

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

*Tipologia Organizacional dos Cuidados de Saúde
Primários e Influência no Seu Desempenho*

Liliana Cristina Pinto Mota

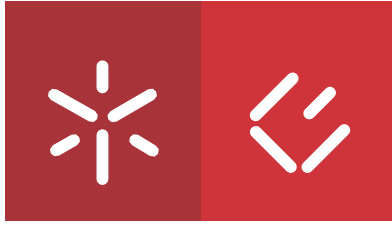
Liliana Cristina Pinto Mota

*Tipologia Organizacional dos Cuidados de
Saúde Primários e a Influência no Seu
Desempenho*

UMinho | 2023

outubro de 2023





Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Liliana Cristina Pinto Mota

***Tipologia Organizacional dos Cuidados de Saúde
Primários e a Influência no Seu Desempenho***

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Administração Pública

Trabalho realizado sob a orientação do

Professor Doutor Miguel Ângelo Vilela Rodrigues

outubro de 2023

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido até aqui envolveu muito esforço e dedicação, mas que só foi possível trilhar com o precioso e imprescindível contributo de algumas pessoas que gostaria de lembrar e enaltecer.

Em primeiro lugar, como é natural, gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Miguel Ângelo Rodrigues por toda a sua ajuda, colaboração e paciência dedicadas durante esta importante etapa da minha vida.

Gostaria ainda de agradecer a todos os professores do mestrado com os quais tive o privilégio de crescer academicamente.

Agradeço também aos meus colegas de mestrado, pela partilha e companheirismo, em particular àquelas que nunca me deixaram desistir, a Adriana e a Filipa.

Uma palavra especial de agradecimento à minha Diretora Dra. Ana Sofia Silva, pelos ensinamentos que me tem transmitido quer para o trabalho quer para a vida, à Engenheira Ana Luísa Silva a minha Coordenadora, na pessoa da qual tenho encontrado um grande apoio, e à Dra. Vanda Pinheiro que me acolheu e que me ensinou os primeiros passos neste meu percurso profissional que abraço.

Agradeço especialmente ao meu marido pela compressão nos momentos em que não consegui estar presente, pelo entusiasmo, pelas palavras de incentivo e essencialmente pela generosidade em partilhar o seu conhecimento.

Agradeço à minha fonte de inspiração, a minha filha Vitória que tem o dom de tornar melhores todos os dias da minha vida.

Agradeço à minha mãe, sem a sua preciosa ajuda não seria possível o realizar deste sonho.

Por fim, agradeço a todos aqueles, ainda que não mencionados saberão quem são, que vibraram tanto como eu com esta Vitória.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

TIPOLOGIA ORGANIZACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A INFLUÊNCIA NO SEU DESEMPENHO

RESUMO

O presente trabalho pretende compreender se a tipologia organizacional das unidades funcionais, nos cuidados de saúde primários influencia o seu desempenho. Da revisão de literatura efetuada derivaram três hipóteses de investigação: H1- A tipologia organizacional influencia o desempenho.; H2 - Existem diferenças relativamente ao desempenho entre as unidades funcionais do tipo Unidades de Cuidados Saúde Personalizados e as unidades funcionais do tipo Unidades de Saúde Familiar.; H3 - E relativamente às unidades funcionais do tipo Unidade de Saúde Familiar, existem diferenças no desempenho entre as unidades do modelo A e as Unidades do modelo B.

Através de uma abordagem metodológica quantitativa, e de um design do tipo *cross-sectional*, foram processados os dados secundários recolhidos, utilizando a ferramenta de análise de dados o software estatístico *STATA®* e através deste foi efetuada uma análise estatística utilizando o modelo de regressão linear pelo método Ordinary Least Squares (OLS).

Os resultados indicam que a tipologia organizacional influencia o desempenho e que existem diferenças quanto às Unidades de Cuidados Saúde Personalizados e às Unidades de Saúde Familiar de modelo A e de modelo B. As últimas obtêm melhor Índice de Desempenho Global, seguidas pelas Unidades de Saúde Familiar de modelo A e por último, com o pior Índice de Desempenho Global surgem as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Desempenho, Unidades Funcionais, Nova Gestão Pública.

ORGANIZATIONAL TYPOLOGY OF PRIMARY HEALTH CARE AND THE INFLUENCE ON ITS PERFORMANCE

ABSTRACT

The present work aims to understand whether the organizational typology of functional units, in primary health care, influences their performance. From the literature review carried out, three hypotheses of investigation derived: H1 - Organizational typology influences performance.; H2 – There are differences, regarding performance, between functional units of type Personalized Health Care Units and the functional units of type Family Health Units., H3 - Regarding functional units of type Family Health Units, there are differences in performance between model A and model B Family Health Units.

Through a quantitative methodological approach and a cross-sectional design, the collected secondary data were processed using the Stata® statistical software tool, and through this, a statistical analysis was performed using the linear regression model by Ordinary Least Squares method (OLS).

The results indicate that organizational typology influences performance and that there are differences between Personalized Health Care Units and Family Health Units from model A and model B. The latter get a better Global Performance Rate, followed by Family Health Units from model A and in last position, with the worst Global Performance Rate, come Personalized Health Care Units.

Keywords: Primary health care, Performance, Functional Units, New Public Management.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	3
2.1 Descrição do Procedimento de Revisão de Literatura	3
2.2 A Prestação de Cuidados de Saúde em Portugal	3
2.3 A Nova Gestão Pública e a Aplicação dos Seus Modelos nos Cuidados de Saúde Primários	12
2.3.1 Enquadramento	12
2.3.2 O Contributo da Nova Gestão Pública na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	15
2.3.3 Pagamento por Desempenho	18
2.4 As Unidades Funcionais UCSP e USF	21
2.4.1 Enquadramento	21
2.4.2 As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.....	22
2.4.3 As Unidades de Saúde Familiar	22
2.4.4 Comparação entre UCSP e USF modelo A e USF modelo B	25
2.4.5 Índice de Desempenho Global	27
3. ABORDAGEM METODOLOGICA DE INVESTIGAÇÃO	28
3.1 Contexto da Análise e Desenvolvimento das Hipóteses de Investigação	28
3.2 Design de Investigação.....	29
3.3 População Estudada.....	29
3.4 Dados e Recolha	30
3.5 Ferramentas e Técnicas de Análise de Dados	30
3.6 As Variáveis de Investigação	31
4. RESULTADOS.....	33
4.1 Estatística Descritiva.....	33
4.2 Modelo Económico – Modelo de Regressão Linear pelo Método OLS.....	35

5. CONCLUSÃO.....	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Organizativo dos Cuidados de Saúde Primários	9
---	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolução de USF modelo A e USF modelo B	25
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Projetos Experimentais	5
Quadro 2 – Estruturação ACES	17
Quadro 3 - Criação USF	18
Quadro 4 – Quadro Comparativo das UCSP e USF modelo A e USF modelo B.....	26
Quadro 5 – Hipóteses de Investigação	29
Quadro 6 – Hipóteses de Investigação - Resultados.....	38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis de Investigação (Tipo, Observações Totais, Média, Máximo, Mínimo e Desvio- Padrão)	35
Tabela 2 - Resultados Modelo Regressão Linear pelo Método OLS	36

LISTA DE SIGLAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DE-SNS - Direção Executiva do SNS
IDG - Índice de Desempenho Global
IDS_A - Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas
IDS_D - Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões
IDS_S - Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas
NGP - Nova Gestão Pública
NHS - *National Health System*
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OLS - *Ordinary Least Squares*
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
P4P - Pagamento por Desempenho
PNS - Plano Nacional de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
QOF - *Quality and Outcomes Framework*
USF - Unidades de Saúde Familiar
UF – Unidades Funcionais
UAG - Unidades de Apoio à Gestão
UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
USP - Unidades de Saúde Pública
URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem um papel fundamental no sistema de saúde português, uma vez que, e de uma forma ideal, funcionam como a porta de acesso ao sistema por parte do utente. Por outro lado, também desenvolvem ações importantes a nível da prevenção bem como na promoção da saúde (Barros 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu relatório de 2008, realça a ideia de promover Cuidados de Saúde Primários fortes e robustos com o objetivo de reduzir as desigualdades e a despesa em saúde.

A despesa com os CSP é bastante inferior aquela verificada com os cuidados secundários, ainda assim os gastos neste nível de cuidados apresentam uma melhor relação custo benefício uma vez que grande parte a sua atividade assenta na promoção da saúde e prevenção da doença, influenciando a despesa com os cuidados de saúde diferenciados (Ferreira et al., 2013).

Nesse sentido, para que o sistema de saúde cumpra as suas funções na sua plenitude é necessário que toda a estrutura de CSP seja bem gerida, apresente uma organização otimizada e que cubra toda a população.

Os CSP, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, surgem em Portugal com a reforma do sistema de saúde e da assistência idealizada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, ainda antes da Declaração de Alma Ata em 1978. Posteriormente, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no ano de 1979, obtém-se uma cobertura generalizada do território nacional pelos CSP.

Contudo, ao longo dos anos, verificou-se um declínio na capacidade de prestação de cuidados bem como uma crescente desmotivação por parte dos profissionais, motivados por um modelo de gestão e organização da prestação de cuidados excessivamente centralizado, uma desproporção dos recursos humanos nos CSP em comparação com os cuidados secundários cada vez maior, e um sistema remuneratório que não contemplava incentivos que visassem premiar e estimular um melhor desempenho. Como resposta, foram levadas a cabo um conjunto de experiências no modelo de organização e de remuneração que conduziram à reforma dos CSP, qual teve o seu início formal em 2005 (Miguel & Sá, 2010), fortemente influenciada pelos princípios da Nova Gestão Pública (NGP).

Para Biscaia (2006), esta reforma dos CSP foi uma das reformas dos serviços públicos com mais sucesso nas últimas décadas em Portugal, e que resultou de um processo evolutivo ao longo de mais de 35 anos.

Para isso, foram estudados a literatura científica e os sistemas de saúde dos países que haviam sido referência para Portugal noutras ocasiões, com maior atenção para o sistema britânico, *National Health System* (NHS), nomeadamente no que se refere às suas formas de organização, bem como ao esquema de incentivos *Quality and Outcomes Framework* (QOF) que tinha como objetivo estimular a prestação de cuidados de qualidade. O acontecimento mais relevante foi a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF), um modelo inovador de assistência primária de saúde, organizado por equipas multidisciplinares, dotadas de autonomia organizativa e funcional, que operam em centros de saúde geridos pelo Estado e suprindo as necessidades de saúde primárias de um conjunto fixo de utentes, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem personalizados, atendendo aos contextos socioeconómicos do utente, das famílias e da população.

Entre outros aspetos, este modelo assenta num conjunto de estímulos aos profissionais de saúde que o integram, mediante um sistema de retribuição que é variável, em função de objetivos previamente contratualizados, ou seja, pagamento por desempenho, procurando estimular um maior envolvimento com o utente e com a comunidade em geral, condição fundamental para uma maior otimização dos CSP.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar, à luz da reforma dos CSP e da criação das suas diferentes unidades funcionais e do seu modo de funcionamento, que diferenças se observam a nível de desempenho entre as diferentes tipologias de organização.

Portanto, para o presente trabalho definiu-se a questão de investigação: “A tipologia organizacional das unidades funcionais influencia o seu desempenho?”. Para responder a esta questão serão efetuadas as seguintes etapas.

Primeiramente, será feita uma revisão bibliográfica onde se abordará a prestação de cuidados de saúde primários em Portugal, com particular incidência na reforma dos CSP, analisando o contributo da NGP. Analisar-se-á ainda as principais características e diferenças existentes entre USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), bem como o pagamento pelo desempenho e o índice de desempenho global.

Numa segunda parte se será descrito o objeto de estudo, a sua metodologia e resultados obtidos.

Num terceiro momento será feita uma reflexão conclusiva acerca dos resultados alcançados com este estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Descrição do Procedimento de Revisão da Literatura

Para responder à pergunta de investigação e testar as hipóteses formuladas foi necessário proceder a vários passos metodológicos que irei referir de seguida.

O ponto de partida deste trabalho assentou no recurso à revisão da literatura existente sobre o tema.

Primeiramente efetuou-se uma leitura de artigos científicos, recomendados previamente pelo orientador deste trabalho académico, bem como o recurso a revistas científicas direta ou indiretamente, ligadas ao desempenho nos CSP, cujo critério de seleção dos resultados teve em conta a classificação do documento pesquisado como artigo revisto pelos pares. No que concerne às fontes de carácter primário destacam-se os seguintes relatórios: Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022, Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022, Relatórios sobre o Índice de Desempenho Global para as Unidades Funcionais no ano 2022 e o Relatório Estudo Momento Atual 2021-2022 (2002). De forma a compreender e interpretar o contributo da NGP nas reformas da saúde nos CSP procurou-se o apoio em numerosos estudos críticos sobre a NGP nomeadamente no repositório Institucional da Universidade de Minho (RepositóriUM).

Efetuuou-se ainda uma revisão de estudos de referência na área em estudo, legislação nacional aplicável e informação de carácter genérico em sites de organismos públicos e outras entidades nacionais.

Foram também consultados alguns livros de referência e guiões disponibilizados *online*, sobretudo nas áreas dos CSP em Portugal, tendo em vista a contextualização dos CSP em Portugal e o seu desempenho, bem como o livro de referência sobre métodos de investigação social tido em conta na elaboração do presente académico.

Efetuuou-se ainda pesquisa literária online na área da análise estatística para fundamentação da abordagem metodológica adotada e conhecimento das características do método estatístico OLS.

O recurso à revisão da literatura existente sobre um tema, segundo Bryman (2012), é a forma de elaborar um argumento sobre o significado da investigação e por onde esta poderá ser conduzida, obtendo-se para tal, a partir desta revisão, um conjunto de hipóteses como tentativa de resposta às questões de investigação. A interpretação da informação recolhida, produzida noutros estudos, permite apoiar o argumento desenvolvido (Bryman, 2012).

2.2 A Prestação de Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Para Chaves (2006), os CSP são parte integrante do sistema de saúde, do qual constituem o centro,

assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. São o primeiro contacto da população com os sistemas de saúde. Tornam-se assim a base de todo o SNS, sendo considerados por Simões (2004) como a base para uma utilização dos recursos em saúde mais justa e eficiente, e na opinião do mesmo autor (Simões, 2010), a história dos CSP tem o seu início anterior ao próprio SNS.

O Decreto-lei n.º 35, de 25 de abril de 1946 implementou o primeiro serviço de cuidados médicos através da Caixa de Previdência. Por esta altura, inicia-se também o sistema de Segurança Social com os “Serviços das Caixas”, que se destinavam à proteção na doença e invalidez dos trabalhadores por conta de outrem (Barbosa, 2010). Contudo estes serviços de saúde apenas se destinavam a pessoas com rendimentos que lhes permitissem aceder a estes serviços de saúde ou a trabalhadores do comércio e indústria. A criação do Ministério da Saúde (MS), em 1954, veio atenuar esta situação, apesar de não se terem visualizado efeitos diretos de imediato (Barroso, 2010).

Assim, em 1971, através do Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro - Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, são criados os centros de saúde denominados de “primeira geração”, cujas principais missões integravam a vacinação, a vigilância materno-infantil e a saúde escolar. Para Barbosa (2010) é aqui e pela primeira vez, que o Estado assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde. Profundas modificações organizacionais foram sendo realizadas na sequência desta reforma. Contudo, e segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2001) só em 1984, depois de publicado o Despacho Normativo 97/83, de 22 de abril, é que os centros de saúde de primeira geração são integrados com os postos dos serviços médico-sociais dando origem aos centros de saúde integrados ou de “segunda geração”, o que na opinião de Simões (2010) permitiu uma maior racionalidade na prestação de cuidados de saúde e na utilização de recursos.

Com a criação destes centros de saúde de “segunda geração” pretendia-se minimizar alguns aspetos negativos, tais como a limitada cobertura populacional e maximizar os aspetos positivos, como o acesso aos cuidados médicos e ações de promoção e proteção da saúde, especialmente em relação às populações em maior risco.

No entanto, para Monteiro, et. al. (2017) estes centros de saúde de segunda geração tinham uma estrutura organizativa burocrática, estando dependentes de outras estruturas sub-regionais, articulando-se entre si na respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), e para Branco e Ramos (2001), isto não trouxe melhorias nem na acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias, nem na programação de atividades com objetivos de saúde.

Aproveitando um período de estabilidade política, entre 1985 e 1994, começou-se a dar maior atenção à gestão dos serviços, tentando transformar o SNS numa “rede mais ampla” (Biscaia et. al.,

2008). Na tentativa de melhorar os cuidados de saúde, quer a nível de acessibilidade e qualidade, quer de forma a aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, foram sendo implementados projetos de carácter experimental, dos quais contam-se: em 1996 o Projeto Alfa, em 1998 o Regime Remuneratório Experimental e em 1999 o Projeto Tubo de Ensaio.

O Projeto Alfa surgiu na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em 1996 e tinha como objetivo estimular soluções organizativas que visassem aumentar a eficiência do SNS. Para Biscaia, et. al. (2008) este projeto pressupunha “a constituição de uma equipa multiprofissional, um compromisso por escrito de ação, com objetivos concretos, aceite livremente pela equipa e acordado com a administração, e ainda condições de instalação e equipamento adequadas à persecução do projeto”, constituindo processos de contratualização. De forma a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos disponíveis e de garantir a representação dos cidadãos e da administração nestes processos de contratualização, surgiu a necessidade de se criar um intermediário entre o cidadão e os serviços prestadores de saúde (Monteiro, et. al, 2017), surgindo assim entre 1997 e 1999, as “agências de contratualização”, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação dos serviços de saúde (Biscaia, et. al, 2008). E é por esta altura que surgem os contratos-programa, com o objetivo de aliar a atividade prevista ao volume de recursos financeiros disponibilizados à instituição (Monteiro, et. al, 2017).

O Regime Remuneratório Experimental dos médicos de Clínica Geral é criado pelo Decreto-Lei 117/98, de 5 de maio, na sequência do Projeto Alfa. Este projeto era semelhante ao Alfa e introduzia uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade e qualidade do trabalho, e desempenho profissional (Biscaia, et. al, 2008). Este projeto constitui o primeiro ensaio para um novo sistema retributivo, com discriminação positiva em função do desempenho.

O Projeto Tubo de Ensaio surgiu através de um protocolo celebrado entre a ARS do Norte e o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 1998, levando à criação de um novo Centro de Saúde na cidade do Porto, o Centro de Saúde São João. Os seus objetivos eram os de assegurar a prestação de cuidados de saúde a 25 000 utentes do SNS, desenvolver projetos inovadores no âmbito da administração da saúde e de prestar formação pré e pós-graduada em Medicina Geral e Familiar (Hespanhol et al., 2002).

Quadro 1 – Projetos Experimentais

Projeto	Características
Projeto Alfa	Pequenas equipas de trabalho descentralizadas, com autonomia de gestão e responsabilização pelo alcance de objetivos.
Regime Remuneratório Experimental	Novo sistema retributivo, com discriminação positiva em função do desempenho.

Para Barroso (2010), foram estas ações desenvolvidas a partir de 1996 que deram o verdadeiro arranque à reforma dos CSP.

Em 1999, criou-se o Decretos-Lei n.º 156/99, de 10 de maio que visava estabelecer o regime dos sistemas locais de saúde e o Decreto-lei 157/99, de 10 de maio que vinha estabelecer a criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reconhecendo a existência de diferentes unidades funcionais. Estes Decretos-Lei vieram introduzir os Centros de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde como unidades operativas mais autónomas e com uma hierarquia técnica (Biscaia, et. al, 2008).

O período entre 1996 e 1999 correspondeu a um período de conceção e ensaio da reforma dos CSP, que foi formalmente implementada em 2003, através da criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. Com a criação deste diploma pretendia-se passar de uma estrutura centralizadora para uma rede integrada de serviços de saúde, em que coexistissem entidades de natureza pública, privada e social, assentes numa ideia de complementaridade com as responsabilidades sociais do Estado (Entidade Reguladora da Saúde, 2016). Contudo, a promulgação desta lei foi condicionada pela constituição da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), não tendo qualquer efeito prático, até à sua revogação em 2005 (Barroso, 2010).

A grande mudança de paradigma no que diz respeito aos sistemas de gestão dos CSP deu-se com o Plano Nacional de Saúde (PNS) - 2004 e 2010, a primeira estratégia de saúde para Portugal. Este plano, para além de expor aspetos negativos tais como a organização vigente, a ausência de sistemas de informação e pouca diversidade de resposta, assentava na promoção da equidade e inovação, por forma a obter ganhos em saúde (Biscaia, 2006), (Biscaia & Heleno, 2017).

Ao reconhecer o papel fundamental dos CSP, o Estado teve de adotar um novo modelo de gestão que combatesse diversos fatores tais como a desmotivação, a falta de incentivos ou a reduzida eficiência dos recursos (Delgado, 2002).

Assim, em 2005, o Decreto-lei 88/2005, de 3 de junho vem revogar o Decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de abril, que cria a rede de CSP, e repristina o Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, com especial enfoque para as USF, sendo estas a base essencial de prestação de saúde primários e é aqui que é iniciada uma profunda reforma nos CSP.

Na sequência desta reestruturação, em setembro desse mesmo ano, formou-se a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de

22 de setembro de 2005, que veio a implementar os modelos de gestão que regem atualmente os CSP em Portugal (Miguel & Sá, 2010).

Segundo Pisco (2007), a MCSP estabeleceu os seguintes objetivos para a reforma dos CSP:

- Obter mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços;
- Aumentar a satisfação dos profissionais, criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas;
- Melhorar a eficiência;
- Promover a contenção de custos.

Em 2006, foi publicado, pela MCSP, as “Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” (MSCP, 2006), onde se descrevem as oito áreas de intervenção prioritária, segundo Campos (2006):

- Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde.
- Implementação de unidades familiares.
- Reestruturação dos serviços de saúde pública.
- Outras dimensões da intervenção na comunidade.
- Implementação de unidades locais de saúde.
- Desenvolvimentos dos recursos humanos.
- Desenvolvimento do sistema de informação.
- Mudança e desenvolvimento de competências.

Este conjunto de linhas estratégicas foram agrupadas no “Plano Estratégico 2007-2009”, subdivididas em 3 grandes eixos de atuação: Qualidade e Mudança Organizacional; Governação Clínica e Gestão do Conhecimento; Sustentabilidade e Desenvolvimento.

O programa do XVII Governo Constitucional (2005-09) adotou algumas medidas políticas, sendo a mais significativa a implementação das USF. Assim, o regulamento para o lançamento e implementação das USF é aprovado pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, que vem definir USF como “*a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde*”. As candidaturas ao novo modelo eram feitas de forma voluntária e a sua avaliação ficava a cargo das ARS e das agências de contratualização das ARS.

Uma vez que estava previsto que nem todas as USF poderiam ter o mesmo modelo organizacional

do ponto de vista da contratualização e autonomia, foi estabelecido o Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que veio estabelecer o regime jurídico de organização, funcionamento e remuneração das USF. Assim, o n.º 1 do art. 3.º deste diploma consagra três modelos distintos de desenvolvimento das USF: o modelo A, o modelo B e o modelo C, descritos mais detalhadamente mais à frente.

O modelo das USF prevê que todos os elementos da equipa cooperem na concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde, e cada elemento da equipa seja solidário no cumprimento das obrigações dos demais elementos (ERS, 2016).

As USF constituíram-se assim como um *“instrumento indutor de maior responsabilização e exigência, de forma a poderem alcançar-se melhores resultados em saúde, com maior eficiência, garantindo simultaneamente aos profissionais envolvidos e à sociedade, a transparência, a equidade e a idoneidade de todo este processo”* (Monteiro, et. al, 2017b: 727).

Após sucessivas reformulações legislativas o regime dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) foi finalmente promulgado em 2008 através do Decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro, pretendendo-se com a criação deste diploma o seguinte:

- Reforçar e incrementar os valores próprios dos CSP.
- Reorganizar os serviços dos CSP.
- Atribuir às instituições de CSP a autonomia de gestão que necessitavam.

Os ACeS passavam a ter autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupavam um ou mais centros de saúde, com órgãos e instrumentos próprios de gestão. Esta reforma modificou essencialmente a configuração e a autonomia dos centros de saúde, sendo as unidades funcionais (UF) que os constituem as seguintes:

- As Unidades de Saúde Familiar (USF).
- As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP) - antigos centros de saúde.
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) - prestam cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, em vários grupos populacionais.
- Unidades de Saúde Pública (USP) - têm ação em matéria de saúde pública na área demográfica onde se inserem: vigilância epidemiológica, prevenção, proteção e promoção da saúde.
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - integram profissionais de saúde de várias áreas (fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, entre outros) que prestam serviços de consultoria assistencial às outras unidades funcionais.
- Unidades de Apoio à Gestão (UAG) - prestam apoio administrativo e geral ao diretor executivo do ACeS, ao conselho clínico e às unidades funcionais, numa lógica de concentração de

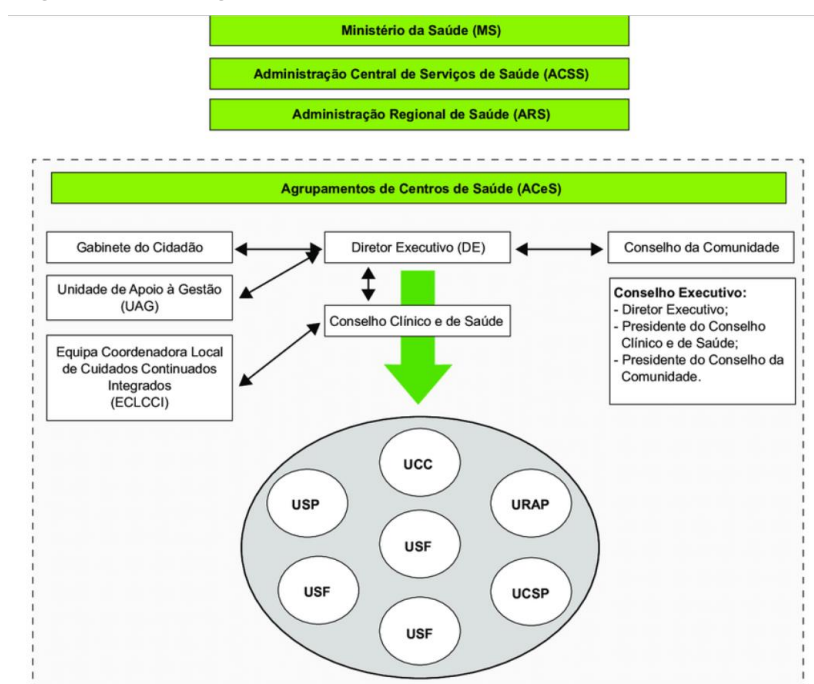
serviços não assistenciais do ACeS.

Os ACeS estavam interligados com as ARS, estando sobre a sua tutela, coordenação e poder, tendo em conta a sua zona de ação (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Para Lega & De Pietro (2005) a grande vantagem dos ACeS consistia na redução das hierarquias profissionais, criando estruturas baseadas em equipas, existindo uma melhor comunicação e envolvimento dos profissionais nos processos de decisão e negociação de objetivos de desempenho.

O modelo organizativo dos CSP encontra-se esquematizado na Figura I.

Figura 1: Modelo Organizativo dos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Figura I Modelo Organizativo dos Cuidados de Saúde Primários - Governação de Saúde e Gestão de Proximidade: A Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde

Segundo Sousa (2009), a peça fundamental do processo da reforma dos CSP estava então relacionada com o redesenho de toda a estrutura da administração regional e local, orientado à desconcentração na tomada de decisões, ao reforço de instrumentos de contratualização e à implementação da gestão por objetivos. Este novo desenho organizacional da administração regional e local decidiu por um lado, a criação das unidades autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, as USF, que tinham como principal tarefa uma maior proximidade entre o cidadão e uma maior qualidade de serviço, através de um modelo de contratualização interna. E por outro, a criação de ACeS com os principais objetivos de agregação de recursos e estruturas de gestão, obtenção de economias de escala e viabilização de estratégias regionais ao nível de CSP, indo de encontro às

necessidades e expectativas da população de determinada área geográfica (Pisco, 2007).

Contudo, e face a grave crise económica e financeira que o País enfrentava em 2011, dá-se uma alteração do governo, sendo lançado o Programa do XIX Governo Constitucional (2011-2015). Este programa vem reforçar a necessidade de uma utilização mais racional dos recursos disponíveis de modo a dar continuidade à garantia do direito à proteção da saúde. Para isto era imprescindível reforçar os princípios da responsabilização, da transparência da gestão e da imparcialidade. Assim, em janeiro de 2016 é nomeado o Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos CSP e é constituída a sua Equipa de Apoio cujo objetivo é relançar a reforma dos CSP.

Em julho de 2017 é então realizada a alteração ao regime jurídico das USF através do Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho, e são definidos os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais às USF e UCSP e de incentivos financeiros aos profissionais das USF modelo B (Decreto-Lei nº 212/2017 de 19 de julho).

De modo a reforçar e a potencializar a transparência e a governação clínica foi criada, ainda em 2017, uma parceria entre a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar e o Ministério da Saúde que resultou no portal Bilhete de Identidade dos CSP - uma plataforma pública que disponibiliza os resultados de diversos indicadores de todas as equipas dos CSP (Biscaia et. al., 2022).

Contudo, nesse mesmo ano e pela primeira vez desde 2006, não foram constituídas quaisquer novas USF, fosse qual o modelo, e em 2019 apenas abriram novas USF modelo A, apesar de existir autorização para também abrir novas USF modelo B, o que no entender de Biscaia et. al. (2022), nunca foi devidamente explicado.

Durante o segundo semestre de 2019, deu-se início a um projeto experimental na ARS Norte, que poderia significar outro ponto de viragem histórico nos CSP. Este projeto denominava-se “Reinventar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) – Autonomia em Proximidade” e foi implementado nos ACeS Porto Oriental e Póvoa/Vila do Conde, tendo sido enquadrado no Sistema de Incentivos à Inovação na Gestão Pública. Para o efeito, foi criado o Decreto-Lei nº 126/2019, de 29 de agosto, que autoriza o exercício do direito ao desafio para a transformação da ARS do Norte e dos ACeS, experimentando um modelo de autonomia de gestão de serviços partilhados que facilitem a criação de valor em saúde para os cidadãos. Contudo, e segundo Biscaia et. al. (2022), não houve mais informações sobre o processo.

Em 2020, devido à pandemia de Covid-19, verificou-se uma estagnação nas reformas, projetos e em todas as políticas relacionadas com os CSP. Porém, em 2021, e como sinal de uma forte vontade de mudança é nomeado coordenador para a área dos CSP do Grupo de Apoio Técnico à Implementação das Políticas de Saúde um ex-presidente da Direção da Associação Nacional de Unidades de Saúde

Familiar.

O novo Estatuto do SNS foi promulgado através do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, segundo o qual, cabe aos estabelecimentos e serviços do SNS orientar o respetivo funcionamento pela proximidade da prestação, pela integração de cuidados e pela articulação inter-regional dos serviços, sendo os estabelecimentos e serviços do SNS os seguintes: os ACeS, os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as Unidades Locais de Saúde, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo. Através deste decreto dá-se a alteração da natureza jurídica dos ACeS, que passam a ser considerados institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de saúde primários com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), à semelhança do que acontece com as unidades hospitalares, libertando-se da tutela das ARS e passando a contar com a participação dos municípios, através das seguintes atribuições:

- Celebração de parcerias estratégicas nos programas de prevenção da doença e promoção da saúde.
- Participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários.
- Gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários.
- Gestão dos trabalhadores inseridos na carreira de assistente operacional das unidades funcionais dos ACeS.
- Gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACeS.
- Participação na gestão do funcionamento das unidades funcionais dos ACeS.
- Outras competências que lhes sejam atribuídas por lei.

De modo a dar continuidade à orientação de mercado nos serviços de saúde, o normativo sobre a caracterização da organização e funcionamento do SNS veio reiterar a prioridade relativa à gestão pública das unidades de saúde e à constituição de sistemas locais de saúde, enquanto estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, desenvolvem atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações (Decreto-lei n. 52/2022, de 4 de agosto).

Ainda em 2022, foi decidida a criação de uma Direção Executiva do SNS (DE-SNS), que assumiria a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos,

assegurando o seu funcionamento em rede. Para o feito, através do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, é então criada DE-SNS sendo-lhe atribuída a natureza jurídica de instituto público de regime especial, integrada na administração indireta do Estado, com personalidade jurídica própria, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Estas mudanças foram sendo realizadas à luz dos pressupostos e ideias da NGP, à imagem do que já vinha sucedendo em muitos países europeus, pondo em práticas as suas metodologias, e que serão abordadas no capítulo seguinte.

2.3 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A APLICAÇÃO DOS SEUS MODELOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

2.3.1 Enquadramento

Ao longo dos anos ocorreram, em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), reestruturações profundas em diversos sectores de atividade da Administração Pública. Estas reestruturações ocorrem, em grande parte, na alteração da conceção tradicional do papel do Estado e na forma de organização e gestão que caracterizam as suas instituições.

A cada modelo de Estado corresponde um modelo de Administração Pública, o qual procura refletir as preferências e os valores que este procura promover (Rocha, 2011). Os modelos de gestão pública coexistem e cada um deles tem sido construído sobre valores e ideologias na perspetiva de alcançar a melhor maneira de prestar serviço público (Pollitt, 2016).

Baseando-se no caso do Reino Unido, Osborne e McLaughlin (2002) identificam quatro estádios distintos de desenvolvimento dos serviços, que correspondem a outras tantas formas de organização e intervenção do Estado: “Estado minimalista”, “Parceria desigual”, “Estado Providência” e “Estado plural”. Para estes autores o primeiro estágio de desenvolvimento dos serviços, corresponde ao “Estado minimalista” onde a organização e intervenção do Estado era mínima e a grande maioria do que são hoje os serviços públicos estava localizada nos setores de caridade ou nos setores privados. No segundo período verificou-se uma mudança de paradigma, onde se identificou uma mudança ideológica que se traduziu, por um lado, na ideia de que os problemas económicos e sociais não abrangem apenas ao foro individual e, por outro, no princípio de caber ao Estado o papel de providenciar pelo menos alguns serviços públicos e, caso não tenha capacidade para o fazer, estabelecer parcerias com instituições privadas e de caridades.

O aumento da intervenção do Estado na vida social e económica ocorre após a grande depressão de 1929 e, mais tarde, também na sequência da II Guerra Mundial com a criação do Estado Social ou

Estado de Providencia (*Welfare State*) (Araújo, 2007). Segundo Santos (2007) o Estado passa a envolver-se na economia e na indústria, assim como na gestão de conflitos e concertações entre classes e grupos sociais, minimizando as desigualdades decorrentes. Contudo, o *Welfare State* começou a dar sinais de instabilidade, nomeadamente porque começaram a surgir um conjunto de situações que o ameaçavam tais como: as rápidas transformações na sociedade, o aumento significativo de atividades exercidas pela Administração Pública, a crescente complexidade técnica das funções a desempenhar, e as radicais mudanças no comportamento administrativo que impunham uma maior flexibilidade da organização.

O choque gerado pela crise do petróleo, na década de 70, e o aumento extraordinário do seu preço deu origem a uma recessão económica que veio colocar em grande dificuldade os governos ocidentais, impossibilitando-os de gerar receita através do aumento dos impostos. Esta incapacidade devia-se, fundamentalmente, à elevada taxa de desemprego e à evolução negativa da demografia. Segundo O'Connor (2009) a confluência destes fatores dá origem à crise fiscal do Estado. Neste momento de escassez, o Estado foi o principal afetado, entrando numa grave crise fiscal (Pereira 1996).

O *Welfare State* estava a perder os seus recursos e o seu poder de ação. As pressões dos vários setores da sociedade aliada à crescente competitividade dos sistemas económicos tornam inevitável a reestruturação deste modelo a diversos níveis, desde formas organizacionais, mecanismo de financiamento, comunicação organizacional, entre outros, na assunção de que só assim poderia continuar a cumprir os objetivos a que se tinha proposto. Para enfrentar esta situação, o governo precisava de ser mais ágil e mais flexível, tanto na sua dinâmica interna como na sua capacidade de adaptação às mudanças externas (Peters, 1989).

E é assim, neste contexto de novos desafios e profundas reestruturações que se anuncia o fim do Modelo Tradicional, dando início a um novo modelo de gestão, a NGP. Estabelecendo-se assim, uma nova ideologia de organização e gestão na Administração Pública.

Segundo Hood (1991), a NGP é a designação atribuída a um conjunto de doutrinas globalmente semelhantes, que dominaram a agenda da reforma burocrática em muitos países da OCDE desde o final dos anos setenta e que procurou introduzir mecanismos e técnicas de gestão do setor privado, promovendo ainda o uso disciplinado e racional dos recursos, procurando fazer-se mais por menos.

As reformas baseadas neste modelo procuravam resolver os seguintes problemas, segundo Bilhim (2017):

- Aumentar a produtividade/eficiência.
- Fortalecer as forças de mercado para curar as patologias burocráticas.
- Estreitar laços entre Estado e Cidadãos.

- Descentralizar o poder de decisão na hierarquia burocrática ou num nível político inferior mais próximo do cidadão.
- Melhorar as condições do Estado para administrar a política pública.
- Responsabilizar os políticos no sentido de darem o que prometem.

Para Denhardt & Denhardt (2011) este modelo representa uma evolução para a Administração Pública. As suas características empresariais e a sua cultura administrativa voltada para os resultados constituem o motor da eficiência e da economia. Para além disso envolve uma diferente conceção de responsabilização pública, que diminuiu ou tenta eliminar as diferenças entre o setor público e privado, na qual a responsabilização (*accountability*) se torna clara, desde que reflita a alta confiança no mercado e nos métodos praticados pelos gestores (Behn, 1999; Hood, 1991).

Assim, a NGP tem como objetivos, promover a inovação e a modernização da administração pública, onde o serviço prestado aos clientes se constitui como a base das decisões públicas, otimizando os índices de eficácia, eficiência e economia dos recursos colocados ao dispor (Asquith et. al., 2015).

Para Escoval (2003) a NGP tem as seguintes características:

- A responsabilização dos gestores públicos, *accountability*,
- A definição de padrões de avaliação do desempenho, introdução de sistemas de avaliação por mérito e sistemas de incentivos com base na produtividade.
- Disciplina na utilização dos recursos.
- Introdução do planeamento e gestão estratégica das organizações públicas, como forma de garantir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e uma maior adaptação ao meio envolvente; as organizações devem definir com precisão a sua missão, os seus objetivos.

Em suma, este modelo pretende introduzir no setor público instrumentos de gestão e eficiência presentes no setor privado, através da descentralização, gestão por objetivos, auditoria do desempenho e maior autonomia para os gestores.

Para Carrapato et. al. (2019), a NGP trouxe um modelo de governação em rede onde surgem outros atores sociais para responder a problemas como a falta de recursos e de legitimidade ou a crescente complexidade social.

Em Portugal, a estrutura tradicional encontrava-se bastante enraizada no seio da Administração Pública, dificultando a implementação de reformas. Fatores como a importância das leis, a natureza hierárquica, centralizadora e burocrática da administração, e a falta de transparência e de responsabilidade nos *inputs* em vez dos *outputs*, dificultou o processo de implementação das reformas (Araújo, 2005). O movimento reformista iniciado em vários países da OCDE começou a atingir, também,

Portugal, mas só a partir da década de 80 (Araújo, 2001, 2002; Rocha e Araújo, 2007; Bilhim, 2003).

2.3.2 O Contributo da Nova Gestão Pública na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

À semelhança do que ocorreu noutros setores da Administração Pública, os princípios da NGP também foram aplicados no setor da saúde, nomeadamente nos CSP, dando uma maior liberdade para a gestão e promovendo uma gestão voltada para a responsabilidade da ação.

A reforma de 2005 dos CSP representa o ponto de partida e um acontecimento relevante no panorama da saúde, da Administração Pública e da sociedade portuguesa, tendo como base um conjunto de princípios da NGP tais como a descentralização, auto-organização, avaliação e responsabilização pelos resultados.

Para Carvalho (2008) o XV Governo Constitucional já havia assumido as ideias da NGP, contudo foi o XVII Governo Constitucional que implementou as medidas de reestruturação dos CSP, aprovando um conjunto de medidas que colocariam em prática este modelo de gestão pública.

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). A criação deste grupo, cuja missão era o acompanhamento da reforma dos CSP, é desde logo um aspeto inovador neste processo de reestruturação.

Temos os seguintes exemplos destas medidas de reforma:

- Implementação de um novo modelo de gestão no SNS que incidiu na reestruturação dos centros de saúde em ACeS, desenvolvidos segundo um novo modelo de governação, com autonomia administrativa e enfoque na coordenação de equipas autónomas com relações de contratualidade interna (Ministério da Saúde, 2012; Ramos, 2009).
- Criação de USF que visavam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e resultados em saúde, enquadradas numa carta de compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACeS, sendo avaliadas e responsabilizadas pelo seu desempenho (Biscaia et al., 2006, citados por Biscaia & Heleno, 2017). A sua constituição previa a existência de um sistema retributivo que premiasse o seu desempenho, o qual será abordado mais detalhadamente a seguir. A avaliação do desempenho e a contratualização de objetivos é verificado através de indicadores específicos tais como a acessibilidade, a produtividade, a eficiência e a qualidade. Para além destes objetivos segundo Pisco (2007) a reforma dos CSP estabeleceu ainda a promoção da contenção de custos.
- A contratualização, para Biscaia e Amorim (2013), assume, também, um papel fulcral, na

melhoria da afetação de recursos e dos objetivos em saúde, nomeadamente nas áreas de acessibilidade, qualidade, eficiência e desempenho assistencial. A contratualização vem introduzir no setor da saúde um modelo de coordenação por contratos.

- O Modelo de coordenação por contratos baseia-se na Teoria Agente-Principal. O Estado — Principal — contrata um terceiro — Agente — para realizar uma tarefa de relevância pública (Escoval, 2003), (Escoval, 2010). Para Araújo (2000) os contratos permitem a alocação dos recursos com base em indicadores e medidas de desempenho, típicos de uma relação de mercado.
- A Estratégia descentralizadora que permitiu atribuir autonomia ao nível local, aproximando a decisão dos prestadores e contribuindo para cuidados de maior qualidade e adequados às necessidades da população. (Mills, 1990; Tobar, 1991; Regmi et. al., 2010).

Estas medidas introduzidas refletem a rotura com a organização tradicional hierárquica que caracterizavam o setor público, implementando um conjunto de princípios que permitiram a otimização e a sustentabilidade do SNS, nomeadamente a orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade e contratualização e avaliação (Biscaia & Heleno, 2017).

O quadro 2 e o quadro 3 procuram resumir de forma esquemática, como a NGP está refletida na estruturação dos ACeS e na criação das USF respetivamente.

Quadro 2: Estruturação dos ACeS

Rede descentralizada de equipes	Concentração de recursos e partilha serviços	Descentralização da gestão para o nível local	Governança clínica e de saúde	Participação da comunidade
<p>Equipas multiprofissionais, vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem (UCSP e USF).</p> <p>Equipa de cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade: (UCC)</p> <p>Equipa de intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional (USP).</p>	<p>Equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultoria às unidades a várias unidades e ao ACeS (URAP).</p>	<p>Criação dos ACeS com diretores executivos e conselhos executivos, e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos (UAG)</p>	<p>Desenvolvimento de um sistema de melhoria da saúde a nível da população que envolve todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACeS e dos conselhos técnicos das unidades</p>	<p>Destaque e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os gabinetes do cidadão e os conselhos da comunidade</p>

Fonte: Elaboração Própria adaptado www.csp.min-saude.pt

Quadro 3: Criação das USF

Autonomia de decisão	Avaliação de desempenho	Sistema retributivo	Incentivos institucionais	Gestão Participativa
Têm autonomia técnica e organizacional cuja regulação se faz através de um conjunto de instrumentos formais.	Visam alcançar metas e objetivos de qualidade de processos e de resultados em saúde, descritos numa carta de compromisso que é contratualizada.	Têm a possibilidade de aceder a um sistema retributivo misto.	Têm a possibilidade de alcançar incentivos institucionais cujo objetivo é apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais da USF.	Fomentação da participação dos profissionais nas tomadas de decisão.

Fonte: Elaboração Própria

2.3.3 Pagamento por Desempenho

Para Eichler (2006), o Pagamento por Desempenho, em inglês *Pay for Performance* (P4P) foi definido como a “*transferência de dinheiro ou bem material condicionada ao desenvolvimento de uma ação mensurável ou atingimento de uma meta de desempenho predeterminada*”.

Neste modelo de financiamento, o contrato é projetado de modo que os objetivos de ambas as partes estejam totalmente alinhados. Assim, tal como sucede nos setores industrial e comercial, os profissionais de saúde ou organizações podem ser pagos por resultados desejáveis, como por exemplo o número de crianças imunizadas ou uma cirurgia realizada com sucesso. Toda a noção de P4P baseia-se na assunção de que os agentes são motivados por ganhos financeiros e dessa forma vão procurar maneiras de maximizar os rendimentos, e a fundamentação para o uso do P4P nos cuidados de saúde é baseada no aparente sucesso de tais esquemas de pagamento no setor comercial ou privado (Eldridge & Palmer, 2009).

O P4P é uma abordagem utilizada nos serviços de saúde, no sentido de atribuir incentivos aos prestadores de cuidados de saúde, de modo a obter melhor desempenho, aumentando a qualidade dos cuidados ou reduzindo os seus custos. Nesse sentido, o P4P difere do sistema de pagamento por ato médico, que fornece incentivos para a produção de determinados serviços de assistência médica (por exemplo consultas em ambulatório, admissões hospitalares). Uma crítica comum feita ao sistema de pagamento por ato, é que atribui recompensas aos prestadores por produzirem volumes mais altos de serviços de saúde, sem que, contudo, se faça uma avaliação direta do efeito na qualidade do atendimento ou dos custos gerais do sistema de saúde, pelo que se observam melhorias apenas no que se relaciona com o acesso. Ao fornecer incentivos financeiros diretos associados às medidas relacionadas com o

desempenho e com o custo dos cuidados prestados, o P4P poderá promover diretamente a melhoria do desempenho, da qualidade e redução de custos. Ao pagar pelos padrões determinados, o P4P pode ajudar a igualar a qualidade em diferentes regiões do país e entre diferentes fornecedores na mesma região, ou melhorar a coordenação dos cuidados entre os prestadores (Cromwell et. al., 2011).

Assim, para muitos decisores políticos, remunerar em função do desempenho é uma forma apelativa e intuitiva de melhorar a qualidade e o valor dos serviços.

Até 2012 o P4P já havia sido adotado e implementado nos CSP de dezoito países da OCDE, o que atesta a popularidade deste esquema de pagamento (Perelman et. al. 2016), sendo cada vez mais utilizados pelos responsáveis pelos serviços saúde para apoiar a melhoria dos cuidados prestados, estando presentes em diversos países incluindo os Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Alemanha, Israel, Taiwan, Tailândia, Nova Zelândia, Austrália, entre outros (Macklin-Doherty, 2018).

Tomando como exemplo as mudanças operadas noutros países, um dos aspetos mais emblemáticos da reforma portuguesa dos CSP de 2005 foi a mudança efetuada nos mecanismos de financiamento. Essa mudança teve particular enfoque no modelo adotado pelo Sistema de Saúde do Reino Unido, o NHS, em concreto o modelo inglês de P4P, o QOF (Perelman et. al. 2016).

Segundo Dora et. al. (2014), o programa britânico de P4P para os cuidados primários foi introduzido em 2004 de modo a proporcionar aos prestadores pagamentos relacionados à qualidade, para além dos pagamentos de capitação existentes, e ao mesmo tempo incentivar melhores práticas.

Em Portugal, com a reforma dos CSP em 2005, os médicos de clínica geral, que outrora auferiam apenas um salário fixo, passaram a ser pagos através de um salário fixo complementado por componentes de capitação e de P4P. Com isto, o Ministério da Saúde mostrou-se disponível para combinar diferentes mecanismos de financiamento e suas vantagens, mitigando dessa forma os efeitos indesejáveis de cada um. Um salário fixo, apesar de pouco motivante, por um lado oferece segurança financeira aos médicos, e por outro reduz o risco de seleção de doentes para atingir determinado objetivo. A capitação promove a eficiência, a contenção de custos, a continuidade assistencial e as práticas clínicas orientadas para a prevenção de doenças, apesar de promover excesso de encaminhamentos de doentes e seleção dos mesmos, bem como a redução na qualidade dos cuidados.

Desta forma conjuga-se os principais benefícios de cada mecanismo, o P4P incentiva a qualidade e desempenho, a capitação melhora a continuidade e eficiência, e o salário garante a segurança financeira ao mesmo tempo que reduz o risco de comportamentos com vista à maximização de lucros.

Estas mudanças relativas ao financiamento, foram postas em prática em dois momentos distintos. Numa primeira fase, em 2006 foram introduzidos os incentivos institucionais pelo alcance de metas

definidas para um conjunto de indicadores, consistindo em quantias monetárias que poderiam ser utilizadas para participação em conferências e formação, em investigação e para aumentar os pagamentos a funções de gestão de topo, estando excluídos os incentivos individuais. Apenas num segundo momento, em 2009, é que foram instituídos os incentivos a nível individual, além dos incentivos institucionais já existentes (Perelman et. al. 2016).

A Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril define que «*a contratualização de metas de desempenho com as USF deve conduzir, por si só, a esforços tangíveis na melhoria dos níveis da acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde*».

A determinação dos indicadores de desempenho e a definição de metas a atingir devem obedecer a uma calibração muito cuidadosa. As metas devem estar alinhadas com os valores profissionais, devem ser desafiadoras, porém alcançáveis, e os pagamentos devem ser suficientemente elevados para promover cuidados de alta qualidade sem distorcer a prática clínica.

Num estudo realizado por Perelman et al. (2016) analisando o desempenho das unidades funcionais em Portugal entre 2009 e 2013, observou-se uma melhoria nos indicadores de qualidade nos três tipos de unidades funcionais, sendo que as USF modelo B, caracterizadas por incentivos individuais aos profissionais de saúde, tiveram um desempenho significativamente melhor do que as USF modelo A, que recebiam apenas incentivos institucionais, e significativamente melhor do que as USCP, sem nenhum tipo de incentivo. Esta diferença foi mais notória no período inicial do programa, o que em parte será explicado pelo facto das USF modelo B terem estado a trabalhar como USF modelo A desde 2006. No entanto, a taxa de melhoria nas unidades com incentivos foi limitada no tempo, com uma convergência das unidades não incentivadas, parecendo sugerir um efeito de teto, quando as metas são alcançadas não existe incentivo para melhorias adicionais.

Por outro lado, o facto das unidades estarem, pela primeira vez, a deparar-se com uma utilização mais ampla do sistema informático e uma lista de indicadores que informam claramente os profissionais acerca das prioridades de saúde, assinalam as dimensões de qualidade relevantes e a métrica de medida do desempenho, possibilitou a comparação entre unidades de saúde.

Para os autores, o estatuto de USF modelo B poderá ter funcionado como um fator de incentivo uma vez que as USF modelo A e as USCP têm a possibilidade de candidatar-se ao estatuto de USF modelo B, acedendo a incentivos financeiros, tendo para tal de demonstrar o seu bom desempenho, e por outro lado, a comparação pública dos indicadores poderá ter funcionado ela própria como um

incentivo, conduzindo a uma melhoria global do sistema.

Para a ACSS, (2022) os incentivos institucionais são um instrumento que, no âmbito de um processo de gestão por objetivos, como é o caso da contratualização nos CSP, representam o reconhecimento do nível de desempenho obtido pelas unidades funcionais.

Segundo a Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2011) a informação disponível aponta no sentido de que a reforma levada a cabo em Portugal tem como aspeto positivo o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde pelos cidadãos, na melhoria da qualidade e do desempenho.

A motivação e o envolvimento dos prestadores de cuidados de saúde parece fundamental para alcançar um sistema de saúde eficiente, mas para garantir a sua sustentabilidade do ponto de vista financeiro é importante compreender como os prestadores de CSP se comportam mediante os incentivos introduzidos por forma a avaliar o impacto desta modalidade de pagamento, quais as vantagens e qual a sua relação custo benefício, por forma a sustentar eventuais decisões futuras no sentido de rever ou reajustar os programas.

2.4 AS UNIDADES FUNCIONAIS UCSP E USF

2.4.1 Enquadramento

Tal como referido anteriormente, a prestação de cuidados de saúde nas estruturas dos ACeS, é levada a cabo por uma rede descentralizada de equipas multidisciplinares que constituem as diversas unidades funcionais, as USF, as USCP, as UCC, as USP e as URAP. Os cuidados à pessoa e à família estão a cargo das USF e USCP. As UCC prestam cuidados a grupos com necessidades especiais e conduzem intervenções na comunidade. As USP encarregam-se de intervenções no meio físico e social, e desenvolvem ações com alcance populacional. As URAP sendo unidades de recursos assistenciais partilhados, promovem a concentração de recursos e partilha de serviços por forma a dar apoio em várias vertentes e rentabilizar as unidades funcionais e os projetos de saúde comuns às várias unidades e ao ACeS.

A atividade assistencial ao indivíduo e à família, no âmbito de CSP, é, portanto, realizada pelas USF e pelas UCSP, que de resto somam entre elas a grande maioria das unidades funcionais existentes a nível nacional, e uma vez que em cada ACeS existe apenas uma USP e uma URAP, e o número de UCC por ACES é relativamente reduzido.

No entanto, as USF e as USCP apresentam características muito distintas e que importa compreender por forma a perceber se estas diferenças poderão estar na origem de diferentes níveis de desempenho.

Nesse sentido será feita uma descrição da organização destas duas unidades funcionais, sublinhando essas mesmas diferenças, encarando as USCP como as unidades que mantêm a organização tradicional dos anteriores Centros de Saúde e, portanto, pré-reforma, e as USF como resultantes da reforma com um novo modelo organizacional do ponto de vista da contratualização e autonomia.

2.4.2 AS Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

O Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro vem estabelecer que entre as unidades funcionais que constituem o ACeS constam as UCSP.

As UCSP têm um modelo organizacional de centro de saúde clássico (anterior à criação das USF), funcionando com uma estrutura semelhante às USF, com garantia da acessibilidade, continuidade e globalidade, através uma equipa que é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF, que se manteve nos casos em que os profissionais não se encontrassem dispostos, ou não existissem condições para constituir uma USF.

2.4.3 As Unidades de Saúde Familiar

O Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro vem pela primeira vez regulamentar as USF. Como consequência do refinamento desta regulamentação foi criado o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto mais tarde retificado pela Declaração de Retificação n.º 81/2007, de 12 de setembro, que vem definir o regime jurídico e o regime de incentivos das USF.

Assim, a USF é a unidade elementar da prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias (n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto) e tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto).

Segundo Biscaia et al. (2016) as suas principais características são as seguintes:

- São constituídas por equipas multidisciplinares das quais fazem parte médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos, de dimensão proporcional à população abrangida, e cuja constituição se faz de forma voluntária.
- Têm autonomia técnica e organizacional cuja regulação se faz através de um conjunto de instrumentos formais, como por exemplo o regulamento interno ou o plano de ação.
- Visam alcançar metas e objetivos de qualidade de processos e de resultados em saúde,

descritos numa carta de compromisso que é contratualizada com as direções executivas dos ACeS e destas com as ARS, sendo devidamente avaliadas e responsabilizadas de acordo com o seu desempenho.

- Têm a possibilidade de aceder a um sistema retributivo misto, no caso dos médicos, formado por uma base/carreira, capitação ajustada, e associado ao desempenho pelo atingimento de objetivos coletivos, premiando a otimização do acesso, o desempenho e a qualidade. Os enfermeiros e secretários clínicos poderão também aceder a incentivos financeiros, cuja atribuição está dependente do cumprimento das metas contratualizadas relativamente aos indicadores de desempenho.
- Têm a possibilidade de alcançar incentivos institucionais cujo objetivo é apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais da USF, mediante a atribuição de prémios pecuniários para reinvestimento na própria USF, dependentes do desempenho obtido, devidamente aferido através de indicadores.
- Utilizam sistemas de informação que permitam responder aos indicadores contratualizados, e ao mesmo tempo constituir uma base de dados informatizada dos ficheiros de utentes dos profissionais.
- Existência de um acordo que possibilite a substituição entre os profissionais por forma a garantir atendimento no próprio dia aos utentes inscritos nas USF.
- Estabelecem uma hierarquia técnico-científica, proposta pelos elementos que constituem a equipa, garantindo a qualidade do serviço, bem como delinear um plano de desenvolvimento de competências e de formação.
- Poder integrar uma rede juntamente com as outras unidades funcionais no ACeS, bem como outras entidades existentes na comunidade.

As USF têm a possibilidade de se organizarem em três modelos distintos:

- **USF modelo A** corresponde as USF do setor público administrativo onde as regras e as remunerações são definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao respetivo sector e à respetiva carreira dos profissionais que as integram. Segundo Simões et. al., 2010, é um modelo que corresponde a uma fase de aprendizagem e desenvolvimento que visa criar rotinas de trabalho de equipa bem como de contratualização e correspondente avaliação de desempenho (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 fevereiro). É o primeiro modelo por onde todas as outras USF terão de passar para se poderem candidatar aos restantes modelos.
- **USF modelo B** compreende as USF do setor público administrativo com um regime retributivo

especial para todos os profissionais que os integrem, em que acresce ao ordenado suplementos e compensações pelo desempenho que estão definidos no Decreto-Lei 298/2007, de 22 de agosto. É pressuposto uma maior maturidade organizacional por parte da equipa de profissionais de saúde e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais rigoroso, daí a exigência de funcionamento como modelo A previamente à transição para modelo B.

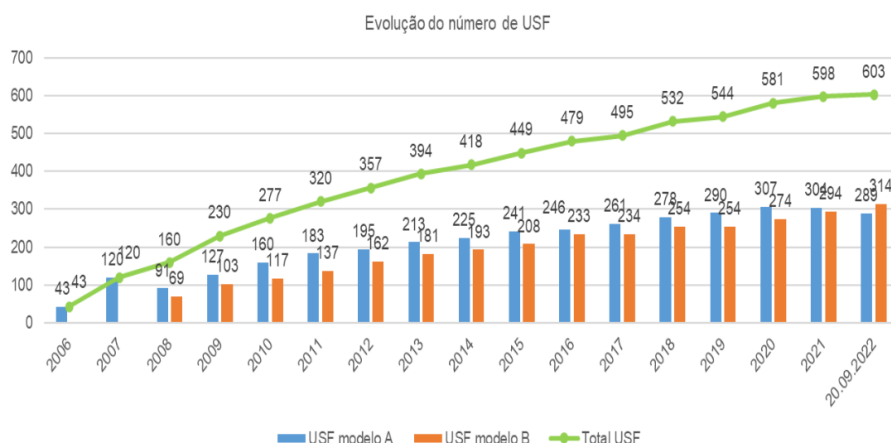
- **USF modelo C** é um modelo experimental que tem por base a elaboração de contratos-programa com equipas do setor público, privado, cooperativo e social, que até à data não se encontra efetivo nem tem qualquer aplicação (Simões et. al., 2010). Segundo o Despacho n.º 24 100/2017, de 22 de outubro este modelo visa suplementar possíveis insuficiências demonstradas pelo SNS. Contudo é um modelo idealizado que ainda nem se encontra totalmente regulamentado.

Estes modelos diferenciam-se com base no seu grau de autonomia, modelo retributivo e modelo de financiamento/estatuto jurídico.

Segundo o “Manual de candidatura e acompanhamento das Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários” (2022) as USF modelo A e as USF modelo B diferenciam-se no modelo retributivo dos seus profissionais de saúde, com distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, na exigência da contratualização interna e no acompanhamento diferenciado até atingir a acreditação externa, assumindo diferentes patamares de desempenho. Nas USF modelo A, os grupos profissionais são pagos normalmente (remuneração base prevista na legislação) sem qualquer suplemento associado, enquanto nas USF modelo B está previsto um suplemento associado ao desempenho dos profissionais. Assim, o Decreto-Lei 298/2007, de 22 de agosto veio estabelecer o regime de incentivos a todos os modelos de USF e definir a atribuição de incentivos aos profissionais das USF de Modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das atividades específicas e os dos restantes profissionais, enfermeiros e pessoal administrativo, integrados na compensação de desempenho.

As primeiras candidaturas às USF tiveram início em março de 2006 e a entrada em atividade ocorreu em setembro desse mesmo ano, em 2008 surgiram as primeiras USF modelo B, que desde então têm vindo a aumentar anualmente. Em 2022, e pela primeira vez, há mais USF modelo B do que modelo A conforme podemos verificar na Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução de USF modelo A e USF modelo B



Fonte: Gráfico 3 Evolução do número de USF (modelo A e B) entre 2006 e setembro de 2022 - Relatório Estudo Momento Atual 2021-2022 - Out2022 USFAN

Para Pisco (2007) as USF visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e resultados em saúde, enquadradas numa carta de compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACeS, sendo avaliadas e responsabilizadas pelo seu desempenho. De salientar que as USF podem ser consideradas extintas pelos ACeS caso se verifique sucessivos incumprimentos reiterados da carta de compromisso.

2.4.4 Comparação entre UCSP e USF Modelo A e USF Modelo B

Como temos verificado ao longo da revisão da literatura, a constituição de USF é um marco muito importante na reforma dos CSP em Portugal.

O papel fundamental das USF e UCSP na estrutura dos centros de saúde encontra-se presente no decreto-lei que criou os ACeS, quando estabelece que “em cada centro de saúde componente de um ACeS funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP (...)” – n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

No entanto, a sua comparação é inevitável uma vez que estes modelos apresentam características diferentes, que no entender, se mostram relevantes para os resultados que obtêm.

Em 2015. Barros et al., realizaram um estudo para o Ministério Público onde concluíram que as unidades funcionais são muito distintas entre si e que existe uma enorme heterogeneidade.

De modo a conseguir-se fazer uma distinção entre ambas foi elaborado o quadro 4:

Quadro 4 – Quadro comparativo das UCSP e USF modelo A e USF modelo B

Características	UCSP	USF modelo A	USF modelo B
Criação	Transição Automática determinada pela publicação do Decreto-Lei 28/2008.	Através da iniciativa das equipas e com aprovação da ACSS.	
Missão	Prestação de cuidados de saúde individuais (personalizados) e familiares, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos. Fazem parte integrante dos centros de saúde. Desenvolvem com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.		
Cuidados Assistenciais	Cuidados de Medicina Geral e Familiar, de Enfermagem e Administrativo.		
População	Inscritos com e sem médicos de família, turistas e passantes.	Inscritos com médico de família.	
Dimensão	Entre 3.000 a 18.000 utentes	Entre 4.000 a 18.000	
Autonomia	Organizativa, funcional e técnica.	Organizativa, funcional e técnica cumprindo o plano de ação.	
Consultas médicas programadas		Sim	
Consultas enfermagem programadas	Não	Sim	
Atendimento doentes agudos não programado	Sim. Desde que não seja no período das consultas programadas.	Integrado no período normal de trabalho, das consultas programadas.	
Retribuição por incremento de utentes por médico de família de utentes por enfermeiros	Não acontece.	Pagamento em trabalho extraordinário	Para a unidade funcional e suplementos para todos os profissionais.
Contratualização de Desempenho	Contratualização relacional.	<i>Soft contract.</i>	<i>Hard contract.</i>
Indicadores de Desempenho	Constam do documento “Bilhete de Identidade dos Indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários sendo semelhantes a ambos.		
Ciclo da Contratualização	Acessibilidade, produtividade, eficiência, efetividade e qualidade. De 3 em 3 anos com ajustes nas metas anuais.	Anuais.	
Retribuição por atingir as metas contratualizadas	Não acontece.	Para a instituição.	Para a instituição e para todos os profissionais.

Fonte: Elaboração própria adaptado de ERS (2016)

Em suma, uma das principais diferenças entre as USF e as UCSP assenta desde logo no seu modelo de criação. Enquanto na primeira é através da apresentação voluntária de uma candidatura, por iniciativa da equipa multiprofissional, na segunda mantém-se o modelo dos centros de saúde anteriores. Outra diferença verifica-se na autonomia, enquanto as USF têm autonomia no cumprimento do plano de ação as UCSP não têm. Enquanto nas USF não existem utentes inscritos sem médicos de família, nas UCSP os profissionais de saúde têm de assegurar os cuidados a todos os utentes, com ou sem médico de família (ERS, 2016).

A diferença mais significativa nestas unidades funcionais é o regime de incentivos institucionais associados à atividade, podendo ser atribuídos prémios de desempenho nas USF.

2.4.5 Índice de Desempenho Global

Segundo a ACSS (2022), quer os diferentes contextos da prestação de cuidados de saúde de cada tipologia de unidade funcional, quer os seus diferentes níveis de desenvolvimento e maturidade organizacional, conduziram à criação do Índice de Desempenho Global (IDG), permitindo acompanhar e avaliar (quantificar e qualificar) o desempenho de todas as unidades funcionais, de modo a promover a sua melhoria contínua e a diminuição da variabilidade dos resultados alcançáveis, num contexto de equidade entre diferentes tipologias organizacionais.

A sua operacionalização ocorre através da avaliação do desempenho assente numa matriz multidimensional que agrega uma visão integrada do desempenho global de cada tipologia de unidade funcional. Para cada matriz multidimensional são definidas subáreas, dimensões, métricas e indicadores, onde constam os resultados obtidos e os resultados expectáveis (ACSS, 2022).

O IDG é então obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D). O resultado de cada IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D é um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real) (ACSS, 2022).

Ainda segundo a ACSS (2022) as ponderações dos IDS_A, IDS_S e IDS_D, são objeto de correção nas seguintes situações:

- Omissão de componentes da Matriz de Desempenho (existência de uma dimensão da matriz sem indicadores nem métricas validadas; existência de uma subárea da matriz em que todas as dimensões ficaram por operacionalizar);
- Unidade funcional que, por razões não imputáveis à própria, não possam assumir/não necessitem de alguma dimensão de atividade da matriz multidimensional, situação em que o cálculo do IDG se obtém corrigindo as ponderações das dimensões restantes.

Os resultados dos respetivos IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D são ponderados de acordo com a metodologia descrita no documento “Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022”.

Nos casos das UCSP, USF modelo A e USF modelo B, o IDG é composto por cinco áreas, cada uma com uma ponderação diferente, Desempenho Assistencial (50%), Serviços (10%), Qualidade Organizacional (20%), Formação (10%) e Atividade Científica (10%) (ACSS, 2022).

3. ABORDAGEM METODOLOGICA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Contexto da Análise e Desenvolvimento das Hipóteses de Investigação

As necessidades da sociedade são cada vez maiores, tal como o seu nível de exigência, fazendo com que os recursos sejam cada vez mais escassos para lhes fazer frente. Torna-se por isso fundamental inovar os serviços e o seu modo de funcionamento para enfrentar os problemas e desafios atuais da administração pública. Portanto, é necessário maximizar os resultados com a utilização dos recursos existentes.

A revisão de literatura mostra-nos o papel fulcral dos CSP no SNS. Os CSP são considerados por muitos autores como a base de todo o SNS, pois deverão ser o primeiro nível de contacto da comunidade com a assistência em saúde. Devido à sua natureza de carácter preventivo e de intervenção precoce, a sua correta utilização permite economizar recursos fundamentais, uma vez que, e de um modo geral, são consumidos menos recursos na promoção da saúde e prevenção da doença, do que no seu tratamento ou reabilitação.

O Estado procurou assim otimizar a utilização desses recursos disponíveis ao introduzir um conjunto de iniciativas de gestão e organização para satisfazer as necessidades da população, por forma a promover o bem-estar social.

Quanto mais perto estiverem localizados da população mais eficiente e justa é a distribuição dos recursos disponíveis. No sentido de aumentar a proximidade, acessibilidade e qualidade em saúde foi criada a MCSP em 2005.

Esta reforma preconiza um papel central para a governação clínica em cada uma das unidades funcionais, sendo atribuídas responsabilidades técnicas e autoridade independentes dos ACeS.

Destas unidades funcionais, constam, entre outras, as unidades mais vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem – as USF e as UCSP.

Enquanto as UCSP seguem com um modelo organizacional de centro de saúde clássico (anterior à criação das USF), as USF surgiram, como um modelo inovador na prestação de CSP e até mesmo nos serviços públicos em Portugal. As USF procuraram desenvolver-se com base em modelos assentes nos princípios da NGP, mais liberais e horizontais ao contrário do modelo tradicional onde a estrutura organizacional se traduzia de forma bastante rígida, altamente hierarquizada e de forte componente burocrática.

A implementação de USF, segundo a OPSS (2019) teve por base a iniciativa de incentivo dos profissionais de saúde, dos dirigentes locais (diretores dos ACeS) e regionais (ARS). Os médicos de clínica geral passaram a, para além de auferir os seus salários, a usufruir de pagamentos adicionais por capitação e associados ao desempenho em função de atividades contratualizadas (WHO, 2007).

Pretende-se, com este trabalho académico, perceber se a tipologia organizacional dos CSP influencia o seu desempenho. Para alcançar este objetivo é necessário formular hipóteses de investigação. A formulação de hipóteses de investigação tenta responder ao problema levantado pela temática escolhida, funcionando como uma pré-solução para o problema, uma resposta suposta e provisória, e também um enunciado conjectural das relações entre variáveis (Reis, 2010).

Assim, no seguimento deste trabalho foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Quadro 5 – Hipóteses de Investigação

H1	A tipologia organizacional influencia o desempenho.
H2	Existem diferenças relativamente ao desempenho entre as unidades funcionais do tipo UCSP e as unidades funcionais do tipo USF.
H3	E relativamente às unidades funcionais do tipo USF, existem diferenças no desempenho entre as unidades do modelo A e as unidades do modelo B.

Fonte: Elaboração Própria

3.2 Design de Investigação

Após identificação do tema em estudo e da definição de questão de investigação “A tipologia organizacional das unidades funcionais influencia o seu desempenho?” importa definir o design e metodologia de investigação.

Considerando a questão de investigação e a natureza da informação recolhida, foi adotado um design do tipo *cross-section*, pois tem como objetivo captar o momento atual pretendendo retratar, analisar e dar a conhecer uma realidade social (Rodrigues, 2012). Com uma abordagem metodológica quantitativa por processo dedutivo, através de uma análise multivariável, para determinação da eventual existência de relações causais entre variáveis e teste das hipóteses em estudo. O recurso a este tipo de design traduz a ferramenta mais adequada para perceber se o tipo de unidade funcional determina o desempenho.

3.3 População Estudada

As UF que prestam cuidados de saúde na área dos CSP são as seguintes: USF, UCSP, UCC, USP e as URAP. Para o presente estudo, foram selecionadas as seguintes UF: as UF de UCSP, as UF de USF modelo A e as USF de modelo B, distribuídos pelas várias Administrações Regionais de Saúde do Norte,

Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve que desenvolveram atividade durante o ano de 2022.

3.4 Dados e Recolha

Segundo Costa (2012), a recolha de dados é uma etapa fundamental no processo de pesquisa em que se faz a ligação entre o enquadramento teórico e os resultados que se irão obter, contribuindo, assim, para a produção científica. Tendo, esta investigação, uma abordagem metodológica quantitativa, os dados são em forma numérica.

A qualidade dos dados obtidos na fase de recolha é influenciada por fatores tais como validade dos indicadores para medição do conceito e fiabilidade na consistência da medição desses conceitos (Pallant, 2011; Bryman, 2012). De modo a obter a fiabilidade e consistência necessárias para a elaboração deste trabalho, todos os dados estatísticos utilizados estão disponibilizados pela via pública formal – *Website* dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, nomeadamente no portal do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

Os dados recolhidos correspondem aos valores mensais disponibilizados referentes ao ano de 2022, tendo sido organizados numa base de dados Excel®, contendo todas as UCSP, USF do Modelo A e USF do Modelo B que desenvolveram atividade ao longo do ano, organizadas por ordem alfabética, por ARS e por mês. De salientar que ao longo do ano existiram unidades funcionais que encerraram ou que mudaram de tipologia.

Pretendia-se para este trabalho, que os dados a utilizar fossem os mais atuais possíveis. Nesse sentido, foi escolhido o ano de 2022 devido ao fato de ser o ano mais recente com dados completos para os doze meses. Além disso, durante os anos de 2020 e 2021, a atividade dos CSP estiveram fortemente condicionados pela pandemia de Covid-19, pelo que foi considerado que os dados existentes estariam de alguma forma enviesados, e assim sendo não foram considerados para a inclusão no presente trabalho.

3.5 Ferramentas e Técnicas de Análise de Dados

De modo a analisar fiavelmente os dados recolhidos e ser possível responder às questões de investigação, foi utilizada como ferramenta de análise de dados o software estatístico STATA®.

Para o trabalho em causa, optou-se pela utilização de um modelo de regressão linear, uma das ferramentas mais comuns utilizadas entres os profissionais de economia e de estatística, cuja finalidade é a realização de inferências, ou seja, verificar a correlação entre duas ou mais variáveis estabelecendo uma dependência estatística entre elas. Dentro dos modelos de regressão linear optou-se pelo método

Ordinary Least Squares (OLS) que segundo Hair et al. (2018) este método, suportado numa equação de regressão linear, o processo de estimativa da variável dependente é efetuado para cada observação da amostra, com base no conjunto das variáveis independentes, que obtém o ajuste otimizado dos dados por minimização da soma dos quadrados da diferença entre o valor estimado e o valor observado da amostra, correspondendo à minimização dos resíduos. Isto é, e de acordo com Gujarati (2003), tem como objetivo determinar os parâmetros desconhecidos de uma regressão linear, inferindo sobre os valores de β da população com base na amostra, e obtendo a melhor representação linear da estimativa da população, aquela que fique o mais próximo possível dos dados observados.

Formula adotada:

$$Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \dots + \beta_p X_{pj} + \varepsilon_j \quad (j = 1, \dots, n)$$

Em que:

Y_j – É a variável dependente.

β_0 – É a constante do modelo.

β_j – São os coeficientes de cada variável independente do modelo.

ε_j – São os resíduos do modelo.

Os coeficientes do β_j do modelo são apurados utilizando o método OLS de modo a minimizar os erros entre as observações reais e os coeficientes estimado.

3.6 As Variáveis de Investigação

Segundo Bryman (2012) uma variável é um atributo no qual o elemento em análise varia, possuindo características que distinguem as diversas variáveis, entre as quais as suas propriedades de medição. Assim, uma vez identificadas as hipóteses teóricas do trabalho é necessário proceder à sua operacionalização com base nas variáveis dependentes, independentes e de controlo.

Variável Dependente:

As variáveis dependentes possuem uma resposta ou efeito causal de uma variável independente (Bryman, 2012, Hair et al., 2018), ou seja, é aquela que sofre os efeitos das variáveis independentes. Na presente investigação a variável “Índice de Desempenho Global (IDG)” constituirá a variável dependente. Esta variável representa a Mediana do IDG por Unidade Funcional em cada mês.

Variável Independente:

As variáveis independentes constituem a causa presumida de alterações na variável dependente (Hais et al., 2018), ou seja, são aquelas que se pretendem avaliar qual o efeito que exercem na variável dependente.

A “Tipologia Organizacional” é a variável independente desta investigação, distribuída em três categorias distintas: UCSP, USF modelo A e USF modelo B, que representam três grupos. Para a análise estatística segundo o modelo adotado (OLS), foi transformada em variável artificial com linguagem binária (0 e 1) com dois *dummies*. Os modelos dummy correspondem às tipologias USF modelo A e USF modelo B.

Varáveis de Controlo:

Estas variáveis são aquelas que são controladas numa análise de modo a evitar interferência nos resultados. Na presente investigação foram consideradas as seguintes:

“Densidade populacional” – Esta variável representa a relação entre a extensão geográfica e o nº de polos. Ou seja, dá-nos informação sobre a área geográfica coberta por cada polo.

“Número de Inscritos” – Esta variável mostra o número de utentes inscritos em cada unidade funcional.

“ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Algarve” - Esta variável representa o modelo de organização administrativa regional, ou seja, dá-nos a informação sobre a área geográfica onde estão localizadas as unidades funcionais.

4. RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os principais resultados obtidos utilizando a metodologia e os dados apresentados no capítulo anterior.

Numa primeira abordagem apresentam-se os resultados, sobre a população estudada e as observações que foram efetuadas, de uma forma mais simples, utilizando a estatística descritiva. Esta descrição inicial dos dados servirá de base para uma análise estatística mais extensa, apresentando-se numa segunda abordagem os resultados da estratégia de estimação econométrica onde foi aplicado o modelo de regressão linear pelo método OLS.

Por fim, irá apresentar-se uma discussão sobre os dados obtidos.

4.1 Estatística Descritiva

Para a elaboração da estatística descritiva recorreu-se a um conjunto de 11020 observações, que correspondem aos registos mensais relativos à atividade anual de todas as unidades funcionais que desempenharam funções no ano de 2022.

Foram observadas alterações quanto ao número e à tipologia de unidades funcionais que desempenharam funções no ano de 2022, com exceção da ARS Alentejo, que manteve em atividade todas as unidades funcionais durante os 12 meses, bem como a sua tipologia, correspondendo a 38 UCSP, 12 USF modelo A e 8 USF modelo B. As 16 unidades funcionais do tipo UCSP pertencentes à ARS Algarve também se mantiveram ao longo dos 12 meses.

De resto, não houve qualquer alteração no número total de USF modelo B durante todo o ano de 2022, perfazendo um total de 314 unidades funcionais a nível nacional, distribuídas da seguinte forma: ARS Alentejo 8; ARS Algarve 10; ARS Centro 34; ARS Lisboa e Vale do Tejo 85 e ARS Norte 177.

Para os restantes dados, e uma vez, que se verificaram alterações, foi determinada a estatística descritiva, onde se contempla informação sobre o número de observações, a média, o máximo, o mínimo e o desvio padrão. Os valores apresentados são aproximados a quatro casas decimais, será elaborada uma explicação por escrito e no final apresentar-se-ão todos os valores em síntese na tabela 1.

A Variável dependente (IDG), que assume valores numa escala contínua real entre 0 e 100, apresenta uma média de 56,1091, com um desvio padrão de 19,3670. O valor máximo do IDG encontrado foi de 95,7 correspondente ao IDG do mês de dezembro da USF Anta da ARS Norte com a tipologia modelo B. O mínimo 0 correspondente ao IDG de setembro e outubro da USF Aldegalega da ARS Lisboa e Vale do Tejo com a tipologia modelo A. É de realçar o facto desta USF ter iniciado a sua atividade a 15 de setembro de 2022.

Na Variável independente “Tipologia Organizacional” verificaram-se variações residuais no número de unidade funcionais do tipo UCSP e USF modelo A ao longo do ano de 2022 que correspondem a encerramentos e mudanças de tipologia organizacional. Tal como mencionado anteriormente, número de USF modelo B permaneceu constante todo o ano. Assim, relativamente às UCSP, verificou-se uma média anual de 315,75 com um desvio padrão de 3,19445. O valor máximo de UCSP é de 320 e o mínimo de 309. Nas USF modelo A, verificou-se uma média de 288,5833 com um desvio padrão 2,1933. Quanto ao valor máximo de USF modelo A foram registadas 293 e o mínimo de 286.

Relativamente à localização das unidades funcionais verificou-se o seguinte: na ARS Algarve a média de USF modelo A é de 13,3333 e o desvio padrão de 0,4923. O número máximo de USF modelo A registado nesta ARS foi de 14 e o mínimo de 13. Na ARS Centro a média de UCSP é de 78,4166 e o desvio padrão de 0,5149. O número máximo de UCSP registado nesta ARS foi de 79 e o mínimo de 78. Quanto à USF modelo A na ARS Centro verificou-se uma média 59,5833 e o desvio padrão de 0,5149. O número máximo de USF modelo A registado nesta ARS foi de 60 e o mínimo de 59. Já na ARS Lisboa e Vale do Tejo verificou-se uma média de 86,5833 de UCSP e um desvio padrão de 1,6764. Nas USF modelo A da ARS Lisboa e Vale do Tejo verificou-se uma média de 109,5833 e um desvio padrão de 0,9003. Quanto número de USF modelo A nesta ARS, o máximo foi de 111 e mínimo foi de 109. Relativamente à ARS Norte verificou uma média de 96,75 e um desvio padrão de 2,0504 no número de UCSP. Quanto ao número máximo de UCSP na ARS Norte verificou-se ser de 99 e o número mínimo de 92. Relativamente as USF modelo A na ARS Norte, verificou-se uma média de 94,0833 no número destas unidades funcionais e um desvio padrão de 1,7816. Quanto ao número máximo das USF modelo A nesta ARS verificou-se 98 e o número mínimo de 92.

Quanto ao número de inscritos verificou-se uma média de 10343,3267 com um desvio padrão de 4561,1407. O valor máximo de número de inscritos é de 57817 e corresponde ao número de inscritos na UCSP Sete Rios da ARS Lisboa e Vale do Tejo referente ao mês de março. O valor mínimo de inscritos encontrado é de 202 e corresponde ao mês de junho da UCSP Avis da ARS Alentejo.

Relativamente à densidade populacional verificou-se uma média de 1307,2794 e um desvio padrão de 2005,7077. O valor máximo de densidade populacional encontrado foi de 11718,056 referente à USF Areeiro na ARS Lisboa e Vale do Tejo. O valor mínimo encontrado é de 0 referente a 3 unidades funcionais, sendo elas: USF Aldegalega da ARS Lisboa e Vale do Tejo com a tipologia modelo A; UCSP Corroios da ARS Lisboa e Vale do Tejo e a UCSP Carapeços da ARS Norte.

Tabela 1 - Variáveis de Investigação (Tipo, Observações Totais, Média, Máximo, Mínimo e Desvio-Padrão)

Variável	Tipo	Observações	Média	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
IDG	Rácio	11020	56,1091	95,7	0	19,3670
Tipologia:						
UCSP	Nominal	3789	315,75	320	309	3,19445
USF modelo A	Nominal	3463	288,5833	293	286	2,1933
Localização e Tipologia:						
ARS Algarve: USF modelo A	Nominal	160	13,3333	14	13	0,4923
ARS Centro: UCSP	Nominal	941	78,4166	79	78	0,5149
ARS Centro: USF modelo A	Nominal	715	59,5833	60	59	0,5149
ARS Lisboa e Vale do Tejo: UCSP	Nominal	1039	86,5833	89	84	1,6764
ARS Lisboa e Vale do Tejo: USF modelo A	Nominal	1315	109,5833	111	109	0,9003
ARS Norte: UCSP	Nominal	1161	96,75	99	92	2,0504
ARS Norte: USF modelo A	Nominal	1129	94,0833	98	92	1,7816
Número de Inscritos	Nominal	11020	10343,3267	57817	202	4561,1407
Densidade Populacional	Rácio	11020	1307,2794	11718,056	0	2005,7077

Fonte: Elaboração Própria

4.2 Modelo Econométrico – Modelo de Regressão Linear pelo Método OLS

Na tabela 2 encontram-se as informações e resultados da análise do modelo de regressão linear pelo método OLS, nomeadamente o número de observações realizadas, o valor da estatística F utilizada no teste de significância simultaneamente dos parâmetros de regressão, onde se verifica a significância deste modelo, o p-value correspondente e o valor do coeficiente de determinação (R^2).

Tabela 2: Resultados modelo regressão linear pelo método OLS

Variáveis	(1) Indicador desempenho
Tipologia (<i>dummy</i>)	
2.USF-A	13.49*** (0.964)
3.USF-B	23.99*** (0.986)
Densidade Populacional	-0.000803*** (0.000212)
Inscritos (<i>log</i>)	2.007*** (0.674)
ARS (categorial)	
2.Algarve	2.738 (1.840)
3.Centro	5.171*** (1.314)
4.Lisboa e Vale do Tejo	2.386* (1.357)
5.Norte	12.92*** (1.300)
Constante	19.17*** (5.836)
Observações	925
F (8,916)	22.30
Prob>F	0.000
R-squared	0.580

Robust standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao teste de significância global, conclui-se que o modelo é robusto e globalmente significativo.

Pode concluir-se que o modelo explica 58% das variações registadas pela variável dependente.

Da tabela 2, podemos verificar que as variáveis enumeradas são, individualmente, significativas na explicação com a variável dependente sendo o $p < 0.01$, ora vejamos:

Relativamente ao modelo de organização das unidades, verifica-se que tanto as USF modelo A como as USF modelo B apresentam um efeito positivo no indicador de desempenho, quando comparadas com as UCSP, exibindo um nível de confiança de 99%.

Nesse sentido, e regressando às hipóteses levantadas por esta investigação, podemos concluir que

os resultados apontam no sentido que a tipologia organizacional influencia o desempenho da unidade funcional, ficando assim confirmada a hipótese 1.

Por outro lado, os resultados obtidos indicam ainda que o modelo organizacional do tipo USF apresenta valores para o indicador de desempenho superiores aos verificados para o modelo UCSP, pelo que a hipótese 2 fica também assim confirmada.

Quando analisados os resultados obtidos comparando a tipologia USF modelo A com a tipologia USF modelo B, relativamente aos indicadores de desempenho, conclui-se que a tipologia USF modelo B apresenta valores de indicadores de desempenhos superiores aos obtidos na tipologia USF modelo A, confirmando assim a hipótese 3.

Ou seja, estes resultados indicam, com nível de significância de 99%, que a transformação de uma UF de USCP para USF-A está associado a um aumento no desempenho em 13,49 pontos. Por outro lado, a transformação de uma UF de USCP para USF-B está associado a um aumento no desempenho em 23,99 pontos.

A partir da análise das restantes variáveis, pode-se constatar que uma maior densidade populacional está associada negativamente no indicador de desempenho das unidades funcionais, com um nível de significância de 1%. Por outras palavras, quanto maior o valor da densidade populacional, menor o desempenho da unidade funcional.

Relativamente ao número de inscritos na unidade funcional, os dados obtidos mostram que esta variável está associada a uma variação positiva no indicador de desempenho, com um nível de significância de 1%. Ou seja, quanto maior o número de inscritos na unidade funcional maior o valor do indicador de desempenho.

No que diz respeito à análise por região de Saúde, a região Norte está associada a uma variação positiva de 12,92 em relação à região Alentejo no indicador de desempenho. Por outro lado, a região Algarve não exibiu significância em relação à região do Alentejo. Já na região Centro, os dados obtidos mostram que esta variável está associada a uma variação positiva no indicador de desempenho, com um nível de significância de de 1% de 5,171 em relação à região Alentejo, e a região Lisboa e Vale do Tejo está associada a uma variação positiva no indicador de desempenho, com nível de significância de 10% de 2,386 em relação à região Alentejo.

Com respeito à interpretação dos dados obtidos relativos à variável geográfica, não se logrou obter nenhuma interpretação que permitisse obter conclusões com relevância para a presente investigação.

Quadro 6: Hipóteses de Investigação-Resultados

Hipóteses		Resultado
H1	A tipologia organizacional influencia o desempenho.	Confirmada
H2	Existem diferenças relativamente ao desempenho entre as unidades funcionais do tipo UCSP e as unidades funcionais do tipo USF.	Confirmada
H3	E relativamente às unidades funcionais do tipo USF, existem diferenças no desempenho entre as unidades do modelo A e as Unidades do modelo B.	Confirmada

Fonte: Elaboração Própria

5. CONCLUSÃO

A finitude de recursos, quer humanos, quer financeiros, é uma realidade incontornável para os decisores políticos na altura de elaborar políticas públicas. Torna-se assim imperioso que se tomem as opções certas no sentido de otimizar os resultados utilizando os recursos disponíveis.

A reforma dos CSP de 2005 foi levada a cabo com os objetivos primários de melhorar a acessibilidade, a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde, bem como a satisfação dos profissionais e dos utentes. O processo de mudança envolveu várias alterações, onde a implementação das USF foi um dos aspetos mais relevantes desta reforma, e cujo número tem vindo a aumentar de ano para ano. Esta evolução organizacional das USF assentou em três modelos, com diferentes níveis de autonomia a que correspondem diferentes graus de partilha de risco e diferentes compensações retributivas associadas ao seu desempenho. Ainda assim, continuava a ser possível ter um tipo de organização, idêntico ao observado anteriormente à reforma, adotando o modelo UCSP, nos casos em que os profissionais não estivessem dispostos ou não se pudessem organizar em USF, funcionando num modelo hierárquico mais vertical e menos autónomo.

O recurso aos incentivos financeiros, associados a um conjunto de outras medidas como a educação ou alteração das estruturas de organização, na opinião de Chaix-Couturier et al. (2000), têm como objetivo otimizar a afetação dos recursos aos cuidados de saúde, transformar a prática clínica, incrementar a qualidade dos cuidados e obter os resultados máximos possíveis em saúde.

Para Silva (2010) a implementação das USF, bem como a instituição dos seus regimes de remuneração em função do desempenho, exigem que se desenvolvam processos de acompanhamento e de monitorização contínuos dos procedimentos adotados, tal como de avaliação de resultados obtidos.

Em 2016, foi criada a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários com o objetivo de relançar a reforma dos cuidados de saúde primários, estabelecendo-se uma parceria entre a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) e o MS que resultou no portal BI-CSP, uma plataforma informática pública onde são disponibilizados os resultados de diversos indicadores de todas as unidades funcionais, permitindo e potencializando a transparência quanto à informação sobre o desempenho das unidades de CSP e a governação clínica. A natural exigência de uma cultura de transparência e o reforço do planeamento estratégico foram assumidas pela criação e publicação do “BI da Reforma” no portal do SNS, com informação atualizada sobre recursos humanos, considerando a sua distribuição territorial e as necessidades em saúde, acompanhamento da evolução de candidaturas e implementação de novas unidades funcionais, e a monitorização e benchmarking do desempenho dos diferentes modelos das UF dos CSP.

Isto permitiu implementar um processo de contratualização renovado através de uma matriz que

integra diferentes áreas como a formação, a investigação e a qualidade organizacional, e em que as metas de negociação deram lugar a intervalos de resultados esperados e de variações aceitáveis para todas as unidades funcionais.

Na tentativa de responder à pergunta se a tipologia organizacional influencia o desempenho, os resultados desta investigação indicam que sim, o que vai de encontro com a informação do OPSS (2018), em que se verifica uma progressão em todos os indicadores de desempenho e resultados nos três patamares organizacionais, com as UCSP apresentando níveis sempre mais baixos, as USF modelo A (cuja maioria procura atingir níveis de desempenho que lhes permitam transitar para modelo B) nos níveis intermédios e as USF modelo B, com níveis consistentemente mais elevados.

De fato esta investigação apresenta resultados robustos e significativos que indicam que a transformação de uma UF de USCP para USF-A está associado a um aumento no desempenho em 13,49 pontos. Por outro lado, a transformação de uma UF de USCP para USF-B está associado a um aumento no desempenho em 23,99 pontos.

Por outro lado, o risco de existência de um “teto” de desempenho, conforme referido anteriormente na alusão ao trabalho de Perelman et al. (2016), a partir do qual as UCSP tenderiam a convergir com as USF, ao fim de dezassete anos parece não ter sido alcançado, ou poderá não existir, e que as diferenças no desempenho em função da tipologia são ainda evidentes.

Atendendo às diferenças entre as tipologias USF modelo A e USF modelo B, pode constatar que as principais dizem respeito ao sistema remuneratório vigente, em que nas últimas estão instituídos os incentivos individuais, quer ao pessoal clínico, quer ao pessoal não clínico, ainda que em esquemas diferentes. Parece legítimo inferir que adoção do modelo P4P em escalas diferentes poderá ser um dos principais responsáveis pelas diferenças de desempenho entre estes dois modelos. Isto vai ao encontro das ideias de Monteiro et al. (2017), em que considera que os prestadores atingem índices de eficiência e eficácia mais elevados quando enquadrados num sistema de contratualização do que quando enquadrados num sistema remuneratório fixo atribuído pelo Estado, sendo que, quanto mais rigorosos os estudos, maior a demonstração dos efeitos do indicador de acessibilidade, um dos indicadores que compõe o IDG.

Por outro lado, na análise das variáveis de controlo, os resultados desta investigação permitem deduzir um efeito negativo densidade populacional sobre IDG da unidade funcional, isto é dizer, que o índice cai quando a densidade populacional aumenta. Quanto ao número de inscritos, o efeito sobre o IDG é positivo, ou seja, quanto maior o número de inscritos na unidade funcional, maior o IDG.

Com a reforma dos CSP em Portugal, foi possível a coexistência de diferentes tipologias de unidade

funcional, com graus de desenvolvimento diferentes e diferentes aplicações de sistemas de incentivo ao desempenho, em que uma tipologia representa o modelo tradicional, pré-reforma, tornando-se possível comparar o seu desempenho no mesmo contexto temporal, segundo a mesma métrica e com as mesmas ferramentas. Isto revela-se vantajoso na determinação do alcance e do impacto da reforma, o que não sucedeu, por exemplo no Reino Unido, onde o QOF foi introduzido transversalmente a todas as unidades, perdendo assim a possibilidade de ter um grupo de controlo para fazer as devidas comparações.

Uma das limitações da investigação concerne à utilização do IDG, que é obtido pela soma ponderada de vários índices distribuídos em várias subcategorias, correspondendo à soma das ponderações do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, da unidade funcional, aferido pelos indicadores contratualizados. Nesse sentido, ao recorrer a um valor ponderado, naturalmente oculta-se ou perde-se informação mais específica, podendo ocorrer que num determinado indicador ou em vários indicadores específicos, o desempenho em relação à tipologia não siga o padrão observado nesta investigação, onde por exemplo as unidades do tipo UCSP podem obter sistematicamente melhores resultados em determinado indicador.

Melhorar os CSP em Portugal é a premissa assumida desde o início da reforma. O SNS do futuro precisa lidar com uma multiplicidade e complexidade de desafios, ligados não somente às mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e de saúde da população, mas também à economia e à sustentabilidade financeira.

Nesse sentido, como linhas de orientação futura, parece pertinente a continuação deste tipo de estudo. Poderá fazer sentido projetar uma investigação seguindo uma série longitudinal na tentativa de perceber a evolução do IDG ao longo do tempo.

Por outro lado, uma investigação que avaliasse o rácio custo/benefício dos programas de incentivo ao desempenho parece ter todo interesse e pertinência por se enquadrar numa lógica de sustentabilidade financeira, e no sentido de fundamentar futuras decisões políticas. Aliás, esta é uma das preocupações evidenciadas na Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários do Tribunal de Contas de 2014 (Tribunal de Contas, 2014), e que ainda que de maneira escassa, já começa a ser desenvolvido noutros países, apesar dos resultados não serem suficientemente conclusivos, conforme uma meta análise realizada por Eijkenaar et Al., em 2013, que refere que alguns estudos sugerem que o P4P pode ser potencialmente eficaz com respeito ao custo de implementação, outros estudos não encontraram um efeito e ainda existem poucos estudos que separaram de forma convincente o efeito P4P com o efeito de outras iniciativas de melhoria.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde (2022). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022*. Ministério da Saúde.
- ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde (2022). *Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022*. Ministério da Saúde.
- Almeida, H.J; Pinto J.M; (1999). *A verdade funcional da Saúde – impacta nos barómetros do Sistema de Saúde português*. XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998. Escola de Saúde Pública.
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades: Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa.
- Araújo, J. (2000). *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Universidade Do Minho.
- Araújo, J. (2001). *O modelo de agência como instrumento de reforma da administração*. Conference object. ISCSP- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. NEAPP. Braga. Universidade do Minho.
- Araújo, J. (2002). *Gestão Pública em Portugal: reforma e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto.
- Araújo, J. (2004). *A reforma da Gestão pública: do mito à realidade*. Papper – conference object. NEAPP (Núcleo de Estudos de Administração e Políticas Públicas). Braga. Universidade do Minho.
- Araújo, J. outubro de 2005 (a). *A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. NEAPP Documento de Trabalho. Série I. 9. Universidade do Minho. Núcleo de Estudos de Administração e Políticas Públicas.
- Araújo, J. outubro 2005 (b). *A reforma Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma*. Working Paper. NEAPP. Braga. Universidade do Minho.
- Araújo, J. 2005 (c). *As relações inter-organizacionais no sistema de governação*. Working Paper. NEAPP. Braga. Universidade do Minho.
- Araújo, J. (2007). *Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática*. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8309/3/ArtigoJUNED.pdf>
- Asquith, A., Brunton, M., & Robinson, D. (2015). *Political influence on public-private partnerships in the public health sector in New Zealand*. International Journal of Public Administration, 38(3), 179-188
- Barbosa, P. (2010). *Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal*. <http://www.healthaction21.eu/node/305>.
- Barros, P. P. (2009). *Cuidados de Saúde Primários*. In BARROS, P. P. – *Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos*. 2a Ed. Coimbra: Almedina. Pt. 15, p.311-325.
- Barros, P., Lourenço, A., Moura, A., Correia, F. Silvério, F., Gomes, J., Sousa, J., Matias, M., Cipriano, R. (2015). *Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014 Avaliação do Impacto*. Disponível em:

https://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo_impacto_saude/politicas_publicas_em_saude.pdf

- Barroso, P. (2010). *Desenvolvimento organizacional dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Inovação em políticas de saúde*. Disponível em <http://www.healthaction21.eu/desenvolvimento-organizacional-csp>.
- Behn, R. (1999). *The New Public Management Paradigm and the Search of Democratic Accountability*. *International Public Management Journal*, 1(2), 131-265.
- Bilhim, J. (2003). *A Avaliação de Desempenho na Administração Pública*. *Revista de Administração e Políticas Públicas*, Vol. IV, n.º 1 e 2, pp. 72 – 87
- Bilhim, J. (2017). *Nova governação pública e meritocracia. Sociologia, Problemas e Práticas*. *Mundos Sociais*. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/2812>.
- Biscaia A. (2006). *A reforma dos CSP e reforma do pensamento*. *Revista Portuguesa Clínica Geral*;
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, F., Gonçalves, I., Antunes, A. e Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reforma para novos sucessos*. (2ªEd). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Biscaia, A. Amorim (2013). *A Essência das Unidades de Saúde Familiar. USF- Modelo Positivo do Presente e para o Futuro*. V Encontro Nacional das USF, Lisboa: ISCTE-IUL.
- Biscaia, A. Heleno, L. (2017). *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora*. Artigo. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n3/701-712/pt>.
- Biscaia, A., Pereira, A., Alves, A. M., Cardeira, R., Rocha, L. (2022). *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2021/2022*. Lisboa: USF-AN- Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5–11.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed.). Nova York: Oxford University Press. Obtido em 30 de 04 de 2023.
- Campos, C. (2006). *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, Missão para os Cuidados de Saúde Primário*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Carvalho, Maria Teresa Geraldo. (2007). *Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*. Edições Sílabo LDA., Lisboa.
- Carvalho, E. (2008). *Os novos regimes de emprego público no contexto da reforma administrativa*. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carvalho, E. (2008). *Agendas e Reforma Administrativa em Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração Pública. ISCSP. Lisboa.

- Carrapato, P., Correia, P., Garcia, B. (2019). *Governance na saúde: os desafios da operacionalização*. Journal: Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Chaix - Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly D., Durieux P. (2000) – *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues*. International Journal for Quality in Health Care. 12 : 2, 133-142.
- Chaves, C. (2006). *Cuidados de saúde primários e a sida*. Instituto Politécnico de Viseu. Relatório da serie n.º: 32. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/406>.
- Costa, D. (2012) A recolha de dados: Técnicas utilizadas. Em H.C. Silvestre, & J. F. Araújo, *Metodologia para Investigação Social* (pp. 141-170). Lisboa: Escolar Editora.
- Cromwell, J., Trisolini, M., Pope, G.C., Mitchell, J.B., & Greenwald, L.M. (2011). *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches*. Disponível em <https://www.rti.org/rti-press-publication/pay-performance-health-care/fulltext.pdf>
- Delgado, M. (2002). *Cenários, problemas e soluções*. Cadernos de Economia.
- Denhardt, J., & Denhardt, R. (2011). *The new public service: serving, not steering*. (3rd edition). Armonk, New York: M.E. Sharpe.
- Diogo, C. (2005). *The reform of the NHS in Portugal*. In Public Finance and Management. Vol.5, nº4(pp.492-522). Manchester Business School. University of Manchester.
- Direcção Geral da Saúde (2002). *Centros de Saúde de 3ª. Geração – Manual para a mudança*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>
- Doran T, Kontopantelis E, Reeves D, Sutton M, Ryan A M (2014). *Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF?* BMJ ; Disponível em: [Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Eichler, Rena. (2006). *Can “Pay for Performance” Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?*. Background papers for the Working Group on Performance Based Incentives; Disponível em: [\(PDF\) Can “Pay for Performance” Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services? \(researchgate.net\)](#)
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). *Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews*. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 110(2-3), 115–130.
- Eldridge, C., Palmer, N. (2009). *Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions*, *Health Policy and Planning*, Volume 24, Issue 3, Pages 160–166.
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde (2016). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Porto. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS - Estudo USF e UCSP - final.pdf

- ERS, Entidades Reguladora da Saúde (2022). INFORMAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO - Acesso a Cuidados de Saúde Primários. Porto Disponível em: https://www.ers.pt/media/f3vjniey/os_252372_2022_deas-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-acsp.pdf
- Escoval, A. (2003): *Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Fatores Críticos do contexto Português*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas;
- Escoval, A. (2010): *O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005)*. Revista Portuguesa Saúde Pública Temático: 9, 7-25.
- Escoval, A., Ribeiro, R. S., Matos, T. (2010): *A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional*. Revista Portuguesa Saúde Pública, Temático: 9, 41-57.
- Fernandes. A. (2014). Plano Nacional de Saúde: 2012-2016. Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_7_governacao.pdf
- Ferreira, C., Marques, R. C., and Nicola, P. (2013) *On evaluating health centers groups in Lisbon and Tagus Valley: efficiency, equity and quality*. BMC Health Services Research, 13, 529.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R. (2018). *Multivariate Data Analysis*. Cengage Learning, EMEA.
- Hespanhol A; Malheiro A; Pinto AS (2002). *O projeto "Tubo de Ensaio" - breve história do Centro de Saúde S. João*. Revista Portuguesa Clínica Geral 18.
- Hood, C. 1991. *A public management for all seasons? Public Administration*, 69(Spring), 3-19.
- Lega F.; De Pietro, C. (2005). *Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy*. Health Policy.
- Machado, J. (2017). *Health Governance and Proximity Management: The Need for Autonomy in Management in Primary Health Care Systems*. Acta Medica Portuguesa. Institute of Public Health, University of Porto. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Modelo-organizativo-dos-cuidados-de-saude-primarios-UCC-Unidade-de-cuidados_fig1_318100839
- Machete, R. (1999). *Contratualização/Estaturização in INA (org (s))*. Administração Pública no limiar do século XXI: os grandes desafios. Lisboa: INA, 53-65.
- Macklin-Doherty A. (2018). *Quality of Care in the United Kingdom after Removal of Financial Incentives*. The New England journal of medicine, 379(22), 2178–2179. Disponível em <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813176>.
- MCSP, Missão Cuidados Saúde Primários (2006). *Linhas acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf>
- Miguel, L. S., Sá, A. B. de. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*.

- Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Miguel L. S. (2010). *Modelos e gestão nos cuidados de saúde primários*. In Simões J (Coord.). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*. Coimbra, Almedina.
- Mills, A. (1990). *Decentralization Concepts and Issues: A Review*. Part 1. In: Mills, A., Vaught, J.P., Smith, D.L. and Tabibzadeh, I., Eds., *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*.
- Ministério da Saúde. Maio de 2011 (b). *A reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Coordenação estratégica*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Junho de 2007 (a). *Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde” – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde*. Lisboa.
- Monteiro, R. M., et. al (2017), *Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo*. Portugal, Ciência e Saúde Coletiva, 22(3), pp. 807-818.
- Monteiro, R. M., et. al (2017b), *Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa*. Ciência e Saúde Coletiva, 22(3), pp. 725-736.
- O’Connor, J. (2009). *The Fiscal Crisis of the State*. Library of Congress. New York, United States. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=onvnlE4WF0wC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Oliveira, M. D; Pinto, C. G. (2005). *Health care reform in Portugal: na evaluation of the NHS experience*. Published online in Wiley InterScience 91 (www.interscience.wiley.com). Instituto Superior Técnico de Lisboa, Portugal; London School of Economics and Political Science, UK.
- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2001). *Relatório de Primavera - “Conhecer os caminhos da Saúde”*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa.
- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2003). *Relatório de Primavera de 2003 - Saúde: Que Rupturas?* - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.
- OPSS; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2011). *Relatório de Primavera 2011 – Da Depressão da Crise para a Governação Prospectiva da Saúde*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.
- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Relatório Primavera 2018 – Meio Caminho Andado*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa.
- Osborne, S. & McLaughlin, k. (2002). *The New Public Management in context*. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends prospects* (pp. 7-15). London e New York: Routledge

- Pallant, J. (2011). *A step by step guide to data analysis using SPSS, 4th Edition*. Allen & Unwin.
- Pereira, L. (1996). *A Reforma da Administração Pública*. São Paulo, Editora 34, 269-294. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/96.ReformaDaAdministracaoPublica.pdf>.
- Perelman J, Lourenço A, Russo G, Miraldo M. (2016). *Pagamento pelo desempenho nos cuidados de saúde primários: experiências cruzadas*. Coimbra: Almedina.
- Peters, B.G. (1989). *The politics of bureaucracy*. New York: Longman.
- Pisco, L. (2007). *A reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Cadernos de Economia, Nº 80. Disponível em: http://www.portaldasaude.gov.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-42569F807FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf
- PNS (2004). *Plano Nacional de Saúde: 2004/2010 Volume I PRIORIDADES*. Lisboa. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol1-Plano-Nacional-de-Saude-2004-2010-Prioridades.pdf>.
- PNS (2004). *Plano Nacional de Saúde: 2004/2010 Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>.
- PNS (2013). *Plano Nacional de Saúde: 2012-2016 Versão completa*. Lisboa. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>.
- PNS (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020*. Lisboa. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>.
- Pollitt, C. (2016). *Advanced Introduction to Public Management and Administration*. Elgar Advanced Introductions series.
- Ramos, V. (2009). *A Interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital*. In Campos, L., Borges, M.; Portugal, R. (Ed.). *Governança dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras.
- Regmi K, Naidoo J, Greer A, Pilkington P. (2010) *Understanding the effect of decentralization on health services: the Nepalese experience*. *Journal of Health Organization and Management*. 24(4):361-382.
- Reis, F. (2010) *Como elaborar uma dissertação de Mestrado*. Lisboa. Pacto
- Rocha, J. A. (2000). *Modelos de Gestão Pública*. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas* 1 (1): 6-16.
- Rocha, J. A., Araújo, J. (2007). *Administrative Reform in Portugal: problems and prospects*. *International Review of Administrative Sciences*.
- Rocha, P., Sá, A. (2011). *Family Health Reform in Portugal: analysis of its implementation*. *Ciência &*

Saúde Coletiva. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/43Y3L4YMyDk93XFHG9PCf3c/?lang=pt>.

Santos, O. et al. (2007). *Os centros de saúde em Portugal - a satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Santos, O., Biscaia, A. Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., Charondiére, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal - a satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Simões, J. & Lourenço, Ó. (1999). *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos*. Working paper. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia.

Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao desempenho*. Edições Almedina SA. Coimbra.

Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um Percurso Comentado*. Edições Almedina SA. Coimbra.

SNS, Serviço Nacional de Saúde (2019). *Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde – Área dos Cuidados de Saúde Primários Relatório Final dezembro 2015 - outubro 2019*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/10/CNCSP-Relat%C3%B3rio-Final-2019.pdf>

SNS, Serviço Nacional de Saúde (2022). *Manual de candidatura e acompanhamento das Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários - Grupo de apoio técnico à implementação das políticas de saúde (gaps) cuidados de saúde primários*. Versão de Trabalho nº2 – 17 de março de 2022. Disponível: em:
https://bicsp.minsaude.pt/pt/biblioteca/Documents/Anexos%20Relat%C3%B3rio%20Intercalar%20GAPS%20Mar%C3%A7o%202022/Anexo%20VII%20Manual%20de%20Candidatura%20e%20Acompanhamento%20das%20UF%20em%20CSP_Rev_17mar2022.pdf

Soaranz, D., Pisco, L. (2017). *Reforma dos cuidados primários em saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem e desafios*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 679-686.

Sousa, P. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. In *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, pp. 884-894.

Tobar, F. (1991) *O conceito de descentralização: usos e abusos*. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:31-51.

Tribunal de Contas (2014), *Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários do Tribunal de Contas, Relatório n.º 17/2014- 2a Secção, Processo n.º 32 /2012 – AUDIT, Volume I – Sumário Executivo*

WHO (1978). *Declaração Alma-Ata*. República do Cazaquistão: World Health Organization.

WHO (2007). *Health systems in transition: Portugal, Health system review*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf.

WHO (2008). *The world report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-lei n.º 35, de 25 de abril de 1946. Diário do Governo n.º 35/1946, Série I de 1946-02-18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/35-1946-45506>.

Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro de 1971. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/regulamentacao/413-632738>.

Decreto-Lei 117/98, de 5 de maio de 1998. Diário da República n.º 272, Série I-B de 1998-11-24. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/11/272b01/00020003.pdf>.

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio de 1999. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Ministério Público. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=1675&nversao=&tabela=leis.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio de 1999. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Ministério Público. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1676&tabela=leis.

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril de 2003. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Ministério Público. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1678&tabela=leis.

Decreto-lei 88/2005, de 3 de junho de 2005. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Ministério Público. https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1679&tabela=leis.

Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto de 2007. Diário da República n.º 161 – Série I de 2007-08-22. <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>.

Decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075>.

Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho de 2017. Diário da República n.º 118, Série I de 2017/06/21. https://www.iasaude.pt/attachments/article/2782/decreto_lei_73_2017_unidades_saude_familiar.pdf.

Decreto-Lei n.º 212/2017 de 19 de julho. Diário da República n.º 138/2017, Série I de 2017-07-19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/212-2017-107709510>.

Decreto-Lei n.º 126/2019, de 29 de agosto. Diário da República n.º 165, Série I de 2019-08-29. <https://files.dre.pt/1s/2019/08/16500/0000200007.pdf>.

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Diário da República n.º 150, Série I de 2022-08-04.
<https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>.

Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro. Diário da República n.º 185, Série I de 2022-09-23.
<https://files.dre.pt/1s/2022/09/18500/0000200021.pdf>.

Despacho Normativo 97/83, de 22 de abril de 1983. Diário da República n.º 93/1983, Série I de 1983-04-22. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/dados-gerais/97-1983-311838>.

Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro de 2006. Diário da República n.º 34, Série I Parte B de 16/02/2006. http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=982207.

Despacho n.º 24 100/2017, de 22 de outubro. Diário da República n.º 203, Série II de 2017-10-22.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Despacho_24101_2007.pdf.

Declaração de Retificação n.º 81/2007, de 12 de setembro. Diário da República n.º 176 Série I de 2007-09-12. <https://files.dre.pt/1s/2007/09/17600/0647506475.pdf>.

Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril. Diário da República n.º 77, Série I de 2008-04-18.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/301-2008-249870>.