entanto, se a análise for realizada por tipo de unidade funcional, apesar de nos últimos anos a tendência não ser tão evidente, a literatura demonstra que a despesa com medicamentos e MCDT é menor nas USF que nas UCSP.

Por outro lado, este aumento na prevalência das patologias acima identificadas, pode estar associado a um melhor diagnóstico, possível com a atribuição de médico de família a um maior número de utentes.

**Figura 63. Composição tipo dos ACeS**

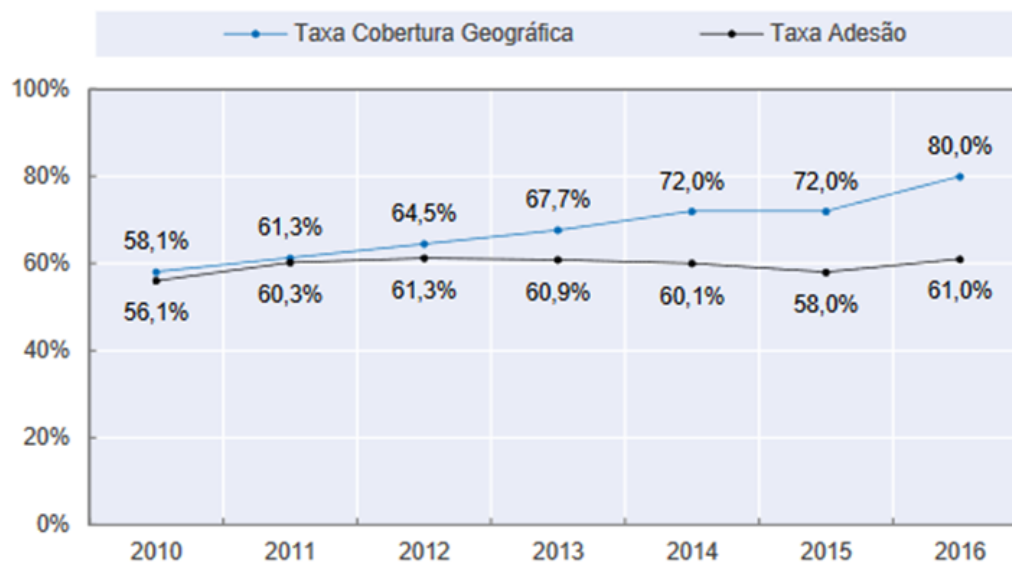
	2014	2015	2016
ACES incluídos	55	55	55
Média de utentes inscritos	186.488	183.678	182.466
Proporção de utentes com Médico de Família	85,2%	87,9%	90,7%
Número médio de médicos equivalentes	92,9	94,9	97,4
Rácio inscritos ativos (com Médico de Família), por médico	1712	1.700	1.700
Taxa de utilização 1 ano	65,8%	68,0%	68,6%
Número médio de consultas médicas, por mês, por médico	323,4	324,5	320,4
Prevalência de diabetes	6,9%	7,5%	7,7%
Prevalência de hipertensão arterial	19,3%	20,9%	21,4%
Prevalência de neoplasia maligna	2,9%	3,3%	3,6%
Despesa média com medicamentos, por utilizador	150,4€	147,6€	142,8€
Despesa média com MCDT, por utilizador	53,9€	55,4€	56,3€

**Fonte: (186)**

Não pode deixar de se referir a importância dos cuidados de saúde primários para os rastreios, tendo também aí a USFAN um papel fundamental, decorrente das várias ações de formação, oficinas e informação disponibilizada aos profissionais de saúde.

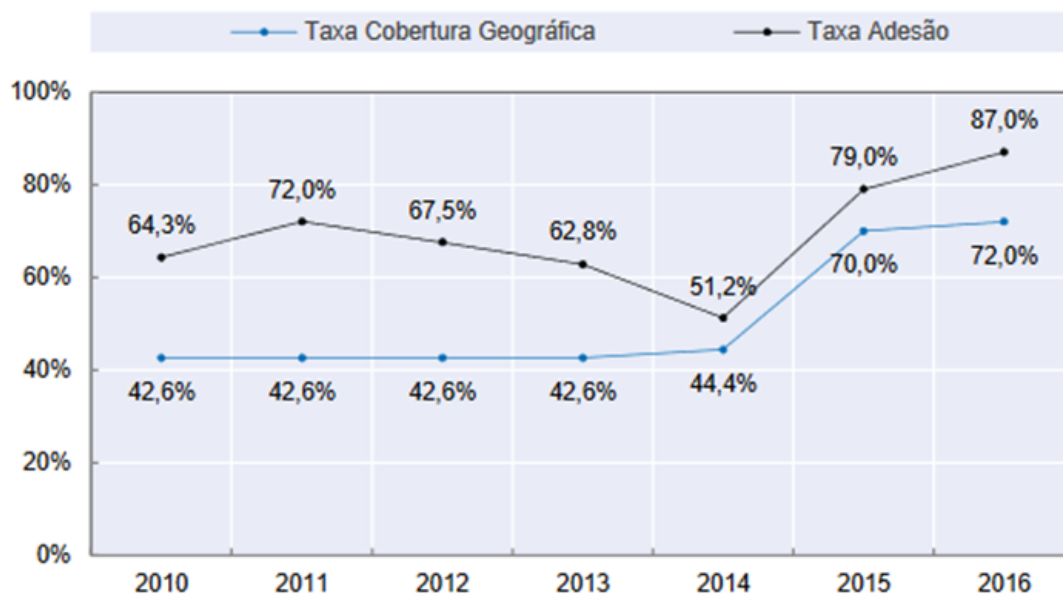


**Figura 64. Evolução da taxa de cobertura e adesão do rastreio do cancro da mama**



**Fonte: (186)**

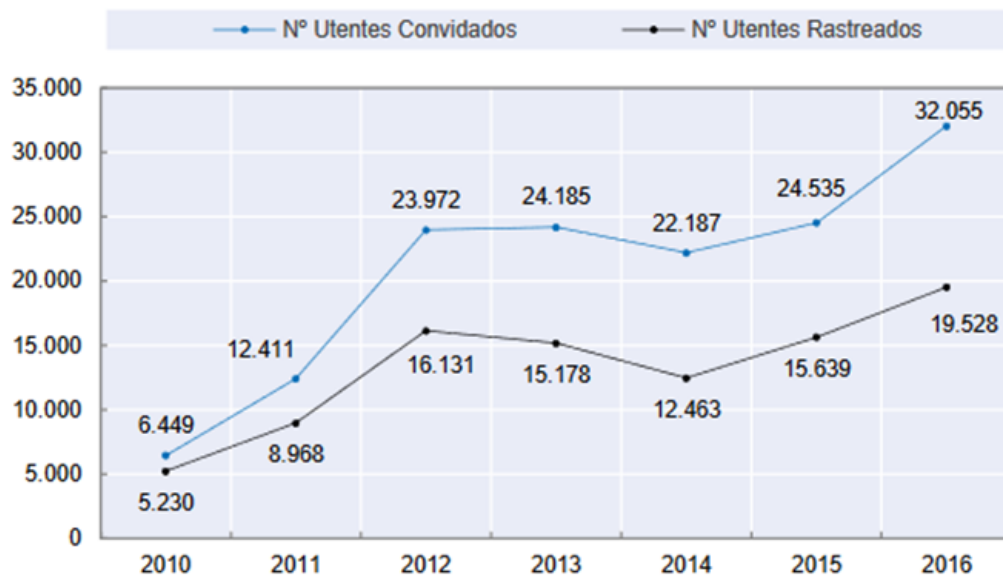
**Figura 65. Evolução da taxa de cobertura e adesão do rastreio do colo do útero**



Fonte: DGS

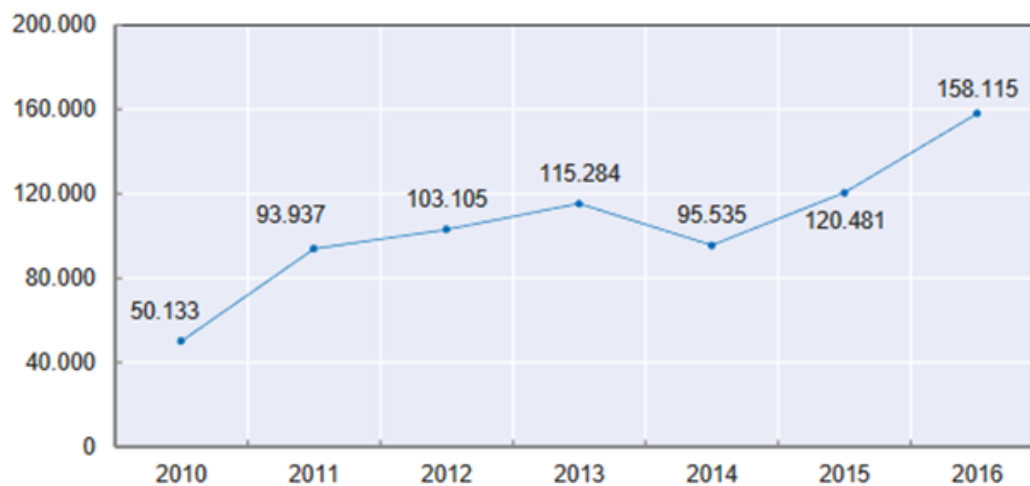
**Fonte: (186)**

**Figura 66. Evolução da o número de convidados e rastreados no âmbito do cancro do cólon e reto**



**Fonte: (186)**

**Figura 67. Evolução do número de rastreados – retinopatia diabética**



**Fonte:(186)**

Apesar do aumento da prevalência de diabetes, também se verifica uma significativa evolução anual do número de utentes rastreados no âmbito do rastreio da retinopatia diabética. Mais uma vez, não pode deixar de se referir o contributo, em termos de formação e informação da USFAN, para estes resultados.

### **“Observatório da Reforma”**

Uma outra característica particular da USFAN, é o papel que desempenha como “observatório da reforma”. A aplicação anual de um inquérito aos coordenadores das USF, sobre as suas percepções acerca da satisfação com os vários aspetos da reforma, a cada ano, permite-lhe ter este papel de observatório, fundamental na monitorização da reforma, sobretudo quando não existe nenhuma outra entidade ou autoridade de saúde a fazê-lo.

Trata-se de um estudo, mais detalhado adiante, que permite observar os aspetos com os quais os coordenadores estão mais e menos satisfeitos, através do qual se podem inferir as áreas que, no ano a que os resultados dizem respeito, foram mais ou menos desenvolvidas nos cuidados de saúde primários e as áreas que precisam de investimento.

### **Perceção dos atores da reforma – evolução 2009-2017 – Estudo Momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – 2009-2017**

Desde o seu início que a USFAN tem vindo a apoiar o desenvolvimento do estudo “Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, que em 2017 assinalou a sua 8ª edição.

Trata-se de um estudo coordenado por André Biscaia, repetido anualmente, que tem como objetivo caracterizar o estado da reforma dos cuidados primários, através de uma análise das percepções dos coordenadores das USF, para conhecer a satisfação associada à reforma e à atividade das várias entidades centrais, regionais e locais e ao desenvolvimento estrutural e organizacional das USF.

As taxas de resposta ao estudo (de base censitária, uma vez que são contactados todos os coordenadores), têm variado nas várias edições, como se pode verificar no quadro seguinte.

**Quadro 30. Taxas de resposta ao estudo “Momento actual da reforma dos CSP**

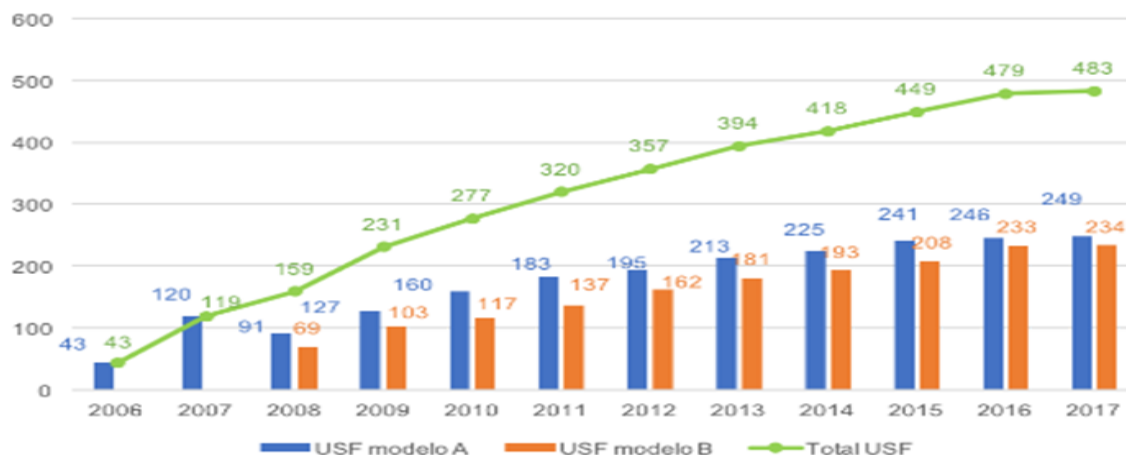
<b>Ano de edição</b>	<b>2009/2010</b>	<b>2010/2011</b>	<b>2011/2012</b>	<b>2012/2013</b>	<b>2013/2014</b>	<b>2014/2015</b>	<b>2015*</b>	<b>2017</b>
Taxa de resposta	59%	37%	40%	38%	50%	73.9%	62.9%	71.4%

\* Apenas foi considerado o ano de 2015 e não o momento de aplicação do questionário (março e Abril de 2016), devido às mudanças políticas e estruturais decorrentes no primeiro trimestre de 2016.

**Fonte: Elaboração própria**

Estas taxas de resposta são calculadas tendo por base o universo dos coordenadores das USF em atividade para cada ano de realização do estudo. As variações podem estar relacionadas com as condicionantes de contexto, nomeadamente com a desaceleração no número de novas USF em atividade.

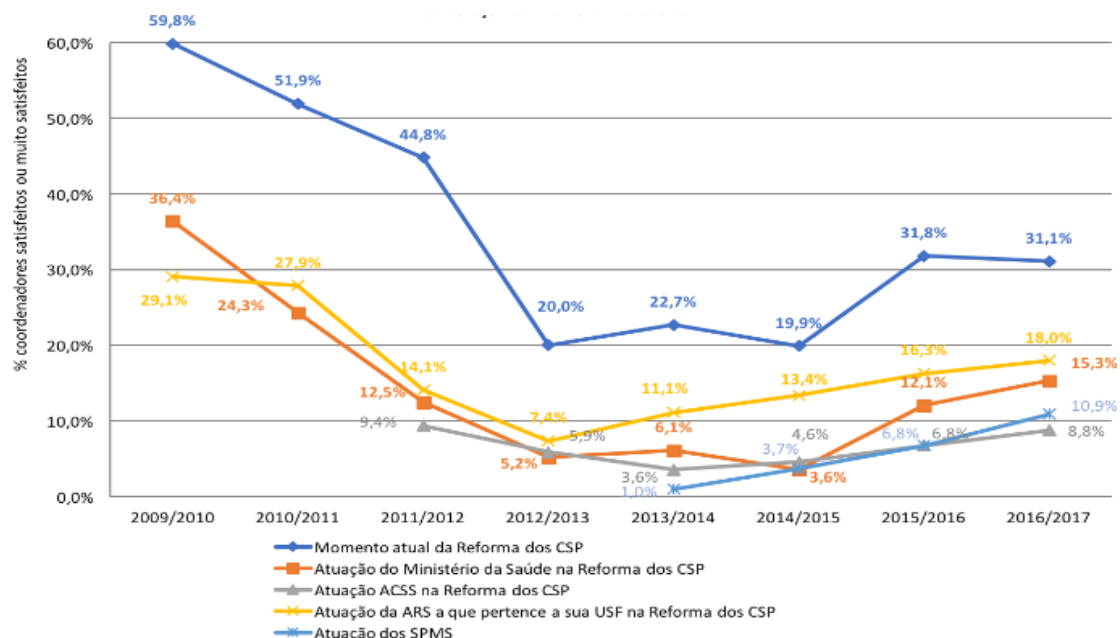
**Figura 68. Novas USF por ano e por modelo**



**Fonte: (187)**

Na edição de 2015/2016 foi possível verificar que o nível de insatisfação apresentava alguma recuperação (havia atingido o nível mais baixo de sempre na edição de 2014/2015). Na edição de 2016/2017, voltou a verificar-se essa tendência.

**Figura 69. Evolução da satisfação dos coordenadores de USF**



**Fonte: (187)**

Além da caracterização do nível de satisfação com a reforma e com a atuação das estruturas nacionais, regionais e locais, este estudo permite ainda identificar os principais problemas nas USF. Os problemas apresentados têm variado ao longo das edições do estudo. Todavia, das 21 áreas apresentadas, algumas surgem sistematicamente como problemas a necessitar de soluções urgentes, destacando-se os seguintes:

- Equipamentos informáticos;
- Sistemas de informação;
- Incentivos institucionais;
- Desenvolvimento da carreira de secretário clínico;
- Outros equipamentos (clínicos e outros, além dos informáticos).

De acordo com a última edição do estudo (2017), mais de 90% dos respondentes considera que a autonomia dos ACeS devia ser maior que a atualmente existente e 88%, que esse nível de autonomia do ACeS condiciona a autonomia das USF.

Há outros aspetos importantes a sublinhar, uma vez que demonstram a importância desta monitorização realizada pela USFAN. Não pode deixar de ser mencionada a referência à existência dos planos locais de saúde, planos de desempenho e relatórios de atividade no ACeS, mas sem discussão com as USF. Igualmente, 65% das USF com planos de ação não os discutiu com a direção executiva e não foram tidos em conta na discussão dos indicadores e metas de contratualização interna (em 69% dos casos) – dados referentes aos últimos 3 anos.

A satisfação com as instalações e equipamentos difere entre regiões. Os aspetos considerados mais inadequados dizem respeito ao equipamento informático (*hardware* e *software*), assim como a central telefónica, geradora de grande insatisfação. Existe ainda alguma insatisfação quanto à insuficiente rapidez da intervenção dos diretores executivos dos ACeS e conselhos diretivos das ARS para responder a problemas que dependem daquelas estruturas.

Os vários estudos aqui resumidos apontam como maiores motivos de insatisfação a organização dos serviços, a política de recursos humanos, os recursos tecnológicos e financeiros e a falta de rapidez nas respostas dos diretores executivos e das ARS. Todos estes aspetos poderiam ser mais facilmente trabalhados com maior autonomia de gestão nos ACeS.

**Quadro 31. Evolução dos problemas considerados mais relevantes nas edições do estudo “Momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal”**

	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
<b>1ª</b> Problema mais relevante	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Equipamentos informáticos Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo) (4,39) Hardware – computadores, monitores, por ex.) (4,24)
(média)	(4,5)	(4,7)	(4,5)	(4,28)	(4,48)	(4,3)
<b>2ª</b> Problema mais relevante	Recursos humanos/contratos precários	Recursos humanos/contratos precários	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Relacionamento com os Diretores Executivos dos ACES	Sistemas de Informação
(média)	(4,5)	(4,6)	(4,1)	(4,14)	(4,47)	(4,28)
<b>3ª</b> Problema mais relevante	Remunerações relativas às atividades específicas*	Contratualização	Contratualização	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Incentivos institucionais
(média)	(4,4)	(4,5)	(4,0)	(3,95)	(4,36)	(4,2)
<b>4ª</b> Problema mais relevante	Incentivos institucionais	Incentivos institucionais	Equipamentos	Outros equipamentos além dos informáticos	Sistemas de Informação	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,9)	(3,85)	(4,2)	4,09
<b>5ª</b> Problema mais relevante	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Contratualização	Contratualização	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,8)	(3,78)	(3,98)	3,99

**Fonte: (187)**

“Apesar de a maioria dos coordenadores estar descontente com o atual momento da reforma e com grande parte das instituições, o facto de este ano e no ano passado o número de participantes no estudo ter sido o mais elevado de sempre, revela que existe vontade por parte dos profissionais (principais atores da reforma) de dar um novo impulso à reforma” (187).

## **Promoção de procedimentos essenciais para a reforma**

2017 foi o ano da mudança de paradigma da contratualização dos cuidados de saúde primários. Tendo sido assumida como estruturante e essencial para o relançamento da reforma e para responder ao desafio da mudança, foi criado um grupo de trabalho, um fórum e uma Comissão Técnica Nacional, tendo a USFAN participado em todos eles, em articulação com outros atores e com as entidades do Ministério da Saúde.

A contratualização passa assim a ser vista, já não como um processo para o cumprimento de indicadores e obtenção de incentivos, mas antes como um compromisso de resultados, de processos e de recursos, de acordo com um plano de ação plurianual. Passa a ser assumida como um modelo de gestão por objetivos, enquadrada por uma política adaptativa. Pretende obter resultados em saúde, num contexto de boas práticas, focada “no que deve acontecer”, na gestão integrada dos percursos nas pessoas, de acordo com o seu ciclo de vida e com os percursos nos cuidados de saúde.

Esta mudança baseia-se na existência do plano de ação, numa matriz multidimensional (índice de desempenho global) e no processo de governação clínica e de saúde, para a garantia da qualidade dos cuidados. Este modelo permite premiar os melhores desempenhos e monitorizar e apoiar os desempenhos considerados insuficientes.

Para o novo modelo de contratualização, foram criados e disponibilizados vários instrumentos, entre eles, uma plataforma *online* para a construção dos planos de ação das unidades funcionais (PAUF), o Índice de Desempenho Global (IDG), tendo ainda sido produzidos um conjunto de documentos que tinham como finalidade facilitar o processo e o período de transição entre modelos.

Talvez um dos aspetos mais importantes seja, apesar da necessidade de ajustamentos, a aplicação deste novo modelo e dos seus instrumentos a todas as unidades funcionais dos ACeS e não apenas às USF e UCSP.

## **Inovação nos instrumentos de apoio à decisão**

Instrumento de apoio à contratualização, o Índice de Desempenho Global é a referência que se pretende alcançar e melhorar continuamente, sendo representado por uma matriz multidimensional da atividade das unidades funcionais dos ACeS. É uma ferramenta essencial de suporte ao processo de contratualização, contribuindo

igualmente para a monitorização da reforma, naquilo que se refere ao desempenho das unidades funcionais.

Trata-se de um modelo que permite avaliar, de forma quantitativa e qualitativa, o desempenho das unidades, promover a sua melhoria contínua e diminuir a variação dos resultados alcançáveis. Para isso, tem em conta os contextos de prestação de cuidados e os meios de desenvolvimento e maturidade organizacional das equipas. O IDG é obtido pela soma ponderada dos índices de desempenho sectoriais das áreas, subáreas e dimensões.

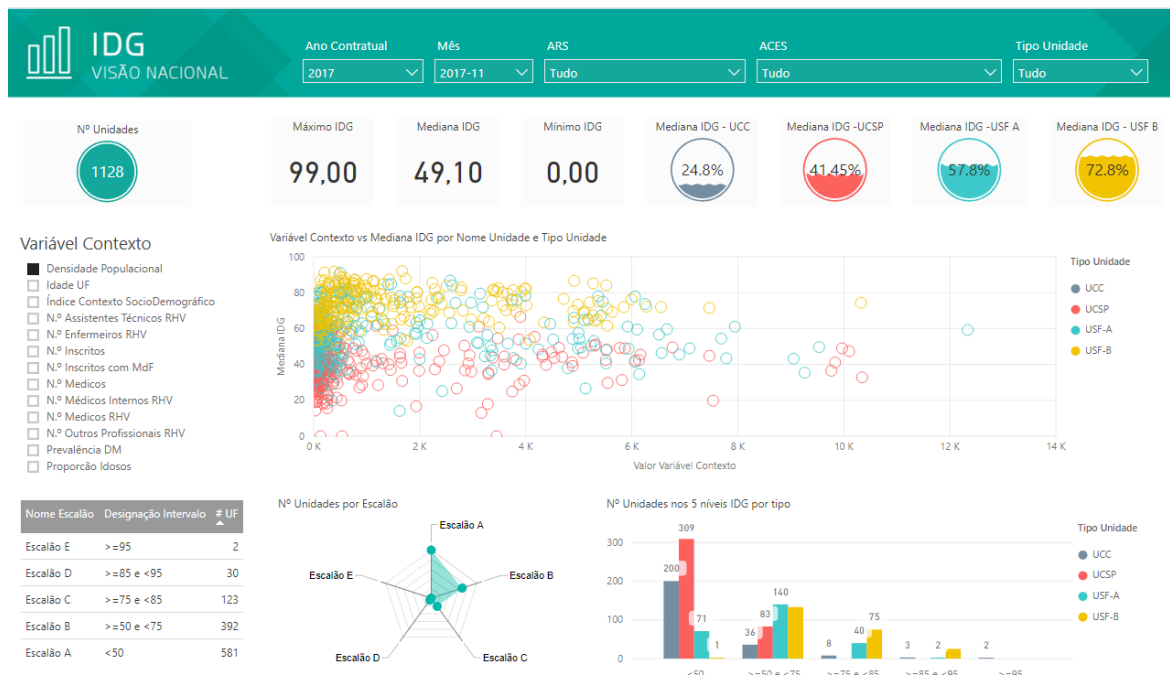
Disponível no Portal SNS (<https://sns.gov.pt/powerbi/powerbi.html>), o IDG permite uma visão nacional (em resumo gráfico ou matriz) por ano contratual e por variáveis de contexto:

- Densidade populacional,
- Idade da UF;
- Índice de contexto sociodemográfico;
- N° de assistentes técnicos RHV
- N° de enfermeiros RHV;
- N° de inscritos;
- N° de inscritos com MdF;
- N° de médicos;
- N° de médicos internos RHV;
- Prevalência DM e prevalência de idosos.

Apresenta o número de unidades funcionais em cada escalão do IDG, o máximo, mínimo e mediana nacional e a mediana para cada tipo de unidade funcional. Além da visão nacional, é possível refinar a pesquisa por ARS, ACeS e tipo de unidade. É ainda possível obter a visão USF/UCSP, assim como para as UCC e a visão comparada USF/UCSP e UCC (em matriz). Permite também verificar quais os indicadores contratualizados por unidade funcional.

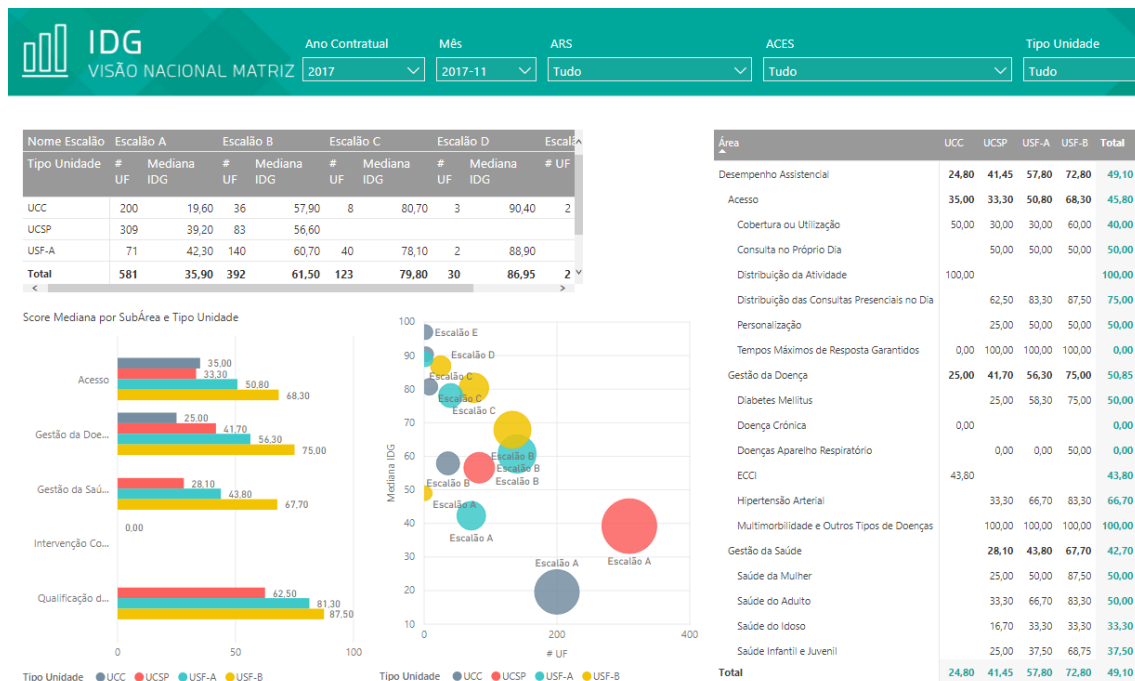


**Figura 70. Visão Nacional do IDG**



Fonte: <https://sns.gov.powerbi7powerbi.html>

**Figura 71. Visão nacional da matriz multidimensional do IDG**



Fonte: <https://sns.gov.powerbi7powerbi.html>

## Influência na evolução das políticas de saúde

Através da análise da publicação “7x7”, e tendo em consideração as prioridades estratégicas aí apresentadas, pelo facto de terem sido publicadas em 2015 e tendo a análise ocorrido em 2017, é possível, desde já identificar o contributo da USFAN, naquilo que respeita a quase totalidade das áreas mencionadas como estratégicas.

### Figura 72. Prioridades estratégicas presentes na publicação “7x7”, USFAN

**1. Criar uma Unidade de Missão** com mandato de 5 anos para delinear e conduzir a transformação integrada do SNS visto como um todo e cujo núcleo central para a coerência e organização sistémica do SNS renovado são os CSP, incluindo um dispositivo de gestão do conhecimento (página web) – cultura de monitorização e avaliação do funcionamento dos serviços e seus impactos na saúde da população, para assegurar um verdadeiro planeamento estratégico nacional do SNS.

**2. Instituir uma estratégia e práticas de gestão previsional rigorosa do recrutamento e valorização dos recursos humanos** – o seu capital humano e gestão previsional efetiva (prevenção das crises), apostando na rápida colocação dos novos especialistas em Medicina Geral e Familiar, no reconhecimento do enfermeiro de família como o especialista em saúde familiar, na criação da carreira do secretário clínico investindo na capacitação desses profissionais, integração das “novas” profissões da saúde (assistentes sociais, psicólogos clínicos, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos dentistas, higienistas orais, podologistas, farmacêuticos e outros) e dos profissionais do ex. IDT, na rede dos ACeS, sempre alocados a uma carteira de serviços tipificada nacionalmente.

**Fonte:** <https://app.box.com/s/s02vnnuywlnj147cqnx5nl03mmji0clu>

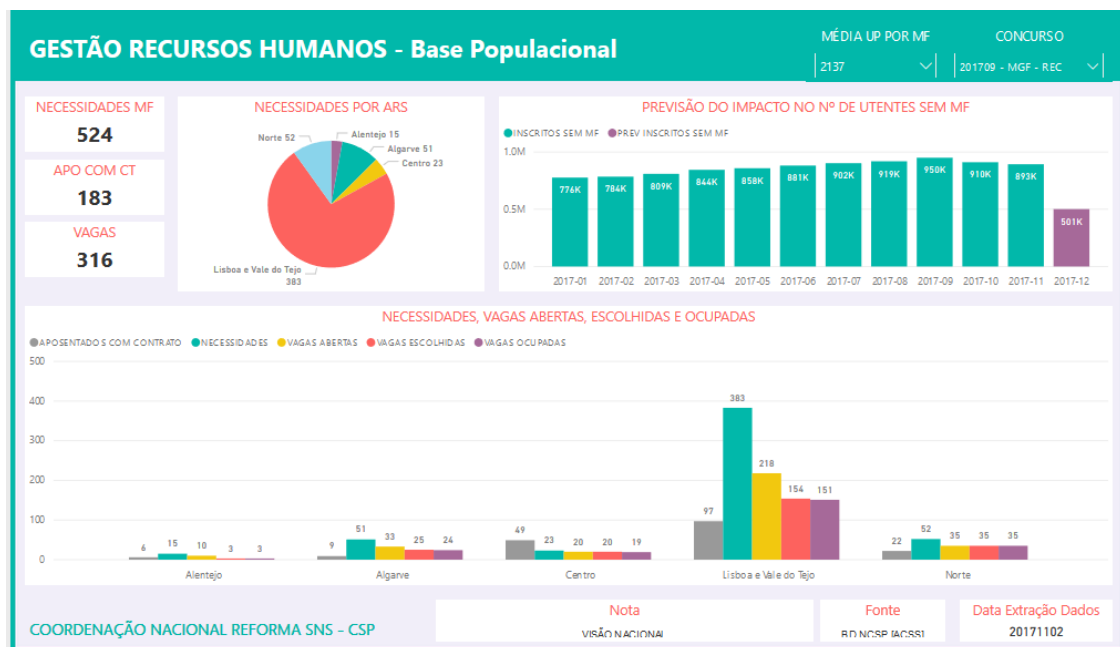
Relativamente à primeira prioridade estratégica, em janeiro de 2016, foi criada pelo Despacho nº200/2016 a figura do Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e sua Equipa de Apoio (CNCSP), na sua quase totalidade constituída por elementos da ex-MCSP. Não sendo esta equipa uma unidade de missão, tem como finalidade a expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, com vista a dar início a um novo ciclo que relançasse um processo para a melhoria da qualidade e da resposta efetiva dos cuidados primários. Está na dependência do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (Fernando Araújo). Pode considerar-se um primeiro passo em resposta a uma das prioridades estratégicas apontadas pela USFAN.

Em relação aos recursos humanos, a ausência de uma política com planeamento previsional dos mesmos, é amplamente reconhecida, como se viu, por exemplo no estudo II. A CNCSP iniciou a resposta a esta questão, através da criação de um *dashboard*, disponível para o público no portal do SNS, onde disponibiliza, uma

ferramenta de gestão de recursos humanos de base populacional. Estando, neste momento, apenas disponíveis os dados relativos às necessidades de médicos de família, encontra-se em desenvolvimento a área relativa a todos os outros profissionais dos cuidados de saúde primários, para todas as unidades funcionais.

Esta ferramenta, através da publicação dos mapas previsionais dos recursos humanos existentes e necessários nos cuidados de saúde primários, assim como das vagas autorizadas pelas respetivas ARS e colocações efetivadas, configura um exercício de transparência, para o qual a insistência e colaboração da USFAN foram essenciais. Está ainda prevista a publicação dos termos de referência da política de recursos humanos nos CSP.

**Figura 73. Ferramenta de gestão de recursos humanos nos cuidados de saúde primários**



**Fonte:** CNCSP, 2017 [www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma](http://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/bi-da-reforma)

No que se refere à prioridade de criar uma estrutura de acompanhamento e apoio das USF e ACeS, a CNCSP propôs a criação de um dispositivo de coordenação nacional, para revisão e harmonização das competências, recursos e metodologia de trabalho, desenvolvendo assim o modelo funcional das ERA. Este dispositivo foi regulamentado pelo Despacho nº 14723/2016 respondendo assim à necessidade identificada pela USFAN, de ser criada uma estrutura de acompanhamento e apoio às USF e ACeS.

A nova arquitetura integrada para os sistemas de informação parece ser uma das áreas de mais difícil implementação.

O desenvolvimento da governação clínica e de saúde foi garantido através da criação, pelo Despacho nº 3041/2017, de um Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários. Tem por missão o desenvolvimento de uma cultura comum de valores e práticas de governação clínica e de saúde, baseada na criação de comunidades de aprendizagem em rede, dos conselhos clínicos e de saúde dos ACeS. De realçar a participação do Presidente da USFAN neste Grupo Técnico.

Assim, pode concluir-se que, das prioridades estratégicas identificadas pela USFAN, o aumento do número de USF e o redimensionamento dos ACeS, são aquelas menos desenvolvidas, até ao momento desta análise.

Pareceu relevante mencionar todos os desenvolvimentos alcançados nos últimos anos, com especial destaque para 2016, pelo seu contributo para a autonomia das equipas e para a descentralização da decisão, se não de um modo mais formal, através da simplificação dos processos de negociação e contratualização, pela disponibilização de toda a informação necessária, num evidente exercício de transparência.

O papel da USFAN foi relevante em todas estas áreas. Pela análise do seu Relatório de Atividades de 2016, é possível constatar a sua participação na Comissão Técnica Nacional da Contratualização, nas reuniões de *Steering* do BICSP, nas reuniões de trabalho para o desenvolvimento do novo sistema de informação para os cuidados de saúde primários, nas reuniões Simplex dos cuidados de saúde primários, todas elas, organizadas diretamente pelo Ministério da Saúde e/ou das entidades, como a ACSS e SPMS.

## **Discussão e conclusões**

Considerando a USFAN como um novo ator da saúde, de carácter não governamental e assumindo-a como um dos principais contributos para a promoção e acompanhamento dos resultados da transformação do SNS, importou analisar o seu papel na reforma dos cuidados de saúde primários, essencialmente naquilo que tem a ver com os princípios preconizados para a descentralização da gestão para os ACeS.

O estudo II permitiu identificar os determinantes da descentralização na organização e gestão dos cuidados de saúde primários, principais fatores que levaram ao insucesso da descentralização nos cuidados primários, nomeadamente os fatores externos e internos ao sistema de saúde, assim como o aparecimento de iniciativas externas à

estrutura formal do SNS, de origem não governamental, mas que permitiram o necessário acompanhamento dos resultados da transformação do SNS.

Decorrente desta identificação pareceu oportuno realizar um estudo de caso à USFAN, para identificar os fatores que facilitaram o seu desenvolvimento, assim como as principais funções que assumiu e dos dispositivos de influência que desenvolveu.

Este estudo III permitiu concluir que os fatores que facilitaram o desenvolvimento da USFAN foram: i) a dinâmica criada pela Unidade de Missão para os CSP, ii) dissipação das lideranças, iii) abrandamento numa fase ainda precoce, iv) a necessidade de acompanhamento, monitorização, correção e resolução de obstáculos e v) envolvimento não governamental. A USFAN veio assim assumir um papel de liderança das USF e da reforma, quando os atores formais da saúde não o fizeram, demonstrando a importância das lideranças informais para o processo de mudança que se vivia.

A necessidade da sua existência é amplamente reconhecida quer se trate de lideranças formais ou informais, que apoiem e influenciem os decisores políticos. Essa existência, ao longo da evolução do SNS e dos cuidados de saúde primários, tem sido fundamental, sendo mesmo apontada como um dos fatores que podem condicionar a implementação de reformas no setor da saúde. Analisando essa evolução, verifica-se que, mais ou menos formais, os marcos históricos dos cuidados de saúde primários contaram com o apoio de líderes que suportavam as ideias e medidas a implementar.

Isso foi visível desde logo no início da década de 70, com a criação dos centros de saúde, sendo aí as lideranças mais formais, centrais, representadas por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa. No fim da mesma década, a criação do SNS, pela mão de António Arnaut, também foi acompanhada por uma liderança formal.

Já na primeira parte da década de 90, parece ter deixado de haver apoio direto aos cuidados primários. A partir da segunda metade dos anos 90, o apoio da tutela foi mais evidente, com a colocação de líderes de topo em cargos importantes na saúde, permitindo iniciar experiências descentralizadoras e autónomas, como os Projeto Alfa e os RRE, para os quais contribuíram as agências de contratualização. Nesta fase, foi crucial a aliança com as forças do terreno, com os profissionais, líderes informais que estenderam estas experiências a várias localidades, diminuindo assim as possíveis resistências à mudança.

O papel das lideranças volta a destacar-se em 2005, primeiro com a MCSP e os grupos de coordenação que se criaram a partir de 2010, que tinham por objetivo garantir a continuidade das medidas da reforma. O papel dos grupos pós MCSP não teve o impacto necessário, pelo que a USFAN foi assumindo esse papel em relação à USF, pressionando a tutela, exigindo respostas e, posteriormente, participando na negociação e influenciando a tomada de decisão.

Apesar disso, e embora tenha sido criada uma nova estrutura, a Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos CSP, também esta sem poder executivo, a reforma encontra-se numa fase de discussão das alterações que se tentam implementar, mas ainda sem avanços substanciais concretos, além o desenvolvimento da contratualização e da governação clínica e do BICSP e com algumas pistas para a reorganização dos ACeS.

Naquilo que respeita as lideranças informais, é preciso garantir que as forças do terreno não sejam constituídas apenas por elementos mais jovens, que entraram nos CSP já depois da reforma, e que não conhecem em profundidade as alterações introduzidas, assim como a lógica da própria reforma.

Além disso, é necessário promover um discurso de trabalho conjunto, de planeamento e de ação para o futuro, com medidas devidamente desenhadas, amplamente discutidas, com a máxima participação e envolvimento, ao invés de um discurso de crítica, culpabilização e exigência.

O papel de uma associação deste tipo, passa pela representação das unidades e pelas profissões que as constituem, mas deve passar também pela aposta na garantia da qualidade dos cuidados prestados e da satisfação dos profissionais e dos utentes. Para isso, deve desenvolver mecanismos, além dos já existentes estudos de investigação sobre a satisfação, outros métodos de avaliação, do desenvolvimento dos profissionais, dos resultados obtidos e do cumprimento dos objetivos, por parte das instituições. Não se trata apenas de uma avaliação no âmbito da contratualização, mas de uma monitorização e de um acompanhamento mais próximo, como análises de *stakeholders*, que identifiquem riscos e situações susceptíveis de vir a colocar em causa os princípios da reforma dos cuidados de saúde primários.

Atualmente, a existência do BICSP e do IDG são os grandes contributos para um exercício de transparência fundamental, que permitem essa monitorização e avaliação de proximidade. Devem, pois, ser aproveitados para esse fim e para promover a

continuidade da reforma e para desenvolver o processo de descentralização que tem tardado a chegar aos ACeS.

Identificaram-se as principais características da Associação, relacionadas por um lado com o seu carácter multiprofissional inovador, que ampliou a sua representatividade e influência e por outro com a função de observatório da reforma, que permitiu o seu acompanhamento, monitorização e identificação dos aspetos a desenvolver para a garantia dos princípios que vinham a ser defendidos desde pelo menos 2005, nomeadamente a organização em pequenas equipas, autónomas e a descentralização da gestão para os ACeS. Mas também a forma como decorreu a sua própria evolução e como foi assumindo funções diferentes, todas elas com importância e influência quer para a decisão política, quer para a gestão dos cuidados de saúde primários.

Algumas destas funções estão relacionadas com o desenho e desenvolvimento de instrumentos que favorecem ou facilitam a descentralização e a consequente autonomia senão para os ACeS, pelo menos para as unidades funcionais: o portal BICSP, representou um exercício de transparência de toda a informação relativa aos resultados daquilo que se faz nos cuidados de saúde primários, mas também dos recursos existentes e das atividades planeadas. O IDG permite a comparação entre unidades funcionais e entre ACeS, em termos de desempenho, considerando as variáveis de contexto de cada unidade de observação.

Num momento de abrandamento da reforma e numa fase em que a MCSP passava por um período conturbado, a USFAN vem mostrar que é possível garantir a continuidade da reforma junto dos profissionais. Isso é visível pelos estudos de satisfação, em que, em 2009 58.4% dos coordenadores de USF que responderam ao questionário (Momento Atual da Reforma), estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação da USFAN. Em 2010 essa percentagem foi de 60.8, em 2011 84.2, em 2012 de 77.1, em 2013 de 82.2, em 2014 de 72.4, em 2015 de 61.7 e em 2016, de 54.6. De notar que 2015 e 2016 foram anos de transição na nova direção, o que pode ter influenciado as respostas.

Este estudo permitiu igualmente identificar os principais dispositivos de influência da USFAN, que estão relacionados, por um lado, com as características próprias do seu processo de desenvolvimento e por outro, com os dispositivos propriamente ditos, que permitiram exercer influência.

Relativamente às características do seu processo de desenvolvimento, identificaram-se:



- O seu carácter multiprofissional, único em Portugal, que lhe permite representar três profissões distintas, o que possibilitou ir aumentando o seu número de associados e com isso, a sua representatividade e o seu peso na negociação e na capacidade de influenciar a decisão;
- O facto de ter vindo a constituir-se como o “observatório da reforma”, através da aplicação anual do estudo “Momento Atual”, que acompanha a satisfação dos coordenadores das USF relativamente a todos os aspetos da reforma e do desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

Já no que respeita o desenvolvimento dos dispositivos de influência, destacam-se:

- O seu contributo para a criação do dispositivo nacional de coordenação das ERA – fundamental ao acompanhamento das unidades funcionais e à criação e abertura de novas unidades, que garantem uma maior cobertura populacional, mais utentes com médico de família, melhores diagnósticos, maior adesão aos rastreios e melhores resultados em saúde, além de contribuir para a sustentabilidade do SNS, através da redução da despesa com medicamentos e MCDT;
- O papel fundamental no desenho e criação do BIUSF, posteriormente BICSP, ferramenta essencial ao desenvolvimento dos cuidados primários, que simplifica o acesso à informação e promove a transparência quanto a dados sobre as unidades, seus profissionais e população abrangida, assim como de desempenho e prestação de contas;
- A implementação de um novo modelo de contratualização focada nos resultados em saúde e não em indicadores, para o qual contribuíram os instrumentos IDG e PAUF (agora incluídos no BICSP);
- Participação no grupo nacional para o desenvolvimento da governação clínica e de saúde, para a garantia da qualidade dos cuidados prestados nas unidades funcionais dos ACeS. As preocupações com as questões da governação clínica ainda se encontram numa fase bastante incipiente de internalização por partes dos profissionais, nomeadamente no que diz respeito à percepção, ao aceitar e querer, ao estruturar e ao praticar uma cultura de “governação clínica e de saúde” pelos dirigentes dos ACeS, das unidades funcionais e pelos diferentes profissionais. Essa cultura deve reflectir-se na elaboração dos planos de ação das diversas unidades funcionais, de forma integrada e complementar e sempre centrados nos cidadãos, no contexto em que vivem e



nas suas necessidades em saúde. Estas realidades diferentes entre populações, entre contextos e entre necessidades em saúde constituem um dos principais argumentos que justificam a necessidade de descentralização de gestão nos CSP, para garantir que as intervenções em saúde são as que são precisas, as mais adequadas, as mais efectivas e eficientes.

Além destes dispositivos, a participação em vários grupos de trabalho organizados pela tutela, em reuniões de vários organismos governativos e em audiências parlamentares e juntos dos diferentes partidos políticos, são aspetos representativos do seu poder de influenciar a decisão.

É de salientar que esta influência, visível pela sua participação na negociação e na tomada de decisão (decisões que vão ao encontro dos temas debatidos e das sugestões apresentadas pela USFAN), tem tido efeitos mais visíveis nas unidades funcionais, essencialmente USF, sendo desejável a sua repercussão nos ACeS.



## CONCLUSÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES

A revisão bibliográfica realizada permitiu uma definição do conceito de descentralização, assim como da sua evolução desde a década de 50 e da sua importância para o combate às burocracias administrativas, para a resposta às necessidades e prioridades locais e para uma gestão participada.

Tendo em consideração as várias definições do conceito de descentralização, resumidas numa transferência de poder, autoridade e capacidade de decisão de um nível superior, central, para um nível regional ou local, e atendendo às quatro formas que pode assumir (desconcentração, delegação, devolução e privatização), há a sublinhar vários aspectos.

O aparecimento das ARS deu-se por um processo de delegação, onde foram transferidas responsabilidades de gestão relativamente às funções específicas, do poder central para o poder regional. Implicou, necessariamente a existência de capacidade regional de administração e gestão e desconcentração financeira.

Todavia, esta forma de descentralização não chegou aos cuidados de saúde primários, quer na tentativa de implementar os centros de saúde de 3ª geração com o decreto-lei nº 157/99, quer com a reforma dos CSP de 2005, com as USF em 2006 ou com a constituição dos ACeS em 2008.

Os ACeS não viram delegadas competências, de acordo com a definição do conceito de delegação. O decreto-lei nº 28/2008 define-os como serviços desconcentrados das ARS, o que significa que apenas houve uma transferência de autonomia em termos administrativos e de competências de gestão, mas não de poder de decisão.

Como se tem vindo a referir, as reformas da saúde não podem deixar de ter em conta o contexto global e a própria administração pública onde se inserem. Por esse motivo, houve que analisar e compreender as razões porque os ACeS em 2008 foram descentralizados pela via da desconcentração e não pela delegação. Essas razões foram várias. Sublinhamos aquelas que se referem ao contexto concreto da administração pública (e da sua reforma, que levou à redução do número de institutos públicos) e as que têm a ver com as dificuldades financeiras resultantes da crise económica que levou a uma tendência centralizadora dos recursos.

A forma como a descentralização acontece determina as competências ou as tarefas que um órgão descentralizado pode assumir. Assim, naquilo que respeita a desconcentração, os ACeS não têm qualquer capacidade de legislar, definir as

políticas a implementar ou regular. A sua capacidade é limitada no que se refere à possibilidade de determinar e implementar mecanismos de obtenção de fundos, à gestão de recursos humanos, às aquisições e serviços e à manutenção (na óptica da gestão e decisão diária). Também é limitada a possibilidade de colaboração intersectorial e de definição e implementação de programas de formação. O nível de responsabilidade é maior (comparativamente com as tarefas anteriores), embora em geral reduzido, no planeamento e alocação de recursos e na gestão e decisão diária do orçamento e despesa. Em geral, os processos de desconcentração, como foi o caso dos ACeS, são aqueles onde as responsabilidades atribuídas aos órgãos locais são menores.

Globalmente, os determinantes e princípios da descentralização, além de outros fatores encontrados nos estudos, podem ter contribuído para o modo como os ACeS foram descentralizados. Um dos determinantes básicos é a existência de uma estrutura formal em pleno funcionamento. Desde logo, isso não se verificou.

Outro princípio é a existência de pessoal formado e qualificado. Embora existissem, nas sub-regiões de saúde que se extinguíram, recursos humanos qualificados e formados em várias áreas fundamentais para a gestão dos ACeS, o seu número era limitado, não se tendo conseguido garantir a sua distribuição pelas unidades de apoio à gestão (UAG) de cada ACeS. Além disso, a formação dos próprios diretores executivos parece ter sido outro aspeto limitador. Quando criados os ACeS, os diretores executivos foram inicialmente nomeados e iniciaram funções e só depois foi definido e implementado um programa de formação específico. A agravar, esta formação aconteceu apenas para a primeira vaga de diretores executivos, não tendo havido formação para todos os que foram nomeados posteriormente.

O facto dos ACeS terem sido criados pelo decreto-lei nº 28/2008 e implementados todos quase em simultâneo, veio colocar em causa três princípios essenciais da descentralização: flexibilidade, gradualismo e progressão. Não se tratou de um processo descentralizador flexível e capaz de se adaptar às diferentes realidades e não ocorreu de forma gradual, tendo sido as suas funções descentralizadas ao mesmo tempo, não tendo sido, igualmente, um processo progressivo. A agravar estes factos, foram extintas em simultâneo as sub-regiões, o que criou um caos na gestão diária, que não facilitou a descentralização da gestão para os ACeS.

Por outro lado, o nível de apoio político também contribui para o sucesso da descentralização. Se este apoio era bem visível aquando da implementação das USF,

pareceu começar a enfraquecer no período em que se iniciava o desenvolvimento dos ACeS - 2008, altura em que se instalou a crise financeira internacional e se iniciou a crise financeira nacional que levou ao pedido de intervenção da *Troika*. Deste período, destaca-se a mudança de ministro da saúde, apesar de ser no mesmo governo. Além da perda de apoio político, essencialmente devido ao menor peso político da tutela e à retirada de verbas pelo ministério das finanças, o apoio das lideranças, nomeadamente da MCSP, também se perdeu a partir de 2009.

Analisando a divisão da administração pública em administração direta e indireta, verifica-se que a indireta engloba as ARS e os hospitais EPE, por exemplo, por se tratarem de entidades que têm personalidade jurídica, sujeitos ao poder de orientação, fiscalização, superintendência e tutela, tendo autonomia administrativa e financeira. Desde logo, percebe-se que a descentralização não chegou aos cuidados primários, mais concretamente aos ACeS, uma vez que estes não são considerados como fazendo parte da administração indireta, sendo apenas serviços desconcentrados das ARS.

Esta situação teria sido diferente se os ACeS, aquando da sua criação tivessem sido sujeitos a um processo de delegação e/ou transformados em institutos públicos. Todavia, como se refere no enquadramento, a partir de 2002 deu-se início a uma política de extinção e fusão de institutos públicos, o que influenciou o contexto de implementação dos ACeS.

Faltou, nas reformas da administração pública e na implementação dos ACeS, ao contrário do que aconteceu com as USF e daí o seu sucesso, a existência simultânea de duas abordagens distintas: uma de cima para baixo, hierárquica e de comando-e-controle, legislativa e normativa, e outra de baixo para cima, participada e com o envolvimento dos atores sociais.

O estudo I possibilitou fundamentar a tese apresentada na introdução, em que se baseia todo trabalho. Começou por dizer-se que as várias tentativas de descentralização no SNS, salvo as USF naquilo que respeita a autonomia organizacional, nunca penetrou nos cuidados primários como aconteceu com os hospitais, embora segundo modalidades distintas. Isso foi resultado quer do papel dos diferentes níveis de influência das lideranças a cada momento, quer do contexto nacional marcado pela democratização, pela revolução, por situações de crise económica e pelas reformas da administração pública. Mas também pelo contexto internacional, de crise nos anos 70 e 2000 e pelas várias reformas da administração e

do papel do Estado. Estas conjunturas e suas influências determinaram a evolução do setor da saúde.

Havendo fatores de várias ordens que contribuíram para dificultar a descentralização nos cuidados de saúde primários e em particular na fase de reforma, no estudo II identificaram-se os fatores externos e internos ao sistema de saúde, assim como iniciativas e instrumentos que poderão dar resposta às dificuldades encontradas.

A reforma teria beneficiado de um acompanhamento e monitorização contínua, que permitisse levar os seus ensinamentos e resultados positivos para outras áreas além das USF, nomeadamente para os ACeS. Porém, o enfraquecimento das lideranças locais contribuiu para que as autoridades de saúde, salvo em raras exceções, não o fizessem. Esse papel acabou por ser desempenhado pela USFAN, associação multiprofissional dos cuidados de saúde primários, como se analisou em profundidade no estudo III.

As conclusões dos estudos tornam possível defender que a saúde em geral e o SNS e os CSP em particular beneficiariam da existência de uma administração pública específica para este setor, com características diferentes, baseadas numa organização e regras mais flexíveis e adaptáveis aos diferentes contextos e necessidades da população. Uma administração pública específica para a saúde teria vantagens, em termos macro para o sistema de saúde e a nível micro, para os cidadãos. Facilitaria as reformas necessárias, a introdução e a gestão da mudança, assim como a implementação das medidas e ações para as reformas. Facilitaria ainda a contratação de recursos humanos, a aquisição de serviços e a qualificação e transformação das unidades e a organização das mesmas. Todos estes aspetos que não podem continuar dependentes de regras rígidas centralizadoras e de comando-e-controle da típica administração pública portuguesa. Contribuiria para melhorar a prestação de cuidados e a sua qualidade, com consequências diretas nos resultados em saúde da população.

O trabalho desenvolvido permitiu assim dar resposta à pergunta de investigação: **A reforma dos cuidados de saúde primários impulsionada em 2005 permitiu descentralizar a organização e a gestão para os ACeS?** Através do estudo I verificou-se que existe alguma descentralização e autonomia nas USF, essencialmente ao nível da organização, mas que encontrou dificuldades aquando da sua implementação nos ACeS, sobretudo em termos de gestão e suas demais unidades funcionais, nomeadamente UCC, URAP e USP. A estratégia de

descentralização da reforma dos cuidados de saúde primários encontrou várias dificuldades à sua concretização, tendo as respostas às entrevistas e aos questionários aplicados, comprovado aqueles que são os determinantes da descentralização no sistema de saúde e em concreto, nos cuidados primários. O estudo II permitiu identificar os determinantes da descentralização, enquanto fatores externos ao sistema de saúde, como é o caso das características da administração pública e internos, próprios do funcionamento do SNS, e ainda aspetos exteriores ao SNS, mas com grande influência, como é o caso das iniciativas não governamentais e lideranças informais.

Em termos gerais, o trabalho desenvolvido ao longo dos três estudos permitiu alcançar os objetivos propostos: i) compreender e descrever o processo de descentralização da reforma dos cuidados de saúde primários de 2005; ii) analisar o nível de descentralização e autonomia nos cuidados de saúde primários, na perspetiva dos atores envolvidos na reforma de 2005, nomeadamente diretores executivos dos ACeS e coordenadores das USF; iii) identificar os determinantes da descentralização e autonomia nos cuidados de saúde primários e iv) Identificar medidas e instrumentos facilitadores da descentralização e da autonomia.

As conclusões deste trabalho apresentam algum nível de robustez, pela aposta no cumprimento de vários critérios de rigor científico para a investigação qualitativa, nomeadamente a triangulação. Para isso, recorreu-se a várias fontes de dados, desde documentos oficiais do ministério da saúde e dos seus grupos técnicos e de coordenação, legislação, literatura académica e científica, estudos de investigação e perceções de *stakeholders*. Um outro critério atendido foi a saturação, através da exploração exaustiva da informação, visível pelo número de referências bibliográficas analisadas e pelo trabalho de transcrição integral das entrevistas e análise de conteúdo, assim como análise total dos resultados dos inquéritos, embora se tenha optado pela apresentação resumida dos seus resultados.

Ainda como critérios de rigor, a confirmabilidade dos dados, uma vez que foram vários os participantes, nas entrevistas e questionários (mas também na literatura), a referir as dificuldades da descentralização nos ACeS e os fatores que contribuíram para essas dificuldades; a segurança, uma vez que a informação obtida através das entrevistas e dos questionários foi confirmada na literatura e por fim, a transferabilidade, uma vez que houve cuidado em descrever todas as etapas do processo de investigação e dos resultados obtidos.

Este trabalho não apresenta, assim, **limitações** relacionadas com a sua validade. Todavia, foram de outro tipo as limitações encontradas, nomeadamente aquelas relacionadas com:

- Lentidão do processo académico na atribuição formal de orientadores, tendo coincidido com alterações no programa de doutoramento (Bolonha);
- Demora no processo de obtenção de autorizações por parte das comissões de ética das ARS;
- Dificuldade, temporal e geográfica, no agendamento e realização das entrevistas;
- Baixa adesão nas respostas aos questionários;
- Dificuldade em termos de imparcialidade relativa ao tema, por desenvolver atividade profissional na área e por fazer parte, desde 2016 de uma estrutura do Ministério da Saúde (CNCSP);
- Dificuldade na interpretação das perceções dos respondentes, devido às suas limitações em termos de isenção, por estarem demasiado envolvidos em todo o processo de reforma dos cuidados de saúde primários (especialmente os entrevistados);
- Dificuldades na sistematização da informação relacionada com o estudo de caso.

Atendendo às suas especificidades e limitações, a comprovada originalidade do tema e a sua pertinência para a saúde pública, a confirmação da tese apresentada contribui para o conhecimento sobre os cuidados de saúde primários na descentralização da sua organização e gestão, apresentando-se ainda instrumentos e recomendações para ultrapassar essas dificuldades.

A reforma dos cuidados saúde primários tarda em conseguir todos os progressos necessários em matéria de descentralização. Para superar as dificuldades encontradas e tirar partido das oportunidades identificadas, será de importância crítica conseguir progressos simultâneos nos três domínios seguintes:

- Extrair as necessárias lições do papel da USFAN nesta reforma e ampliar os efeitos desejáveis da sua avaliação relativa aos resultados mais positivos;
- Encontrar formas mais efetivas para argumentar da necessidade de uma administração pública na saúde melhor adaptada às especificidades da saúde;
- Proceder o mais rapidamente possível ao desenvolvimento organizacional e de gestão das ARS, superando definitivamente o modelo de comando-e-controlo



ainda vigente e atribuir aos ACeS o nível adequado de autonomia para o exercício das suas competências.

Conhecidos os factores que dificultam a descentralização, mas também identificados os instrumentos necessários à sua implementação, a descentralização da gestão para os ACeS pode ser realizada através de experiências piloto, limitadas, em áreas com os recursos e condições necessárias, seguindo todos os princípios dos processos descentralizadores abordados neste trabalho, evitando assim os riscos das suas consequências negativas. Essas experiências devem ser devidamente monitorizadas e avaliadas, permitindo que potenciem o seu alargamento progressivo ao restante território

Esta linha de investigação deverá ser prosseguida no sentido de, aproveitando os ensinamentos obtidos nos estudos acima referidos, proceder a um acompanhamento prospetivo dos fatores que facilitam ou dificultam os necessários progressos da descentralização das decisões críticas para uma gestão de proximidade na evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal.

**Relativamente ao futuro**, e embora já referido o benefício de existir uma administração pública específica para a saúde, reconhecendo as dificuldades de que isso aconteça, foram definidas algumas ações que poderiam beneficiar os cuidados de saúde primários.

Por um lado, avançar com experiências piloto de descentralização de um número limitado de ACeS, seguindo os princípios básicos da descentralização. Essas experiências deviam decorrer na lógica do que aconteceu na década de 90 com os RRE e em 2005 com as USF, de acordo com o decreto-lei 28/2008, e com um nível de autonomia facilitado por um processo rigoroso de contratualização e pelo estabelecimento de um contrato programa formal, com a alocação do respectivo orçamento e definição de compromissos de ambas as partes (ACeS e ARS).

Estas experiências, já anteriormente recomendadas pelos grupos estratégicos de apoio ao desenvolvimento dos CSP e mais recentemente, pela USFAN, devem ser acompanhadas, monitorizadas e avaliadas. Para o seu acompanhamento, poderá ser útil a existência da Coordenação Nacional da Reforma do SNS na área dos CSP, ou outro grupo que a venha a substituir, assim como a existência do Núcleo de Apoio

Estratégico do Ministério da Saúde, útil pela possibilidade de uma visão integrada e complementar do SNS.

Independentemente da autonomia preconizada para estas experiências, não se esgota o papel das ARS, pois a descentralização de processos deste tipo nunca será total. Pelo contrário, serão necessárias as ARS com a capacidade de ter uma visão estratégica que integre todas as instituições da saúde da região (cuidados primários, hospitalares, continuados, convencionados, setor social e privados), nas respostas às necessidades em saúde da população, como serão fundamentais na monitorização, e avaliação e contratualização com todas as instituições. Devem seguir uma lógica de reforma de proximidade e não a habitual lógica centralizadora de comando-e-controle, que permita a obtenção de sinergias entre todos os prestadores, mais ganhos em saúde e bem-estar e menor iatrogenia para os cidadãos, maior eficiência e efetividade para o SNS. Com esta medida, não se pretende atribuir total autonomia aos ACeS. Pretende-se, sim, dotá-los das competências e recursos necessários para uma gestão efetiva, com responsabilização, avaliação, prestação de contas e consequências. Isso envolveria uma seleção e avaliação criteriosa dos diretores executivos, não bastando as habituais avaliações da CRESAP, muitas vezes colocada em causa pelos métodos utilizados.

O recrutamento dos diretores executivos exigiria também a participação numa formação adequada às novas tarefas, antes de exercer funções.

Seria igualmente necessário definir e legislar as competências que ficariam nas ARS e as que seriam delegadas nos ACeS, assim como estudar um possível redimensionamento destes, adequando-os aos princípios e critérios do estudo elaborado em 2007 pelo GANEC.

Este tipo de definições exige a máxima participação e envolvimento, pelo que seria útil a realização de uma análise de *stakeholders*, que permitiria identificar as resistências à mudança, numa lógica de boa governança. Um processo participado implica o envolvimento dos atores sociais e de todos os agentes que fazem parte do processo de descentralização. Importa assim saber quem são os *stakeholders*, de modo a promover a sua participação. Para tal, é aconselhável a realização de uma “análise de *stakeholders*”, como método de obter o conhecimento necessário sobre quem são, o que pensam, nível de interesse no processo, grau de influência que podem exercer (positiva e negativa para o objetivo pretendido), capacidade e poder de decisão, evitando assim obstáculos e resistências ao processo de descentralização.

Apresenta-se um exemplo de como pode ser realizada uma análise de *stakeholders* relativa à descentralização.

**Quadro 32. Exemplo de grelha de resultados de análise de *stakeholders***

STAKEHOLDER	CARACTERISTICAS				
	Tipo de envolvimento	Nível de interesse	Grau de influência	Impacto da ação no agente	Posição face à ação
Ministério da Saúde					
ACSS					
ARS					
Centros de Saúde					
Profissionais de Saúde					
Associações profissionais					
Sindicatos					
Utentes					
Associações de utentes					
Instituições privadas de saúde					

**Fonte: (180)**

Este tipo de análise permite o delineamento de uma estratégia de descentralização que tenha em conta todos os determinantes que podem facilitar ou dificultar os processos de atribuição de autonomia, contribuindo assim para o seu sucesso nos cuidados de saúde primários.

Essencial seria também garantir que as medidas a implementar resultem de políticas adaptativas, flexíveis e capazes de se adaptar às mudanças e às alterações no contexto, que como se viu é fundamental, numa lógica de aprendizagem e adaptação contínua, com benefícios para todos, decisores, profissionais e mais importante, os cidadãos.

Naquilo que respeita as lideranças informais, é preciso garantir que as forças do terreno não sejam constituídas apenas por elementos mais jovens, que entraram nos CSP já depois da reforma, e que não conhecem em profundidade as alterações introduzidas, assim como o antes e o depois e a lógica da própria reforma. Além disso,

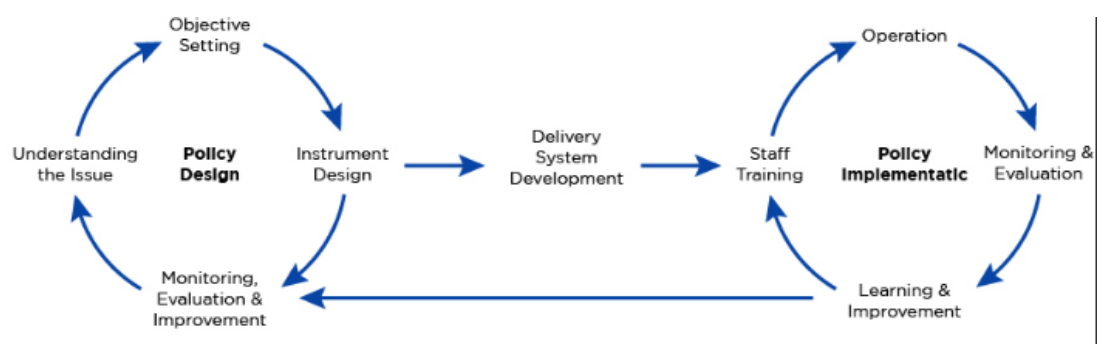
é necessário promover um discurso de trabalho conjunto, de planeamento e de ação para o futuro, com ações devidamente desenhadas, amplamente discutidas, com amáxima participação e envolvimento, ao invés de um discurso de crítica, culpabilização e exigência.

É necessário igualmente garantir que as iniciativas não governamentais, inovadoras e externas ao SNS, continuem a exercer a sua influência e a servir de apoio à autonomia e descentralização, sendo elas próprias exemplos descentralizadores.

Num mundo cada vez mais exigente e complexo, os decisores políticos enfrentam a incerteza constante e correm o risco de definir e levar à implementação políticas que não sejam efetivas e não atinjam os seus propósitos, porque são aplicadas sem possibilidade de se adaptarem à mudança (188).

Apesar deste não ser um tema recente (tem surgido na literatura desde o início do século XX), no caso específico do setor da saúde, a abordagem das “cidades saudáveis” permitiu compreender e descrever o que é um sistema complexo e adaptativo e comprovar a necessidade de se desenharem e implementarem medidas e ações que não sejam estáticas, uma vez que as mesmas intervenções não têm os mesmos resultados quando aplicadas em contextos ou em momentos distintos. Por tal, é fundamental que se compreenda que se o sistema é complexo e adaptativo, as soluções devem ser flexíveis e ajustáveis no tempo e no espaço. As políticas devem ser adaptativas não só no processo de desenho mas igualmente na fase de implementação (188). A novidade, naquilo que diz respeito às políticas adaptativas, é a sua capacidade de adaptação a condições não antecipadas, tendo capacidade para se adaptarem aos imprevistos de contexto para os quais não foram originalmente concebidas e identificar as questões emergentes que necessitem de atenção, procedendo a ajustes para alcançar os seus objetivos (188).

**Figura 74. Processo de desenho e implementação de políticas**



**Fonte: (188)**

Swanson e Bhadwal (1988), apresentaram um conjunto de ferramentas úteis para a construção de políticas adaptativas, essenciais a um mundo incerto e em constante mudança. São elas:

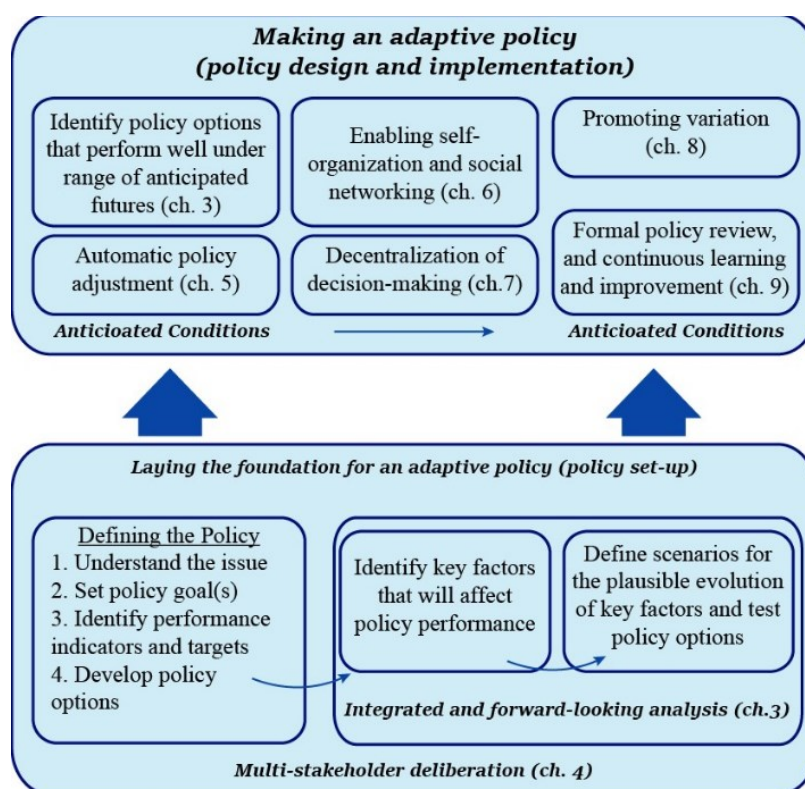
- Análise integrada e de longo prazo, para identificação dos fatores susceptíveis de afetar o desempenho e para identificação de cenários possíveis;
- Envolvimento e integração da opinião de múltiplos *stakeholders*;
- Criação de meios automáticos de promover ajustamentos das políticas;
- Promoção de auto organização e desenvolvimento de redes;
- Descentralização da decisão, da autoridade e responsabilidade de quem decide;
- Inclusão de variedade de respostas e soluções;
- Revisão formal das políticas e aprendizagem contínua.

*“Descentralizar a capacidade de decisão para próximo do terreno, com autonomia e responsabilização, aumenta a probabilidade de se conseguir respostas oportunas e adequadas face a situações novas e imprevisíveis” (108).*

Assim, as políticas adaptativas permitem antecipar as condições futuras, de planeamento e de monitorização, recorrendo a um conjunto de ferramentas, como análise a longo prazo, processo de cenarização, análise de *stakeholders* e monitorização de indicadores chave de desempenho, que permitem acionar ajustamentos às políticas. Permite que as políticas se adaptem às circunstâncias de um mundo complexo, incerto e dinâmico.

A figura abaixo resume as ferramentas propostas por Swanson e Bhadwal (1988).

**Figura 75. Ferramentas para políticas adaptativas**



**Fonte: (188)**

Recomenda-se, portanto, que as próximas medidas a implementar nos cuidados de saúde primários, tenham em consideração os pressupostos das políticas adaptativas.

Parece igualmente necessária uma análise mais profunda ao nível de descentralização existente, uma vez que o conceito tem sido utilizado indiscriminadamente e os objetivos da descentralização surgem sempre como objetivos das reformas a implementar no sistema de saúde.

Neste sentido talvez seja oportuno desagregar as funções atribuídas pela descentralização nos cuidados de saúde primários, no sentido de perceber qual o nível de descentralização e autonomia verdadeiramente existente, pois os resultados das percepções dos coordenadores das USF e dos diretores executivos são úteis para se compreender a necessidade de aprofundar a temática, mas apresentam muita variabilidade. Sugere-se, para esse fim, o recurso a uma matriz à semelhança da que se apresenta:

**Quadro 33. Análise à descentralização**

	Baixo nível de descentralização	Nível médio de descentralização	Alto nível de descentralização
<b>Planeamento:</b> Formulação de políticas Desenho de programas e projetos			
<b>Finanças:</b> Criação de dividendos e fontes de recursos Orçamento e alocação de recursos Gestão da despesa Auditoria financeira			
<b>Recursos humanos:</b> Planeamento, contratação, avaliação Salários e benefícios Formação			
<b>Prestação de serviços e implementação de programas/projetos:</b> Definição dos serviços a prestar Definir as metas Definir normas e regulamentos Monitorização dos prestadores Participação dos utilizadores Gestão de seguros Contratualização			
<b>Manutenção operacional:</b> Medicamentos e stocks Veículos e equipamentos Equipamentos e infraestruturas			
<b>Gestão da informação:</b> Desenho do sistema de informação Recolha, processamento e análise de dados Disseminação da informação pelos stakeholders			

**Adaptado de (23, 161)**

Dado que a descentralização parece ainda longe de cumprir os seus objetivos, podem contribuir para o seu redesenho a identificação das funções relativas ao planeamento, financiamento, recursos humanos e prestação de serviços que a descentralização possa vir a melhorar. Também identificar quais os objetivos de se descentralizar cada uma dessas funções e considerar com rigor quais as funções que terão mais vantagens em ser desempenhadas no nível central e no nível local, tendo em conta as competências e recursos existentes em cada um dos níveis. Por fim, mapear a estrutura administrativa existente e a estrutura financeira e identificar potenciais focos de conflitos e problemas.

A atual conjuntura política e económica, permitiria avançar com um projeto piloto de descentralização dos ACeS.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Leininger M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In: Morse M, editor. Qualitative research methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications;1994.
- (2) Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas;1999.
- (3) Taylor SJ, Bodan R, DeVault M. Introduction to qualitative research methods. Hoboken, NJ: Wiley Publishers; 2015.
- (4) Carmo H, Ferreira M. Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta; 1998.
- (5) Rother ET. Revisão sistemática vs revisão narrativa [editorial]. Acta Paulista de Enfermagem. 2007;20(2):v-vi.
- (6) Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
- (7) Quivy R, Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva; 1998.
- (8) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
- (9) Neundorf KA. The content analysis guidebook. 2<sup>nd</sup> edition. Los Angeles, CA: Sage Publications; 2017.
- (10) Couper MP. Designing effective web surveys. New York, NY: Cambridge Sate University; 2008.
- (11) Pinto, P. Introdução à análise estatística. Vol. I. Faro: Sílabas e Desafios; 2015.
- (12) Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Sistema de saúde português: riscos e incertezas: relatório de Primavera 2008. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2008.
- (13) Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Saúde: um bem para todos: cuidados de saúde primários: antecedentes, contexto e medidas para a sua modernização. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2005.
- (14) Ramos V, Barbosa P. De Alma a Harry revisitado: breve interpretação de um percurso e uma nota de gratidão. In: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. A nova saúde pública: a saúde pública da era do conhecimento: livro de homenagem a Constantino Sakellarides. Lisboa: Gradiva; 2011.
- (15) Tulchinsky T, Varavikova E. The new public health. Amsterdam: Elsevier Academy Press; 2009.
- (16) Saltman R, Rico A, Voerman W, editors. Primary Care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.

- (17) Stoeckle J, Candib LM. The neighborhood health center: reform ideas of yesterday and today. *The New England Journal of Medicine*. 1969;280(25):1385-1391.
- (18) Mills A. Decentralization concepts and issues: a review. Geneva: World Health Organization; 1990.
- (19) Tobar F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas* 1991;5: 31-51.
- (20) Rondinelli DA, Nellis JR, Cheema GR. Decentralization in developing countries: a review of recent experiences. Washington, DC: The World Bank; 1983.
- (21) Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectoralidade. *Saúde e Sociedade*. 1997;6(2):31-46.
- (22) Regmi K. Health service decentralization: an overview. In: Regmi K, editor. *Decentralizing health services: a global perspective*. New York, NY: Springer; 2014. p. 1-15.
- (23) Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*. 1998;47(10):1513-1527.
- (24) Regmi K, Naidoo J, Greer A, Pilkington P. Understanding the effect of decentralization on health services: the Nepalese experience. *Journal of Health Organization and Management*. 2010;24(4):361-382.
- (25) Byrkjeflot H, Neby S. The end of the decentralized model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal of Health Organization and Management*. 2008; 22(4):331-349.
- (26) Castillo JR. Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- (27) Lobo T. Descentralização: uma alternativa de mudança. *Revista Administração Pública*. 1988;22(1):14-24.
- (28) Furniss N. The practical significance of decentralization. *Journal of Politics*. 1974;36(4): 958-982.
- (29) Milss A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, editors. *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva: World Health Organization; 1990.
- (30) Collins C, Green A. *Valuing health systems: a framework for low and middle-income countries*. New Delhi: Sage Publications; 2014.
- (31) Saltman R, Bankauskaite V, Vrangbaek K. editors. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead: Open University Press; 2007.
- (32) Bremner J. The complexities of decentralization. *Euro Observer*. 2011;13(1):1-3.
- (33) Green A. *Health planning for developing health systems*. New York, NY: Oxford University Press; 2007.

- (34) Cohen J, Peterson S. Administrative decentralization: strategies for developing countries. Sterling, VI: Kumarian Press;1999.
- (35) Brinkerhoff D, Leighton C. PRHplus: Partners for Health Reform Plus: insights for implementers: decentralization and health system reform: issue in brief. Bethesda, MD: The Partners for Health ReformPlus Project; 2002.
- (36) Thunhurst C. Decentralized planning processes. In: Regmi K, editor. Decentralizing health services: a global perspective. New York, NY: Springer; 2014. p. 93-111.
- (37) The Word Bank. Governance and development. Washington, DC: The World Bank; 1992.
- (38) Bankauskaite V, Saltman RB, Vrangbaek K. The role of decentralization of European health care systems. London: Institute for Public Policy Research; 2004.
- (39) Prud'homme R. On the dangers of decentralization. Washington, DC: The World Bank; 1994. (Policy Research Working Paper;1252).
- (40) Araújo JFFE. Contracting out and the challenges for accountability. Revista de Administração e Políticas Públicas. 2000;1(2): 6-15.
- (41) Mozzicafreddo J. A responsabilidade e a cidadania na administração pública. Sociologia, Problemas e Práticas. 2002;40:9-22.
- (42) Brinkerhoff D. Accountability and health systems: overview, framework and strategies. Bethesda, MD: The Partners for Health ReformPlus Project; 2003.
- (43) Levaggi R, Smith P. Decentralization in health care: lessons from public economics [oral presentation]. York: University of York; 2003. Conference on Economics and Health Policy Centre for Health Economics, University of York, 16th December 2003.
- (44) Isosaari U. Power in health care organizations: contemplations from the first line management perspective. Journal of Health Organization and Management. 2011; 25(4): 385-399.
- (45) Fleury S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2014.
- (46) Santos N. Autonomia gerencial para unidades públicas prestadoras de serviços do SUS: oportunidade e necessidade de regulamentação. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010.
- (47) Di Gropello E. Decentralized systems of health care delivery and the role of large cities: a comparative analysis. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; 2002.
- (48) Oliveira H. Contratualização em cuidados de saúde primários. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2010. Dissertação de Mestrado.
- (49) Simões J. Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina; 2004.

- (50) Carvalho ER. Políticas de reforma administrativa em Portugal. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2007.
- (51) Saltman R, Figueras J, Sakellariadeseditors Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
- (52) Escoval A. Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização: fatores críticos do contexto português. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003. Tese de doutoramento em Gestão.
- (53) Fernandes AC. Aquisição de ganhos em saúde através de políticas de saúde integradas: critérios para uma administração descentralizada e participada. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 1998. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- (54) GANEC. Estrutura organizacional e modelo de funcionamento da administração de saúde.. Lisboa: GANEC; 2006. Serviço de consultadoria prestado à Secretaria Geral do Ministério da Saúde no âmbito do processo de reestruturação PRACE.
- (55) Saltman R, Figueras J Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: a conceptual framework. International Journal of Health Services.1998; 24(2): 201-229.
- (56) Bilhim J. Ciência da administração. Lisboa: Universidade Aberta; 2000.
- (57) Amaral DF. Curso de direito administrativo. 3ª edição. Volume I. Coimbra: Almedina; 2006.
- (58) Governo de Portugal. Constituição da República Portuguesa. 7º Revisão Constitucional. 3ª edição. Coimbra: Almedina; 2016.
- (59) Amaral DF. Curso de direito administrativo. Coimbra: Almedina; 2000.
- (60) Moreira V. Organização administrativa: programa, conteúdos e métodos de ensino. Coimbra: Coimbra Editora; 2001.
- (61) Fonseca RG. Autonomia estatutária das empresas públicas e descentralização administrativa. Coimbra: Almedina; 2005.
- (62) Cardoso AB. O princípio da descentralização [blogue]. Administrativistas sub3. (12 de Novembro de 2012). Disponível em: <http://administrativistassub3.blogspot.com/2012/11/o-principio-da-descentralizacao.html>.
- (63) Fernandes AT. Descentralização e teoria do estado [comunicação oral]. In: Colóquio sobre La Décentralisation: évolution d'un thème de recherches, Universidade de Orléans, 1 e 2 de outubro de 1987.
- (64) Guterres A. A administração pública no limiar do século XXI: os grandes desafios [sessão de abertura]. In: Conferência sobre a Administração Pública no limiar do século XXI, Lisboa, Centro de Congressos, 15-16 de junho de 1999. Oeiras: Instituto Nacional de Administração;1999.

- (65) Belchior MJ. Fatores determinantes da não concretização em 20 anos, da autonomia de gestão administrativa e financeira nos cuidados de saúde primários: estudo de perceções de informadores chave. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa; 2014. Dissertação de Mestrado.
- (66) Nunes PMM. A reforma das administrações públicas e a reforma do Estado: modelo(s) de gestão preconizados para as reformas.. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012. Provas públicas para a obtenção do título académico de Agregado em Ciências Empresariais, especialidade de Gestão.
- (67) Mozzicafreddo J. Modernização da administração pública e poder político: administração e política: perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos. Oeiras: Celta Editores; 2001.
- (68) Mendes MV. A reforma da administração pública em Portugal. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2007.
- (69) Reichard J. The 1997 healthcare alliance and network sourcebook. New York, NY: Faulkner and Gray; 1996.
- (70) Aucoin P. Administrative reform in public management: paradigms, principles, paradoxes and pendulumd. Governance. 1990; 3(2): 115-137.
- (71) Rocha JAO. As relações entre o poder e os funcionários [comunicação oral]. In: Colóquio sobre o Estatuto dos Funcionários Municipais, Cedrel, 21 de junho de 2001. Lisboa: Cedrel; 2001.
- (72) Hood C. Exploring variations in public management reform of the 1980's. In: Bekke AG, Perry J, Toonen T, editors. Civil service system in comparative perspective. Bloomington, IN: Indiana University Press; 1996.
- (73) DGAEP. Descentralização. Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado. Relatório final - anexo 4. Lisboa: DGAEP, 2006.
- (74) Correia de Campos A. Perspetivas e desafios da reforma administrativa em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 1997;15 (3) 21-25.
- (75) Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Acontecimento extraordinário. Lisboa: Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2009.
- (76) Correia JMS. As relações jurídicas de prestação de cuidados pelas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde: direito de saúde e bioética. Lisboa: Associação Académica da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa; 1996.
- (77) Estorninho MJ. Organização administrativa da saúde: relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino. Coimbra: Almedina; 2008.
- (78) Faria PL. Medical law in Portugal. Amsterdam: The Netherlands: Kluwer Law International; 2010.

- (79) Amador OM. A organização do setor público da saúde em Portugal. Lisboa: Almedina; 2010.
- (80) Cabral N, Amador O, Martins G. A reforma do setor da saúde: uma realidade iminente. Lisboa: Almedina; 2010.
- (81) Portugal. Ministério da Saúde. Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspetiva sistémica integrada. Lisboa: Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2011.
- (82) Imperatori E. Indicadores de qualidade e serviços de cuidados de saúde primários em Portugal: uma abordagem para a sua utilização. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1984. Dissertação para concurso a lugar de Professor Auxiliar.
- (83) Fundação para a Saúde. Serviço Nacional de Saúde: para uma conversação construtiva. Lisboa: Diário de Bordo; 2014.
- (84) Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6 (2):319-328.
- (85) Costa R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*. 2012; 18:47-71.
- (86) Trevisan L, Junqueira L. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):893-902.
- (87) Collins C, Omar M, Adhikari D, Dhakal R, Emmel N, Dhakal MR, et al. Health system decentralization in Nepal: identifying the issues. *Journal of Health Organization and Management*. 2007;21(6): 535-545.
- (88) Pederson KM, Christiansen T, Bech M. The Danish health care system: evolution not revolution in a decentralized system. *Health Economics*. 2005; 14: S41-S57.
- (89) Nguyen L, Häkkinen U, Pekurinen M, Rosenqvist G, Mikkola H. Determinants of health care expenditure in a decentralized health care system. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2009. (Discussion Papers; 21/2009).
- (90) Barbosa P, Santana R, Costa C. Cuidados de saúde primários: descrição da sua evolução histórica e atual processo de reforma. In: Costa C, Santana R, Lopes S. Pode a organização, a gestão e o financiamento das organizações de saúde em Portugal produzir resultados diferentes em termos de eficiência?: Relatório IV/2011: Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2011.
- (91) Santana P, Vaz A, Fachada M. Measuring health inequalities in Portugal in the 90s [oral presentation]. In: International Conference Poverty, Food and Health in Welfare: current issues, future perspectives, Lisbon, Fundação Calouste Gulbenkian, 1–4 July, 2003. Lisbon: Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.
- (92) Pisco L. Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2841-2852.

- (93) Usategui O, Keenoy M. Sistema de saúde e cuidados de saúde primários. In: Zurro MA, Pérez CJF, editors. Manual de cuidados primários: organização e protocolos de atuação na consulta. 2ª edição. Lisboa: Farmapress.
- (94) Tobi P, Regmi K. Health systems and decentralization. In: Regmi K, editor. Decentralizing health services: a global perspective. New York, NY: Springer; 2014. p. 17-31.
- (95) World Health Organization. National health policies, strategies and plans. Geneva: WHO; 2016.
- (96) Tranquada MS, Martins MM, Sousa M. Critérios de financiamento dos cuidados de saúde primários: a experiência portuguesa. In: VII Encontro Nacional de Economia da Saúde, 16 e 17 de Novembro de 2000, Lisboa, Torre do Tombo. Lisboa: APES; 2000.
- (97) Escoval A. Sistemas de financiamento da saúde: análise e tendências. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; 1997.
- (98) Correia de Campos A. Reformas da saúde: o fio condutor. Coimbra: Almedina; 2008.
- (99) Dunlop DW, Martins JM. As international assessment of health care financing: lessons for developing countries. Washington, DC: The World Bank; 1995. (EDI Seminar Series).
- (100) Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. Research agenda for general practice, family medicine and primary health care in Europe. Maastricht: EGPRN-European General Practice Research Network; 2009.
- (101) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde; 2002.
- (102) Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. editors. Building primary care in changing Europe. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- (103) 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 Service Research. 2010;10(1):65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
- (104) Sakellarides C, Oliveira LL, Albuquerque MJB, Costa IMA, Rêgo MGS. O serviço de cuidados primários de saúde (centro de saúde): princípios gerais e reflexões sobre uma experiência. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1979. (Cadernos de Saúde; 1).
- (105) Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. In: Cabral NC, Amador OM, Martins GWO. A reforma do setor da saúde: uma realidade iminente. Lisboa: Almedina; 2010. p. 257-288.
- (106) Vuori H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 1991; 3:17-24.
- (107) Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice 2010, 11:81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81.
- (108) Sakellarides C. A saúde em tempo de mudança; relatório do Diretor-Geral da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 1999.



- (109) Rodrigues J. Reforma dos cuidados de saúde primários: 7 desafios [comunicação oral]. In: 1º Congresso SNS: Património de todos. Lisboa: Fundação para a Saúde. Serviço Nacional de Saúde; 2013.
- (110) Sakellarides C. Novo contrato social da saúde: incluir as pessoas. Lisboa: Diário de Bordo; 2009.
- (111) Biscaia A, Martins JN, Carreira MF, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. Lisboa: Padrões Culturais; 2005. Obra vencedora do Grande Prémio Fundação Astrazeneca 2005.
- (112) Ferreira FAG. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian; 1990.
- (113) Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal e no mundo. Lisboa: Autor; 2008.
- (114) Barbosa P. Analyzing policy innovation: the primary healthcare reform in Portugal. European Journal of Public Health. 2008;18(Suppl 1). 16<sup>th</sup> European Conference on Public Health, EUPHA, Lisbon, 6-8 November 2008. Health and Innovation in Europe.
- (115) Natário A et al. Integração de unidades de cuidados primários de saúde: avaliação da eficácia dos serviços. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. 1981;V.
- (116) Ramos V. Os sistemas de saúde em transição, o caso português e a obra do Prof. Gonçalves Ferreira. In: Coelho AM, coord. Francisco António Gonçalves Ferreira: livro de homenagem. Lisboa: INSA; 1995. p. 349-355.
- (117) Sakellarides CT. Centros de saúde integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1984;1(1): 12-15.
- (118) Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 1991. (Edições Especiais).
- (119) Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral: relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2004.
- (120) Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Centros de saúde da terceira geração: manual para a mudança. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2002.
- (121) Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde, que ruturas?: relatório de Primavera de 2003. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2003.
- (122) Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Colapso ou ressurgimento?. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2003. (Edições Especiais).
- (123) Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde: luzes e sombras: a governação da saúde: relatório de Primavera 2007. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2007.



- (124) Biscaia A. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2006; 22(1):67-79.
- (125) Biscaia A. *Futurar em positivo: satisfação no trabalho*. Lisboa: Grafisol; 2013.
- (126) Portugal. Ministério da Saúde. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2006.
- (127) Portugal. Ministério da Saúde. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de ação: sucessos e problemas das unidades de saúde familiar: um estudo qualitativo*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2008.
- (129) Carvalho MTG. *Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
- (130) Portugal. Ministério da Saúde. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de ação proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2007.
- (131) Barbosa P, Ramos V, Escoval A. Atenção primária à saúde em Portugal: experiências e desafios. *Boletim OIAPSS - Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde*. 2013; 3: 1-5.
- (132) Branco A, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Temático (2) 5-12.
- (133) Oliveira MD, Magone JM, Pereira JA. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005;30(1-2): 211-230.
- (134) Portugal. Ministério da Saúde. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Agrupamentos de centros de saúde: linhas de acção para a sua implementação e desenvolvimento: documento de trabalho*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2008.
- (135) Portugal. Ministério da Saúde. *Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Áreas de trabalho e objetivos 2011*. Lisboa: Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2011.
- (136) Portugal. Ministério da Saúde. *Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Autonomia dos ACeS: encontro do Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2011.
- (137) Portugal. Ministério da Saúde. *Administração Central do Sistema de Saúde. Metodologia de contratualização*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2010.
- (138) Correia de Campos A. Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*. 2002; XXXVI (161):1079-1104.

- (139) Ferreira C. SNS: administração participada [editorial]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1985; 3(1) 3-4.
- (140) Jain S. What is strategy in global health care? Bethesda, MA: Health Affairs Blog; 2012.
- (141) Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills. recessions, budgets, battles and the politics of life and death. New York, NY: Basic Books; 2013.
- (142) Prewitt T. Bottom-up healthcare reform: good management is important, but it can't create improvement. *Quality Digest*. 2015.
- (143) Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13: e039.
- (144) Harvard University. A strategy for health care reform: catalyzing change from the bottom up. Cambridge, MA: Harvard Interfaculty Program for Health Systems Improvement. Harvard University, 2006.
- (145) Sakellarides C, Barbosa P, Pedro AR, Santos AI. Contrariar o destino: da importância das reformas de proximidade à necessidade de inteligência colaborativa em saúde [ensaio]. *Revista Fatores de Risco*. 2016; 40.
- (146) Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Tempos decisivos. Lisboa: Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde; 2010.
- (147) Kollberg B, Elg M. The practice of the balanced scored card in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 445; 60(5) 427-445.
- (148) Carvalho MJ. Gestão e liderança na saúde: uma abordagem estratégica. Porto: Vida Económica; 2008.
- (149) World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
- (150) Escoval A, Ribeiro R, Matos T. A Contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; Temático (9): 41-57.
- (151) Silva A, et al. Novos *drivers* da reforma dos cuidados de saúde primários: proposta para a implementação de USF Modelo C. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2011. Trabalho de avaliação do Seminário de Especialidade de Políticas, Gestão e Administração de Saúde. Programa de Doutoramento em Saúde Pública. - 5.
- (152) European Commission. The economic adjustment programme for Portugal. Brussels: Directorate-General for Economic and Financial Affairs. European Commission; 2011. (Occasional Paper; 79).
- (153) Miguel LS, Brito de Sá A. Cuidados de saúde primários em 2011-2016: reforçar, expandir: contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2010.

- (154) Rodrigues J. Pense no global e atue no local: reflexos da política de saúde. Coimbra: Mar da Palavra; 2015.
- (155) Lapão L, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *International Journal of Health Planning and Management*. 2012; 27(4):295-307.
- (156) Mintzberg H. The nature of managerial work. New York, NY: Harper & Row; 1973.
- (157) Gonçalves I, Biscaia A, Ferrinho P, Carreira M, Antunes AR, Martins JN. Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. 2ª edição. Lisboa: Fundação Astrazeneca; 2008.
- (158) Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Promoção dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 1975. Tradução do documento de trabalho A28/ WP/4 apresentado e discutido na 28ª Assembleia Mundial de Saúde.
- (159) Mintzberg H, Lampel J. Reflexão sobre o processo estratégico. *Revista Portuguesa de Gestão*. 2000; (15:2): 24-33.
- (160) Freitas MG. Quanto custam os cuidados de saúde primários: análise de custos do centro de saúde de Sete Rios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1988;6(1-2) 95-102.
- (161) Bossert TJ. Guidelines for promoting decentralization of health systems in Latin America: Health Setor Reform Initiative. Boston, MA: Harvard School of Public Health; 2000.
- (162) Santos RAS. A contratualização: uma avaliação aos projetos específicos 1997/1998. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 1999. Trabalho final do XXVII Curso de Administração Hospitalar.
- (163) Harfouche AP. Hospitais transformados em empresas: análise do impacto na eficiência: estudo comparativo. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2008.
- (164) Drucker PF. The executive in action: managing for results, innovation and entrepreneurship, the effective executive. New York, NY: HarperBusiness; 1996.
- (165) Hamel G, Prahalad CK. Competing for the future. Boston, MA: Harvard Business School Press; 2000.
- (166) Jenkins K. Civil service reform in the United Kingdom [oral presentation]. In: Workshop on Civil Service Reform in Anglophone Africa, Somerset West, South Africa, 24–28 April, 1995.
- (167) Shirley M. Performance contracts: a tool for improving public services. In: Picciotto R, Wiesner E, editors. Evaluation and development: the institutional dimension. New Brunswick: Transaction Publishers; 1998.
- (168) Russo J. Balanced scorecard versus tableau de bord. *Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*. 2005;62: 56-63.
- (169) Epstein M, Manzoni J. The balanced scorecard and tableau de bord: translating strategy into action. *Management Accounting*. 1997; August: 28-36.

- (170) Ribeiro CMS. O controlo de gestão nas unidades de saúde: o balanced scorecard. *Gestão*. 2008;10: 61-66.
- (171) Saltman R, Busse R, Mossialos E, editors. *Regulating entrepreneurial behavior in European health systems*. Brussels: European Observatory on Health Systems; 2002.
- (172) Vaughan JP. Lessons from experience. In: Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, editors. *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva: World Health Organization; 1990.
- (173) Omar M. Health decentralization in developing countries: unique or universal? *World Hospitals and Health Services*. 2002;38(2): 24-30.
- (174) Mintzberg H, Lampel JB, Quinn JB, Ghoshal S. *The strategy process, concepts, contexts, cases*. Essex: Pearson Education; 2003.
- (175) Barros AJP, Lefffeld NAS. *Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica*. São Paulo: McGraw Hill; 1986.
- (176) LaFond A. *Sustaining primary health care*. London: Routledge; 1995.
- (177) Welsh T, McGinn N. *Decentralization of education: why, when, what and how?* Paris: UNESCO. International Institute for Education Planning; 1999.
- (178) Semali I. *Understanding stakeholder's roles in health sector: reform process in Tanzania: the case of decentralizing the immunization program*. Basel: Faculty of Science. University of Basel; 2003. Doctoral thesis.
- (179) World Bank. *Bureaucrats in business: the economics and politics of government ownerships*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- (180) Varvasovsky Z, Brugha R. How to do (or not to do) a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*. 2000; 15(3): 338-345.
- (181) Kusnanto H. *Principal agent and stakeholder approaches in decentralized healthcare: the Indonesian case: Takemi Program*. Boston, MA: Harvard School of Public Health; 2010.
- (182) Scheemer K. *Guidelines for conducting a stakeholder analysis*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform; 1999.
- (183) Edmonstone J. Leadership development in health care: what do we know? *Journal of Management in Medicine*. 2002;16(1): 34-47.
- (184) Edmonstone J. The development of strategic clinical leaders in the National Health Service in Scotland. *Leadership in Health Services*. 2011; 24(4): 337-353.
- (185) Portugal. Ministério da Saúde. *Administração Central do Sistema de Saúde. Metodologia de contratualização*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2014.
- (186) Portugal. Ministério da Saúde. *Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório anual de acesso a cuidados de saúde*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2017.

(187) Biscaia A, Pereira A, Carneira R, Fehn AC. Momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários: questionário aos coordenadores de USF: sumário executivo. Lisboa: Associação Nacional de Unidades de Saúde Família; 2017.

(188) Swanson D, Bhawal S, editors. Creating adaptive policies: a guide for policy-making in an uncertain world. Ottawa, ON: Sage Publications; 2009.

