



ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E HOSPITALAR EM PORTUGAL: DESAFIO PARA A GESTÃO DA SAÚDE

ARTICULATION BETWEEN PRIMARY CARE AND HOSPITALS IN PORTUGAL: AN INNOVATIVE CHALLENGE FOR HEALTH MANAGEMENT

 **Alexandre Morais Nunes**

Doutor em Administração da Saúde, Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal
anunes@iscsp.ulisboa.pt

 **Andreia Afonso de Matos**

Doutora em Administração Pública, na especialidade de Administração da Saúde, Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal
matos.andreia@gmail.com

Resumo: A boa resposta dos serviços de atenção primária à saúde em articulação com os serviços hospitalares é um dos principais objetivos de qualquer sistema de saúde. Em Portugal, encontrou-se uma solução que passou pela interação de ambos numa mesma administração. Este estudo apresenta a experiência portuguesa, seus resultados e a perspectiva dos gestores em relação ao sucesso e à reprodução do modelo. Realizou-se uma análise estatística dos resultados e um estudo exploratório de abordagem qualitativa com a participação de vinte gestores hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Os dados discursivos foram coletados por meio de entrevistas e analisados com recurso à análise de conteúdo. Como resultados se verificou que os gestores consideram que a articulação melhorou o acesso, aumentou a qualidade e a eficiência de ambos os níveis de cuidados.

Palavras chave: Atenção primária. Hospitais. Acesso. Qualidade. Eficiência.

Abstract: The good response of the primary health care services in articulation with the hospital services is one of the main objectives of any health system. In Portugal, a solution was found that passed through the interaction of both in one administration. This study presents a Portuguese experience, its results and a management perspective regarding the success and reproduction of the model. A statistical analysis of the results and an exploratory study of a qualitative approach were carried out with the participation of hospital managers from the National Health Service. Discursive data were collected through interviews and analyzes using content analysis. As a result we find that managers consider the best quality of access, quality and efficiency of the two levels of care.

Keywords: Primary care. Hospitals. Access. Quality. Effectiveness.

Cite como

American Psychological Association (APA)

Nunes, A. M., & Matos, A. A., (2021, jan./abr.). Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: desafio para a gestão da saúde. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 10(1), 61-83.
<https://doi.org/10.5585/rgss.v10i1.322>.



1 Introdução

Hoje, os sistemas de saúde envolvem uma crescente complexidade nos países desenvolvidos, levando à necessidade de adaptar a transformação do contexto institucional e organizacional, procurando melhores respostas nos níveis de fornecimento e gestão cuidados de saúde, respeitando, naturalmente, os princípios fundadores de cada sistema de saúde (Araújo, 2002; Grone & Garcia-Barbero, 2001).

A perspectiva de mudança e adaptação dos sistemas de saúde depende de um conjunto de pressões externas que podem restringir, baseadas em dados demográficos (envelhecimento da população), epidemiológicos, econômicos (restrição orçamental), políticos (redefinição da política de saúde), tecnológicos (desenvolvimento contínuo das tecnologias de saúde, equipamentos, materiais) e da informação (apoiando a estratégia para executar medidas) (Barros, 2013).

Para atender às novas necessidades de saúde e continuar a prestar cuidados de forma universal, geral e tendencialmente gratuita, o Serviço Nacional de Saúde português (SNS), adotou uma estrutura assente em três diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (atenção primária, hospitalar, de reabilitação e de palição), que devem articular-se entre si, numa estrutura hierárquica cujo primeiro nível deverá ser sempre a atenção primária, a partir do qual seguem sucessivamente os restantes (Portugal, 2015).

A atenção primária em Portugal constitui uma porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde e foca-se nas atividades de prevenção da doença e promoção da saúde realizadas numa unidade conhecida como Centro de Saúde. As equipas são multidisciplinares e estão centradas na atividade de um médico especialista em Medicina Geral e Familiar, o denominado Médico de Família, que tem a seu cargo um máximo de 1950 pacientes, que acompanha e monitora seu estado de saúde, promovendo a adoção de hábitos de vida saudáveis e a vigilância do seu estado de saúde. Nessas unidades também existe um trabalho realizado pelos enfermeiros que apoiam a atividade clínica através dos serviços que incluem a avaliação de sinais vitais, o contato próximo com o paciente (na consulta de enfermagem), a vacinação, o ensino e a realização de tratamentos. Há também centros de saúde que têm psicólogo, nutricionista, médico dentista e higienista oral, para também dar uma resposta à população nestas áreas de intervenção na saúde (Fernandes, 2015).

Atualmente os Centros de Saúde da atenção primária estão organizados em agrupamentos, conhecidos por ACES (agrupamentos de centros de saúde). Foi um processo de gestão realizado com o objetivo de unificar as pequenas unidades numa mesma gestão que



facilita a integração e articulação desse nível de cuidados com os restantes (hospitalar, de reabilitação e de palição). Atualmente são 46 os ACES existentes em Portugal (Nunes, 2016).

Os cuidados de saúde hospitalares são os mais diferenciados e realizam-se em unidades muito diversificadas, os hospitais, que prestam cuidados curativos programados, ambulatorial e de emergência num conjunto global de atividades que incluem a internação, a consulta de especialidade (encaminhada pelos centros de saúde), atividade cirúrgica, sessões de hospital de dia (onde os pacientes se deslocam para realizar tratamentos para uma doença específica, por norma de acompanhamento permanente e contínuo (diálise, administração de medicamentos inovadores) e ainda disponibilizam uma ampla gama de meios de diagnóstico e de terapêutica com os mais inovadores meios e com a tecnologia mais avançada (Fernandes & Nunes, 2016).

Os hospitais portugueses dão uma resposta para todos os problemas de saúde em todas as especialidades e por isso estão organizados em rede e sempre que uma unidade hospitalar não pode dar resposta imediata a um problema encaminha logo o seu paciente para outro hospital, com maior disponibilidade, ou com melhor desempenho numa área especializada. Este é um programa recente que facilita o acesso e promove uma maior satisfação e mais saúde para os portugueses (Nunes, 2016).

Os cuidados de saúde hospitalares estão organizados em três diferentes modelos: os hospitais do sector público administrativo com gestão pública, os hospitais E.P.E., que sendo igualmente públicos têm um modelo de gestão empresarial e os hospitais em parceria público-privada, que se mantendo públicos viram a sua gestão ser atribuída a um grupo privado mediante um processo de contratação a médio ou longo prazo (entre 10 a 30 anos). Atualmente existem 47 unidades hospitalares em Portugal (Harfouche, 2012).

Os cuidados continuados de reabilitação, são um nível de prestação que conta com onze anos de atividade. Criados em 2006, este nível de prestação tem por objetivo servir os pacientes após alta da hospitalização pelo meio de um conjunto de atividades realizadas no domicílio, em regime ambulatorial ou em unidades especializadas e ainda em regime de internação para os casos mais complicados. O objetivo destes serviços é a reabilitação do paciente para retornar à sua vida ativa e corrigir ou diminuir as suas limitações que resultaram da doença ou simplesmente serenar os efeitos e as limitações do envelhecimento, permitindo uma melhor qualidade de vida. Atualmente existem uma rede nacional de cuidados continuados que conta com mais de 8000 camas (Fernandes, 2015).

Os cuidados paliativos correspondem à prestação desenvolvida junto do doente que se encontra em fim de vida, mas que necessita de todo o apoio e cuidados para minimizar ou aliviar



seu sofrimento causado pela sua doença. Esse nível de cuidados estava inicialmente integrado na rede de cuidados continuados, mas no último ano ganhou a sua independência por todo o seu conteúdo, necessidades e importância. Atualmente existe uma unidade de cuidados paliativos pediátricos e 280 camas para adultos (Portal do SNS).

Embora existam diferentes níveis de atenção, foi necessário melhorar a articulação entre eles, particularmente entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados (hospitalares) (Campos & Simões, 2011; Santana & Costa, 2008).

O processo de integração de cuidados de saúde surgiu como uma das respostas, a nível organizacional, aos desafios que se colocam ao Serviço Nacional de Saúde português na tentativa de responder de forma articulada e organizada a todos os problemas de saúde da população. Esta ideia surgiu do conceito de integração idealizado pela organização Mundial de Saúde que associava este conceito à melhor forma de cooperação na que permitirá a maximização da eficiência e da eficácia nas respostas (OMS, 2008). Dessa forma e segundo a perspectiva internacional de integração de cuidados defendida por Calnan, Hutten e Tiljak (2006) é a única maneira de combater a fragmentação da oferta, gerir recursos e definir as prioridades. Outros autores internacionais como Delnoij, Klazinga e Velden (2003), assumem mesmo que só através da integração de cuidados se pode obter resultados da promoção da saúde, prevenção da doença e dos tratamentos realizados, pois retratam que mesmo após a alta hospitalar ou dos cuidados continuados é importantíssima a vigilância e o acompanhamento na atenção primária.

Todo o processo deverá funcionar como um ciclo ou de forma transversal num mesmo nível de cuidados. Por esse motivo, a literatura refere que existem dois tipos de integração: a integração horizontal (realizada num mesmo nível de cuidados de saúde, por exemplo entre hospitais) e a integração vertical (realizada entre diferentes níveis de atenção) (Calnan, Hutten e Tiljak, 2006).

No século XXI, regista-se uma tendência, tanto nacional como internacional, para a integração de cuidados, onde a atividade da atenção primária é considerada a etapa inicial de um ciclo que se desenvolve continuamente nas várias etapas do paciente no sistema de saúde (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

Em Portugal, o objetivo imediato da integração de cuidados foi projetado apenas para a atenção primária e hospitalar. Houve várias tentativas, mas não foi fácil fazer a conexão de forma satisfatória entre estes níveis. A necessidade da integração estava expressa no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, publicados em 1993 (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro),



que fazia referência à disfunção existente entre a articulação cuidados de saúde primários/diferenciados "...a tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo" (preâmbulo) e defendia a construção de uma única unidade para "viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais" (preâmbulo). Contudo, foi em 1999 que se deu o primeiro passo com o desenvolvido um projeto-piloto, que criou uma entidade conhecida como Unidade Local de Saúde, que numa mesma equipa de gestão junta a atenção primária e hospitalar, que partilham de um mesmo orçamento (Harfouche, 2008; Simões, 2004).

No âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), em 2005 a Presidência do Conselho de Ministros aprovou um conjunto de medidas para a consolidar as contas públicas e para o crescimento económico (Resolução do Conselho de Ministros n. ° 102/2005, de 24 de junho). Dentro dessas medidas é definido no âmbito da saúde a "a criação de unidades locais de saúde onde existam condições para a imediata integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares" (n. °5, alínea j).

Todo este processo foi pensado e foram considerados aspetos únicos de ambos os níveis de cuidados, que apesar de um mesmo objetivo (ganhos em saúde e melhoria na qualidade de vida) expressam diferentes preocupações com diferente missão, cultura e estruturas organizacionais e funcionais (Ministério da Saúde, 2012). Basicamente, ambos os níveis têm uma própria identidade e diferentes pontos de ação centrais. Com os resultados satisfatórios da experiência piloto, foram implementados desde 2007 mais sete unidades locais de saúde em Portugal.

Neste artigo, realiza-se uma revisão da literatura sobre o modelo de organização dos cuidados de saúde integrados em Unidade Local de Saúde. Numa perspectiva de estudar o futuro alargamento desta modalidade a diferentes regiões do país, foram apuradas as opiniões dos gestores hospitalares das regiões que foram sujeitas ao processo de integração vertical de cuidados de saúde através da aplicação de entrevistas.

2 As Unidades locais de saúde

As Unidades Locais de Saúde são uma forma de integração vertical dos cuidados hospitalares com a atenção primária, que articula as atividades de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde (Campos & Simões, 2011; Grone & Garcia-Barbero, 2001).



Uma das definições mais abrangentes de Unidades Locais de Saúde é dada pela Entidade Reguladora da Saúde (2011), que a define como:

Entidade (única) que se apresenta como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do paciente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos elementos que fazem parte integrante do mesmo (p. 17).

Na opinião do Governo português, as Unidades Locais de Saúde foram entendidas como uma forma de gerar valor para os cidadãos, profissionais de saúde, sociedade, sistema de saúde e para a própria economia (Vaz, 2010). Com a implementação do modelo ULS se pretendia a melhoria na correlação entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo assim para uma obtenção de ganhos na saúde, qualidade, eficiência e satisfação dos pacientes (ERS, 2012). Especificamente, a criação de ULS constituiu um desafio para a política de saúde, que tinha por objetivos:

- Melhorar a afetação de recursos (aproveitamento da capacidade técnica e humana dos hospitais e centros de saúde), desenvolvendo economias de escala (administrativas ou clínicas);
- Aumentar a qualidade no atendimento;
- Acompanhar de melhor forma os doentes crónicos saídos do hospital;
- Facilitar a direção e encaminhamento do doente já diagnosticado para o hospital de proximidade;
- Induzir uma redução da busca direta por cuidados hospitalares por via dos serviços de urgência;
- Promover a visão do paciente como figura central do objeto dos cuidados de saúde (focar a atenção nas características e necessidades individuais de cada paciente) (Santana & Costa, 2008)

Para alcançar esses objetivos, era essencial que se verificassem algumas condições que favoreceriam esse modelo, tais como:

- A existência de uma cultura de melhoria de qualidade;
- A abertura para o desenvolvimento de uma experiência de trabalho conjunto entre os níveis de cuidados;
- Apoio dos líderes locais (autarquias e gestores da saúde);



- Colaboração dos profissionais de ambos os níveis de cuidados
- Aplicação de sistemas de informação e comunicação para facilitar a troca de informação e a partilha dos processos clínicos dos pacientes (Nunes, 2016).

A primeira ULS foi constituída em 1999 como projeto-piloto foi a Unidade Local de Saúde de Matosinhos que integrou um hospital (Hospital de Pedro Hispano) e o Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos.

Baseado nas ideias desenvolvidas e nos objetivos atingidos com o projeto-piloto, em 2007 o Governo considerou que o modelo de Unidade Local de Saúde "é um dos modelos organizacionais mais adequados de prestação de cuidados de saúde à população, cujos interesses e necessidades importa, em primeiro lugar, salvaguardar" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro). Assim, foi feita uma aposta no desenvolvimento deste modelo, oito anos após o projeto piloto.

Em 2007, foi publicado o regime jurídico das Unidades Locais de Saúde que as considera entidades "pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro". As ULS devem igualmente reger-se pelo regime aplicado às entidades públicas empresariais no seu regulamento interno¹ e por outras normas vigentes para o Serviço Nacional de Saúde (artigo 4º Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro). No entanto, o seu financiamento é "atribuído *per capita*, ajustado às populações de cada ULS através de um índice, com base nas suas características, que pretende refletir as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde"^{2,3}. No âmbito da integração de cuidados, previa-se a possibilidade de centralização da utilização de meios tecnológicos dentro do hospital ULS, não recorrendo a outros prestadores, nomeadamente os privados (ERS, 2011).

Com a estratégia política definida e publicada a legislação aplicável à constituição de Unidades Locais de Saúde, integradas no sector empresarial do Estado, foi dado início a um processo de proliferação por todo o país. O objetivo político para esta fase era o de desenvolver este modelo nas zonas do país com uma menor densidade populacional, sendo assim aplicado

¹ Os regulamentos internos das ULS devem identificar os centros de saúde das ULS e também estabelecer as normas que permitam a efetiva articulação entre os cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, no âmbito de uma prestação integrada de serviços, com respeito pelo disposto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde) (artigo 7º, Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro).

² Repare-se que para outros hospitais/centros hospitalares E.P.E. ou SPA, este financiamento estava dependente das linhas de produção definidas a cada ano pela ACSS.

³ "a modalidade de pagamento das ULS para o triénio 2010/2012 estabelece que o valor *per capita* de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%)" (ACSS, 2010, p.7; ERS, 2011, p.41).



fundamentalmente às regiões administrativas do interior do país. O processo foi gerido pelo Ministério da Saúde através das Administrações Regionais de Saúde que são estruturas descentralizadas com todos os poderes regionais para implementar as políticas de saúde e decorreu gradualmente:

- Em 2007, na Administração Regional de Saúde do Alentejo foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, que integra dois hospitais (Hospital Dr. José Maria Grande e o Hospital de Santa Luzia) e o Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede.
- Em 2008, na Administração Regional de Saúde do Norte, foi criada a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, que integra o Centro Hospitalar do Alto Minho (Hospital Conde de Bertiandos e Hospital de Santa Luzia) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho.
- Em 2008, na Administração Regional de Saúde do Alentejo, foi criada a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, que integra o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Hospital José Joaquim Fernandes e Hospital de São Paulo) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo.
- Em 2008, na Administração Regional de Saúde do Centro foi criada a Unidade Local de Saúde da Guarda, que integra duas unidades hospitalares (Hospital Sousa Martins e o Hospital Nossa Senhora da Assunção) e o Agrupamento de Centros de Saúde da Guarda.
- Em 2009, na Administração Regional de Saúde do Centro foi criada a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, que integra uma unidade hospitalar (Hospital Amato Lusitano) e os Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul.
- Em 2011, na Administração Regional de Saúde do Norte foi criada a Unidade Local de Saúde do Nordeste, que integra o Centro Hospitalar do Nordeste (Hospital Distrital de Bragança, Hospital de Macedo de Cavaleiros e o Hospital Distrital de Mirandela) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste.
- Em 2012, na Administração Regional de Saúde do Alentejo, foi criada a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, que integra uma unidade hospitalar (Hospital do Litoral Alentejano) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Litoral Alentejano.

O número de prestadores integrados em Unidades Locais de Saúde em Portugal, distribuído por Administração Regional de Saúde, apresenta-se na tabela seguinte.



Tabela 1 - Número de prestadores integrados por unidade local de saúde

ARS	ULS	Hospitais	ACES	Unidades de atenção primária
NORTE	ULS Matosinhos	1	1	26
	ULS Alto Minho	2	1	58
	ULS Nordeste	3	1	98
Centro	ULS Guarda	2	1	88
	ULS Castelo Branco	1	2	86
Alentejo	ULS Norte Alentejano	2	1	94
	ULS Baixo Alentejo	2	1	83
	ULS Litoral Alentejano	1	1	50
Total	8	14	9	583

Fonte: ERS (2012).

Todas estas unidades de saúde cobrem 11,5% da população portuguesa. A distribuição da população por regiões apresenta-se em forma de tabela:

Tabela 2 - População coberta por unidades locais de saúde

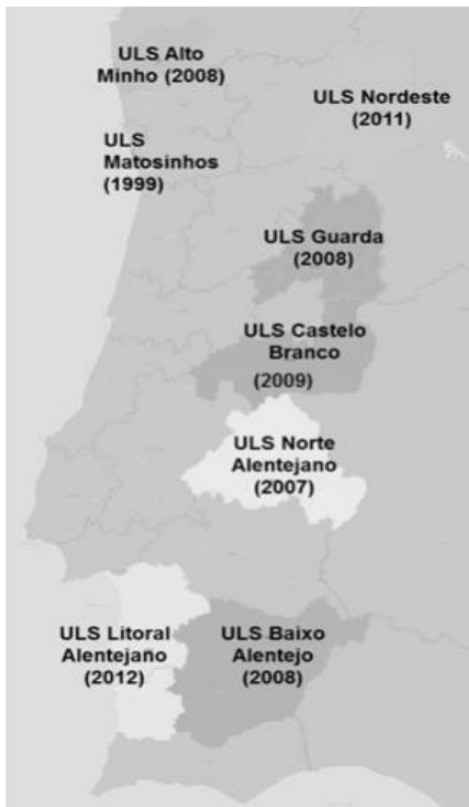
População coberta por ULS		
	Número	% da população total da região
ARS Norte	557.920	15,2%
ARS Centro	250.217	14,6%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	0	0%
ARS Alentejo	337.767	67,3%
ARS Algarve	0	
Nacional	1.145.904	11,5%

Fonte: ERS (2012).

A figura seguinte apresenta geograficamente a distribuição das Unidades Locais de Saúde existentes pelo território nacional.



Figura 1 - Unidades locais de saúde em Portugal continental



Fonte: ERS (2012).

O modelo de integração de cuidados através das Unidades Locais de Saúde é falível como qualquer outro, tendo sempre uma componente positiva e outra mais negativa. Foi desenvolvido um estudo em 2010 que avaliou as oportunidades e os riscos do processo de integração vertical, com base nas experiências já realizadas de criação de Unidades Locais de Saúde (Santana et al, 2010).

Nos resultados do estudo, foram destacadas as seguintes oportunidades:

- Maior rentabilização dos meios e recursos disponíveis;
- Melhoria do aproveitamento da capacidade instalada tanto na atenção primária como na hospitalar;
- Melhoria na qualidade dos cuidados de saúde;
- Focagem no paciente, nos seus problemas, na família e na sua integração na sociedade;
- Promoção da qualidade de vida;
- Promoção de economias de escala;
- Melhor articulação com redução dos conflitos existentes na partilha de informação e encaminhamento dos pacientes de um nível para outro (Santana et al, 2010).



Como principais riscos, foi referida:

- Falha na integração do pessoal no *core business* da ULS;
- A existência de concorrência entre unidades de atenção primária integradas na mesma ULS;
- Focagem e maior investimento nas prestações hospitalares;
- Desigualdades no acesso entre diferentes unidades de atenção primária integradas na mesma ULS (Santana et al, 2010).

Em 2011 para aprofundar uma avaliação, foi nomeado pelo Ministério da Saúde um grupo de trabalho para avaliação do modelo aplicado às Unidades Locais de Saúde. Na recolha realizada por esse grupo, o modelo de Unidade Local de Saúde foi sujeito à crítica dos profissionais de saúde que referiam não haver vantagens para a atenção primária, que ficou em segundo plano face aos cuidados hospitalares. Nesse contexto, os investigadores fizeram sérias objeções à gestão das Unidades Locais de Saúde, acusando os gestores de aplicar os investimentos apenas para o hospital, o que levava os pacientes a valorizar mais os cuidados diferenciados e a comprometer o acesso à atenção primária (Ministério da Saúde, 2012). No entanto, os dados não permitiram avaliar estas conclusões e pelo contrário, até à data registava-se uma melhor utilização dos custos públicos, com ganhos de eficiência e efetividade (Ministério da Saúde, 2012).

3 Método

Como método, recorreu-se a um estudo exploratório com uma abordagem qualitativa que envolveu entrevistas aos gestores hospitalares das regiões que foram submetidas ao processo de integração vertical de cuidados de saúde sob a forma de Unidades Locais de Saúde. Todos os 24 convidados a participar aceitaram integrar a pesquisa, ninguém se mostrou indisponível.

Como fonte de coleta de dados, foi utilizada a entrevista não estruturada para dar uma maior liberdade ao entrevistado para discorrer sobre cada questão e assim poder retirar o máximo do contributo para melhorar as conclusões do estudo e caracterizar da melhor forma os resultados e as experiências sentidas (Bardin, 2006; Minayo, 2006). As entrevistas foram conduzidas pelo investigador após uma entrevista piloto com um gestor que não foi incluído na amostra do estudo.



Com o objetivo de analisar a continuidade da política que cria ULS a outras regiões do país, pretendeu-se avaliar a opinião dos gestores relativamente as vantagens ou desvantagens da integração de cuidados em Unidades Locais de Saúde de acordo com a teoria em que se baseou a sua implementação. Para isso, o roteiro da entrevista teve em consideração os seguintes eixos:

- 1) Articulação entre atenção primária e hospitalar no encaminhamento dos pacientes;
- 2) Acesso aos cuidados de saúde na atenção primária e hospitalar;
- 3) Eficiência e desempenho de uma única equipe de gestão;
- 4) Melhoria da qualidade para os pacientes.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo apenas utilizadas as respostas dadas pelos sujeitos que constituíram a amostra.

A interpretação do material foi realizada através do método da análise de discurso. Pela utilização deste método se pretendeu buscar o entendimento de práticas discursivas através da sua linguagem e do contexto em que foi sentido e vivido, que é muito importante para a caracterização real do objeto em estudo. Este passo, permitiu a classificação do material coletado e a respetiva classificação por categorias de acordo com as semelhanças observadas. Assim resultaram quatro categorias que se pretendem estudar: articulação na prestação, acesso aos cuidados de saúde, resultados de eficiência e resultados de qualidade. A tabela seguinte apresenta o roteiro da entrevista, as categorias e a respetiva problematização.

Tabela 3 - Roteiro da entrevista, categorias e problematização

Questões	Categorias	Problematização
Você poderia descrever de que forma a criação de ULS facilitou o encaminhamento dos pacientes entre os níveis de cuidados?	Articulação na prestação	Constatar como se dá o encaminhamento de pacientes e em que condições
Considera que há dificuldades no acesso (como a demora) na realização de consultas, cirurgias ou exames especializados no hospital?	Acesso aos cuidados de saúde	Identificar se a articulação com a criação de ULS deu uma resposta eficaz no acesso e melhorou as listas e tempos de espera
Em relação ao gerenciamento de uma mega unidade como a ULS, como encara o resultado em termos operacionais? Há vantagem econômica?	Resultados de eficiência	Evidenciar se houve vantagens (como a poupança de recursos) para o desempenho defendidas na base da integração de cuidados
Você poderia descrever os ganhos de qualidade para os pacientes?	Resultados de qualidade	Identificar se os gestores entendem que o processo de articulação melhorou o atendimento e foi benéfica para os cidadãos que residem na área geográfica da ULS

Fonte: Elaboração própria



4 Resultados e discussão

Os resultados obtidos pela análise realizada são discutidos de acordo com a categorização realizada.

4.1. Articulação entre atenção primária e hospitalar

Na opinião dos entrevistados, a articulação foi o grande resultado do processo de integração de cuidados. Todos os gestores consideram que muitos pacientes foram encaminhados para o hospital num processo rápido e eficiente:

(...) a maior vantagem do processo foi a rapidez e a facilidade em encaminhar pacientes que precisavam de exames diferenciados urgentes para fazer o diagnóstico correto e iniciar os tratamentos (Gestor 3)

Os dados apontam para um melhor resultado quando comparado com o encaminhamento dos pacientes em outros hospitais que não partilham a equipe de gestão com a atenção primária e que por sinal têm maus resultados de desempenho e um nível superior de episódios de urgência não programada (Nunes, 2016).

Para doze dos vinte gestores entrevistados o acompanhamento e encaminhamento após a alta hospitalar foi benéfico para o doente e para os profissionais:

(...) quando um paciente tem alta do hospital e vai para a sua casa ficamos sem saber como evoluiu e só mais tarde quando volta a adoecer é que vem ao hospital. Mas agora, encaminhando para a atenção primária, o doente é acompanhado e tem instruções precisas para contatar o médico de família que em sinal de alarme encaminha para o hospital (Gestor 12)

A revisão da literatura confirma esta condição, a criação de ULS gerou um melhor resultado e um acompanhamento mais próximo para o paciente (ERS, 2012).

Os gestores no seguimento da questão fazem referência a uma melhor organização que coloca o paciente no centro da prestação de cuidados:

(...) o foco da Unidade Local de Saúde é o doente e o seu bem-estar na sociedade e tudo fazemos para manter o paciente ativo e com saúde (Gestor 19);
(...) os pacientes entram no sistema de saúde pela atenção primária e quando são encaminhados para o hospital, entram num ciclo e voltam novamente para consulta de revisão anual (Gestor 6).

A colocação do cidadão como o objeto de ação dos hospitais está em curso há vários anos, mas houve um desinvestimento provocado pela crise financeira que atingiu Portugal entre 2011 e 2015 (Nunes, 2016).



A totalidade dos gestores referiu também que começou a existir comunicação entre os diretores de serviços de ambos os níveis de prestação, que antes não havia e também destacaram a partilha do processo clínico eletrônico com a totalidade dos registros médicos e de enfermagem.

(...) Os diretores e responsáveis pelas equipas de saúde começaram a comunicar, reunindo ou por escrito sobre a estratégia definida para o acompanhamento dos pacientes (Gestor 7);

(...) passamos todos a conhecer melhor os pacientes através dos registros informatizados que temos acesso em todas as consultas ou procedimentos realizados dentro da ULS (Gestor 20).

Sabe-se que o Ministério da Saúde desenvolveu estes projetos através da sua rede informatizada que integra um Registro de Saúde Eletrônico.

Em geral, nos hospitais o médico não conhece a medicação que o doente toma no domicílio e que foi prescrita pelo seu colega dos da atenção primária, o que causa muitas vezes duplicação do mesmo fármaco (Barros, 2013). No entendimento dos gestores, passou a existir um controlo sobre a prescrição do medicamento.

(...) com a criação da ULS conseguimos saber qual o medicamento que o doente toma, onde foi prescrito e os custos que estão associados à mesma (Gestor 1)

4.2 O acesso aos cuidados de saúde na atenção primária e hospitalar

O acesso foi avaliado pelos gestores numa ótica de proximidade onde todos concluem que as unidades de atenção primária que constituem as ULS têm um melhor acesso até ao hospital dada a organização pela localização geográfica

(...) os usuários estão próximos do hospital em qualquer uma das unidades. No máximo na minha ULS o paciente mais longe demora 20 minutos a chegar em caso de emergência (Gestor 2)

Um estudo desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde confira que o grau de proximidade da rede de atenção primária de cada ULS dista no máximo 15 minutos até ao Hospital em 90% dos casos (ERS, 2012). Contudo, para facilitar o transporte de pacientes, a criação das ULS motivou uma participação das prefeituras, que oferecem ambulâncias para facilitar o acesso das pessoas com problemas de mobilidade ou económicos. Dessa forma, a distância não constitui uma barreira de acesso para os cuidados prestados nestas unidades.

Os gestores consideram que os hospitais e unidades de atenção primária que estão em ULS têm maior número de médicos e enfermeiros relativamente a outras.



(...) nas ULS há mais disponibilidade de recursos humanos, o que facilita a capacidade de resposta e o acesso (Gestor 9)

(...) temos ao nosso serviço o maior número de médicos e de enfermeiros por habitante (Gestor 4)

Esta situação não se confirma. Quando comparados os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde entre ULS e as restantes unidades não se confirmam os maiores rácios quer para enfermeiros ou médicos.

A totalidade dos gestores também refere que há uma maior rotatividade de enfermeiros, que podem ser colocados em qualquer unidade e destacam uma maior disponibilidade de médicos para prestar serviço na urgência básica

(...) as equipas de enfermagem estão preparadas para trabalhar em qualquer unidade da ULS, tendo formação hospitalar e de atenção primária (Gestor 13);

(...) não temos falta de pessoal médico na urgência básica, pois na falta de profissionais do hospital, destacamos os médicos da atenção primária nas suas folgas, pagando as horas extra de trabalho (Gestor 17)

Nas unidades locais de saúde há uma maior facilidade em mobilizar recursos humanos que são partilhados entre todas as unidades e serviços.

Na perspectiva de dez gestores, o acesso a consultas de especialidade e a cirurgias melhorou, reduzindo as listas de espera e os tempos de resposta.

(...) na ULS as consultas de especialidade hospitalar são agendadas no imediato e realizam-se dentro dos tempos legalmente definidos (Gestor 14)

(...) a atividade cirúrgica aumentou desde que estamos integrados numa ULS (Gestor 16)

Os restantes 10 gestores relataram problemas de acesso a consultas de especialidade e a cirurgias

(...) Os problemas de acesso mantiveram-se. A atividade cirúrgica e as consultas não podem ser comparadas, pois não podemos prever a procura por uma determinada especialização médica (Gestor 1)

(...) A criação de ULS não resolveu problemas de acesso, pelo contrário aumentaram o número de pacientes encaminhados sem que se tenha aumentado a capacidade hospitalar para os receber (Gestor 15)

(...) Temos mais pacientes encaminhados, mas o número de consultórios e de salas de bloco operatório é o mesmo (Gestor 18)



Os gestores também que os problemas que existem no acesso são muitas vezes provocados pela pressão que os pacientes fazem com o médico da atenção primária para realizar o encaminhamento para o especialista

(...) por vezes temos pacientes que são encaminhados para a consulta de especialidade sem qualquer necessidade (Gestor 11)

(...) temos insistido com os médicos de família para não cederem à pressão do doente sem confirmação clínica e validação das queixas (Gestor 4)

Verificando os dados junto do Ministério da Saúde, verifica-se um maior acesso dos pacientes a consultas devido ao rápido agendamento. No entanto também se verifica o aumento das cirurgias, mas não a redução das listas de espera pois estão entrando cada vez mais pessoas. Esta questão é assim condicionada pela lei da oferta e da procura (Nunes, 2016)

A opinião dos gestores é unânime quanto à melhoria do acesso a exames, pois a ULS na sua unidade hospitalar foi apetrechada com mais equipamentos, dando uma resposta eficaz e total aos pacientes do Serviço Nacional de Saúde.

(...) Temos um hospital equipado com alta tecnologia para realizar exames (Gestor 14);

(...) O acesso dos pacientes é facilitado pois as ULS disponibilizam a realização, num único espaço físico, de todos os exames que são pedidos pelo médico da atenção primária (Gestor 10);

(...) os pacientes que se deslocam ao hospital da ULS da sua área de residência realizam todos os exames de imediato e não necessitam de voltar mais tarde, basta aguardar a sua vez (Gestor 16)

4.3 Eficiência da gestão única

O financiamento insuficiente para as atividades de saúde está presente nos discursos de 70% dos gestores entrevistados.

(...) os resultados poderiam ser melhores se tivéssemos mais dinheiro para investir (Gestor3)

(...) penso que poderíamos responder mais rápido e melhor se o financiamento atribuído à ULS fosse maior (Gestor 11)

Esta é uma questão sensível. O Ministério da Saúde fez já mais de 35 milhões de euros em investimentos só este ano na atenção primária e mais de 70 milhões em equipamentos hospitalares. Idealmente seria necessário muito mais, nunca há limite para a inovação, mas o



panorama nacional e a disponibilidade de fundos após saída de um programa financeiro supervisionado pelo Fundo Monetário Internacional não dá maior margem.

A totalidade dos gestores referem que o sistema beneficiou com a redução da internação como consequência do maior acompanhamento do paciente, o que gerou menos despesa

(...) o indicador de internação baixou e pelos registos devido à redução da hospitalização desnecessária, ou seja, a de doenças crônicas controláveis na atenção primária (Gestor 14).

Os gestores referem que o facto da escala médica de urgência ser preenchida por médicos da atenção primária gera poupanças nas contas do hospital

(...) para o serviço de urgência usamos a capacidade dos médicos da atenção primária, que fazem o atendimento não especializado e encaminham os pacientes

Esta questão apresentada confirma-se, pois, ao utilizar médicos com vínculo ao hospital não se contratam profissionais em prestação externa de serviços por subcontratação de empresas privadas, que cobram valores muito elevados por cada hora de trabalho (ERS, 2012).

Os discursos dos gestores estão em concordância com o fato de a criação de ULS reduzir a despesa em exames com os prestadores privados concessionados com o Serviço Nacional de Saúde o que gerou poupanças.

(...) Internalizamos através das ULS a maioria dos exames de diagnóstico que são realizados no nosso hospital (Gestor 3)

(...) As poupanças e ganhos de eficiência se destacam pela internalização dos procedimentos dentro da ULS (Gestor 8)

O desempenho produtivo das unidades melhorou com a criação das ULS. Para 15 gestores, são produzidas mais ações de saúde em regime ambulatoria. Contudo, cinco dos gestores consideram que este aumento se deveu à política de saúde adotada para todo o país e não apenas para as ULS.

(...) Desde que estamos integrados em ULS aumentamos os procedimentos ambulatoriais como por exemplo na cirurgia (Gestor 13).

(...) a criação da ULS promoveu um aumento de consultas realizadas, cirurgias e exames com os mesmos recursos humanos e equipamentos existentes antes (Gestor 20).

(...) a melhoria na produção se deveu ao facto da aposta ministerial incidir no aumento da produção, para o qual surgiram incentivos (Gestor 18).

(...) não se pode relacionar diretamente o aumento das ações de saúde com a criação das ULS, penso que há outros fatores (Gestor 1).



Dada a divisão de opiniões, foram consultados os dados do Ministério da Saúde e avaliados os termos de contratação para os hospitais e atenção primária (ACSS, 2016a; 2016b), concluindo-se que o aumento da produção foi global em todo o país incluindo hospitais integrados ou não em ULS. No entanto, o regime ambulatorio cresceu mais nos hospitais que integram ULS e também aumentou o número de consultas na atenção primária.

Os hospitais integrados em ULS viram reduzidos o número de episódios de casos de urgência. Esta opinião é partilhada pelos entrevistados.

(...) Temos menos episódios de urgência, o que se justifica pela grande abertura da atenção primária, pelo acompanhamento e encaminhamento imediato ao mínimo sinal de alerta, o que impede o agravamento da doença (Gestor 15).

(...) Há mais consultas e menos urgências. Estes são fatores que estão relacionados com a aposta que se fez na atenção primária (Gestor 1).

4.4 Melhorias da qualidade

A qualidade clínica é para os gestores inquestionável.

(...) temos ótimos resultados de excelência clínica (Gestor 18)

(...) Não há qualquer indicio que contrarie a qualidade dos nossos profissionais (Gestor 6)

No âmbito da dimensão de excelência clínica, observou-se a avaliação da excelência clínica elaborada pela Direção-Geral de Saúde e também por entidades externas e se concluiu que todas os estabelecimentos integrados em ULS tiveram 100% de excelência ao passo que as unidades não integradas ficaram por 96%.

A qualidade dos cuidados prestados na atenção primária é visível pela taxa de pacientes seguidos que aumentou substancialmente, pela redução da incidência da doença crônica como a diabetes, a hipertensão, pelo aumento do planeamento familiar. Esta opinião é partilhada pela totalidade dos gestores que consideram que este foi um dos grandes resultados da ULS pois a população não ia com frequência a este tipo de cuidados de saúde.

(...) a atenção primária melhorou os indicadores de qualidade com bons resultados no controlo das doenças crônicas e redução da mortalidade (Gestor 2)

(...) a vigilância da população aumentou na atenção primária com resultados fantásticos (Gestor 18)

Para a maioria dos gestores (doze dos entrevistados), os indicadores de qualidade dos cuidados hospitalares (taxa de reinternação, taxa de reoperação, taxa de infeção) são melhores



pelo facto do hospital estar integrado numa ULS. No entanto, os restantes oito entrevistados contrariam essa informação e referem que os indicadores são melhores pela política de gestão interna, o que em nada está relacionado com a ULS.

(...) a ULS permitiu aos hospitais terem menos infeções, menor taxa de reinternação (Gestor 3)

(...) reduzimos a taxa de pacientes que foram submetidos novamente à mesma cirurgia (Gestor 7)

(...) os indicadores de qualidade melhoraram pelo facto da política de saúde penalizar as unidades hospitalares com maus resultados, o que levou a adoção de medidas e práticas internacionalmente reconhecidas e não pelo facto de integrar uma ULS (Gestor 16).

Em relação à segurança do paciente e à adequação e conforto das instalações, 18 dos gestores afirmam que as Unidades Locais de saúde não apresentam diferenças significativas relativamente aos restantes estabelecimentos pelo facto de esta obedecer a um conjunto de normas internacionais pré-estabelecidas e permanentemente monitoradas.

(...) a segurança do doente e o seu conforto são pontos que está sempre sendo vigiado em todos os hospitais e unidades de atenção primária (Gestor 13).

(...) esse é um fator prioritário para a gestão de qualquer estabelecimento de saúde (Gestor 5)

Quando questionada a focalização no paciente, todos os gestores assumem este facto como a bandeira da ULS.

(...) o foco no paciente é o ponto forte da ULS (Gestor 7).

(...) o principal objetivo de um processo de articulação como uma ULS é a promoção da focagem no paciente (Gestor 9).

A totalidade dos gestores das ULS refere que a taxa de reclamações nas suas unidades é certamente inferior a restantes.

(...) temos menos reclamações relativamente ao período em que não estávamos integrados.

(...) as ULS têm um menor número de reclamações.

Consultados os dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2012), verifica-se que o número de reclamações não é menor nas ULS e são semelhantes aos dos hospitais não integrados.



5 Conclusões

As recentes opções políticas na saúde em Portugal conduziram à implementação de vários modelos de prestação de cuidados, com o objetivo de promover uma maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.

Entre as várias transformações, este estudo incidiu no processo integração vertical entre a atenção primária e os cuidados hospitalares, da qual resultou uma única entidade responsável por ambas as prestações à qual foi atribuída a denominação de Unidades Locais de Saúde. Essa articulação foi uma das principais preocupações para o Governo de Portugal, pois estava relacionada com a urgente necessidade de assegurar uma eficiente interligação entre esses dois níveis de cuidados para se atingir uma melhor orientação dos pacientes, melhor resposta assistencial e de eficiência do sistema

Com os excelentes resultados de uma experiência piloto iniciada em 1999, ocorreu a partir de 2007 uma disseminação de Unidades Locais de Saúde (ULS) nas regiões mais envelhecidas no Norte, Centro e Sul do país totalizando oito unidades. Este processo parou em 2012 por se terem colocado algumas questões quanto aos resultados difíceis de medir de forma quantitativa dada a diversidade e as diferenças entre os hospitais e entre as populações dispersas por diferentes regiões do país e com diferentes problemas de saúde prioritários. Por este motivo, neste estudo foram entrevistados os gestores envolvidos nos processos por forma a obter informação deles sobre a sua percepção vivida e sentida nas comunidades que integraram ULS.

No âmbito da articulação se conclui que melhorou a proximidade aos serviços de saúde que melhoraram a articulação entre a assistência primária e a hospitalar, sendo o encaminhamento um dos principais pontos de melhoria, o que contribui para um acompanhamento próximo do estado de saúde e para a valorização da atenção primária. Quanto ao acesso, podemos concluir que melhorou nas consultas de especialidade, exames e cirurgias, pois os pacientes são encaminhados por prioridade e conseguem se atendidos mais rapidamente e perto da sua residência. Em relação aos resultados de eficiência, se confirmam ganhos econômicos com a mobilidade de profissionais, com a internalização dos procedimentos (exames, consultas e cirurgias) e a redução da necessidade de recorrer a parceiros do sector privado para reduzir listas de espera. As poupanças geradas permitiram investimentos, se bem que ainda não suficientes, sempre são melhores que no período anterior à integração. No respeito da qualidade, a principal vantagem relativamente a hospitais e unidades de atenção primária não integrados em ULS, é que neste modelo se conseguem melhores resultados no acompanhamento do doente e na redução do agravamento da doença crónica o que se destacou



pela redução dos pacientes urgentes e pela melhoria dos indicadores de incidência e redução da mortalidade por essas patologias.

Apesar da integração de cuidados ser um processo mais complexo, que exige maior disponibilidade dos profissionais e serviços, concluindo-se que foi um passo importante na melhoria dos serviços, garantindo que conceitos como "ganhos em saúde", "paciente no centro da atenção", "melhorar o acesso", "melhor eficiência e desempenho" e "foco na qualidade" não ficassem perdidos no papel e não passassem de ideias.

Referências

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2010). *Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Contrato Programa (2010-2012) para as Unidades Locais de Saúde*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Araújo, J. (2002). *Gestão pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Barros, P. (2013). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª Edição). Coimbra: Almedina.
- Calnan, M., Hutten, J., Tiljak, H. (2006). The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting care across the interface. In Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (Orgs). *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, p. 85–104. Maidenhead: Open University Press.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011.
- Delnoij, D., Klazinga, N., Velden, K. (2003). Building integrated health system in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health system in transition. *European Journal of Public Health*, 13 (3), 240-245.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – relatório preliminar*. Lisboa: ERS.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Lisboa: ERS.
- Fernandes, A., Nunes, A. (2016). Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 217-223.



- FERNANDES, Adalberto. *A combinação público-privado em saúde: impacto no desempenho no sistema e nos resultados em saúde no contexto português*. Tese (doutorado) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2015.
- Grone, O.; Garcia-Barbero, M. (2001). A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-10.
- Ministério da saúde (2013). Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012). *Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde*. Documento de trabalho. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- Minayo, M. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9 edição). São Paulo: Hucitec.
- Nunes, A. (2016) *Reformas na Gestão Hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2008). *Integrated health services - what and why?* Technical Brief nº1 (may 2008). Genebra: OMS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro.
- Portugal. *Programa do Governo para a Saúde*. Lisboa: Governo de Portugal, 2015.
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho.
- Santana, R., Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v.7, p.29-56.
- Santana, R., Marques, P., Lopes, S., Barreto, X., Diogo, I. (2010). *Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde em 2009*. Escola Nacional de Saúde Pública.



Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.

Vaz, A. Hospitais públicos portugueses. In Simões, J. (Org.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 297-353). Coimbra: Almedina.