INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

# A Reforma do SNS e as Unidades Locais de Saúde: Avaliação da Implementação – O Caso da ULS da Guarda, E.P.E.

Nuno Afonso Furtado Matela

Mestrado em Políticas Públicas

Orientadora:
Doutora Maria José Dias Carocinho Sousa, Professora Associada com Agregação,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:
Mestre Maria de Fátima de Jesus Fonseca, Professora Auxiliar Convidada,
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Outubro, 2025

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

# A Reforma do SNS e as Unidades Locais de Saúde: Avaliação da Implementação – O Caso da ULS da Guarda, E.P.E.

Nuno Afonso Furtado Matela

Mestrado em Políticas Públicas

Orientadora:
Doutora Maria José Dias Carocinho Sousa, Professora Associada com Agregação,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:
Mestre Maria de Fátima de Jesus Fonseca, Professora Auxiliar Convidada,
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Outubro, 2025

*"A política é a forma mais elevada da caridade."*

*Pius PP. XI*

*"Deinde mittit aquam in pelvem et cœpit lavare pedes."*

*Io 13, 5*

# Dedicatória

*Te Deum laudamus, te Dominum confitemur.*

*Sub tuum præsidium confugimus,*
*Sancta Dei Genetrix;*
*nostras deprecationes ne despicias*
*in necessitatibus nostris,*
*sed a periculis cunctis libera nos semper,*
*Virgo gloriosa et benedicta.*

# Agradecimentos

O final de uma etapa deve abrir, sempre, espaço para reflexão e aprofundamento, não somente da etapa que se encerra, mas de todos os passos dados, na peregrinação feita, até este ponto final, ou, melhor, até este ponto transitório, porque o *terminus* de uma fase não tem, necessariamente, de ser o fim do que quer que seja. A peregrinação continua, deve continuar, com subidas e descidas do monte, para o plano onde se desenrola o caminho a percorrer, *fino alla fine*. Com este sentido de constante *peregrinatio*, o Tempo avança, a Vida segue o seu curso, toda o Orbe e toda a Criação seguem uma contínua expansão, *usque ad consummationem sæculorum*.

Assim, finda esta etapa académica, importa deixar, para memória futura, e por escrito, a gratidão a todos quantos contribuíram para que este momento fosse possível.

No plano institucional, agradeço, em primeiro lugar, às minhas orientadoras, Professora Doutora Maria José Sousa, como orientadora principal, e Professora Maria de Fátima Fonseca, enquanto coorientadora, pela disponibilidade demonstrada, para me acompanharem na elaboração da presente dissertação, com a qual concluo o segundo ciclo de estudos universitários. A ambas, gratidão pela atenção e pelo tempo empregues, ao longo dos últimos meses.

Agradeço à Unidade Local de Saúde da Guarda, e a todos os profissionais que, lá, exercem o seu serviço à comunidade, de modo particular a todos quantos aceitaram participar no presente estudo, pela disponibilidade, e pela transmissão de tão preciosos conhecimentos e experiências. Neles, expresso a minha gratidão a todos os profissionais do Serviço Nacional de Saúde, que, diariamente, vestem a camisola, para cuidar, um cuidado que deve nascer, não de uma mera inclinação ou contextos escolares e familiares, mas da vocação.

Agradeço a todos os professores do Ensino Superior, que, pela transmissão do seu conhecimento, possibilitaram o meu desenvolvimento enquanto aluno e cidadão. Nesta senda, manifesto, também, a minha gratidão a todos as educadoras e auxiliares, da Casa D. João de Oliveira Matos, e a todos os professores do Agrupamento de Escolas de Celorico da Beira, que, desde a primeira infância, passando pelos ciclos dos Ensinos Básico ao Secundário, me transmitiram os seus conhecimentos e, acima de tudo, me acompanharam, me ensinaram, me educaram, me prepararam para a vida.

Em terceiro lugar, agradeço a todas as pessoas amigas, jovens ou menos jovens, de há mais ou menos tempo, que se foram cruzando nos meus caminhos, por acreditarem, por me darem a mão, e a confiança de que, no final, tudo daria certo.

Agradeço, também, a todos quantos, com o seu conhecimento, experiência e dedicação cuidam da minha saúde, da saúde do corpo, da mente e da alma, sempre com uma confiança em mim mesmo, exponencialmente mais do que eu próprio.

Manifesto, também, a minha gratidão a todas as pessoas *bonæ voluntatis*, pela estima, pela atenção, pela preocupação.

Agradeço à minha família. Aos meus pais, por terem proporcionado a prossecução da minha formação, desde a licenciatura, ao mestrado, que agora se conclui.
Aos meus avós, Elisa e Joaquim, Margarida e Francisco, pela presença, desde o berço ou de tenra idade, em toda a minha vida.
Agradeço, também, a todos os familiares que, ao longo da minha vida, têm estado presentes, quer física, quer naquele lugar onde todas as emoções e recordações ficam, *ad æternum*, gravadas.

Por fim, agradeço a mim mesmo. Porque, apesar de todas as tormentas neste longo caminhar, com angústias e cansaços, chego, agora, ao fim de mais um dia, nesta constante *spei peregrinatione*.

A todos, gratidão.

*IUBILAEUM A. D. MMXXV*

*PEREGRINANTES IN SPEM*

# Resumo

O Serviço Nacional de Saúde é a pedra angular do sistema de saúde em Portugal. Ao longo das últimas décadas, o SNS manteve, de forma geral, a sua estrutura organizacional, sem grandes alterações. A reforma operada em janeiro de 2024 introduziu uma nova forma de organização, generalizando, a todas as unidades do território continental, à exceção dos três IPO's e do Hospital de Cascais, o modelo de Unidade Local de Saúde, integrando, numa mesma estrutura vertical, os hospitais e os centros de saúde de cada região. A criação da ULS na Guarda não integrou este movimento massivo de generalização, tendo sido constituída em 2008, após a experiência pioneira de Matosinhos, em 1999. Assim, embora a dissertação aborde a reforma do SNS e a generalização do modelo de ULS, o seu objetivo principal é avaliar a implementação da ULS da Guarda.

Dezassete anos após a sua criação, considera-se pertinente analisar o impacto do modelo de integração vertical neste distrito. Para tal, realizou-se uma contextualização legal do SNS, uma revisão da literatura e uma abordagem metodológica qualitativa, concretizada através de dezassete entrevistas semiestruturadas a importantes *stakeholders* da ULSG e a três antigos membros do Governo com a tutela da Saúde.

A análise de conteúdo permitiu identificar, de forma geral, que o modelo de ULS apresenta benefícios, evidenciando impactos positivos nas várias dimensões de análise. Contudo, foram, também, registadas algumas dificuldades e perceções críticas sobre o funcionamento da ULS e do SNS, em geral, destacando áreas que carecem de reflexão e aperfeiçoamento futuro.

**Palavras-chave:** Avaliação de Políticas Públicas; Saúde; Reforma do SNS; Integração vertical; ULS da Guarda.

# Abstract

The National Health Service (NHS) constitutes the cornerstone of the Portuguese health system. Over the past decades, the NHS has largely preserved its organisational structure without major alterations. The reform introduced in January 2024 established a new framework by generalising, across mainland Portugal, with the exception of the three Portuguese Institutes of Oncology and the Hospital of Cascais, the model of Local Health Unit (LHU), which integrates hospitals and primary care centres within a single vertical structure in each region. The creation of the LHU in Guarda was not part of this broad movement, having been established in 2008, following the pioneering experience of Matosinhos in 1999. Accordingly, although this dissertation addresses the reform of the NHS and the generalisation of the LHU model, its primary objective is to evaluate the implementation of the LHU of Guarda.

Seventeen years after its establishment, it's pertinent to analyse the impact of this model in the district. To this end, the study comprised a legal contextualisation of the NHS, a review of relevant literature, and a qualitative methodological approach, materialised through seventeen semi-structured interviews with key stakeholders of the LHU of Guarda, as well as three former members of Government responsible for the Health area.

The content analysis broadly revealed that the LHU model provides significant benefits, with positive impacts across several dimensions. Nevertheless, some difficulties and critical perceptions regarding the functioning of both the LHU and the NHS were also recorded, highlighting areas requiring further reflection and improvement.



**Keywords:** Public Policy Evaluation; Health; NHS Reform; Vertical integration; Local Health Unit of Guarda.

# Índice

Agradecimentos ..... v
Resumo ..... ix
Abstract ..... xi
Índice de figuras e quadros ..... xvii
Lista de Acrónimos e Siglas ..... xix
**1. Introdução** ..... 1
**2. Contextualização legal** ..... 3
**3. Revisão da Literatura** ..... 7
3.1. A integração dos cuidados de saúde ..... 7
3.2. A integração vertical dos cuidados de saúde ..... 15
3.3. Os impactos da Nova Gestão Pública e dos modelos de Governança no SNS ..... 18
**4. Metodologia** ..... 25
4.1. Enquadramento teórico metodológico ..... 26
4.2. Critérios de seleção de caso ..... 27
4.2.1. Experiência consolidada e maturidade do modelo ..... 27
4.2.2. Acessibilidade a fontes de informação e *stakeholders* ..... 28
4.2.3. Desafios da integração em regiões periféricas ..... 28
4.3. Técnicas de recolha de dados ..... 28
4.3.1. Entrevistas ..... 30
4.3.2. Análise documental ..... 31
4.4. Técnicas de análise de dados ..... 31
4.5. Ética e confidencialidade ..... 32
**5. Análise dos dados** ..... 33
5.1. Análise de conteúdo das entrevistas ..... 33
5.1.1. Enquadramento e perceção geral do modelo de ULS ..... 34
5.1.2. Implementação da ULS da Guarda – desafios e processo ..... 35
5.1.3. Integração e funcionamento da ULS ..... 36
5.1.4. Impactos percebidos da implementação ..... 37
5.1.5. Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS ..... 39
5.1.6. Resposta aberta (Guião geral e CSP) ..... 41
5.1.7. Falta de recursos humanos (Guião dos antigos membros do Governo) ..... 42
5.2. Resultados da análise documental ..... 43
**6. Discussão dos Resultados** ..... 45
**7. Conclusão** ..... 51

7.1. Principais conclusões ..... 51
7.2. Limitações do estudo ..... 52
7.3. Questões para investigação futura ..... 53
**Referências Bibliográficas** ..... 55
**Anexos** ..... 61
Anexo A – Guião de Entrevista (Geral) ..... 61
Anexo B – Guião de Entrevista (Coordenação de UCSP/USF) ..... 63
Anexo C – Guião de Entrevista (Antigos membros do Governo com a tutela da Saúde) ..... 65
Anexo E – Enquadramento e perceção geral do modelo de ULS ..... 68
Anexo F – Implementação da ULS da Guarda - desafios e processo ..... 72
Anexo G – Integração e funcionamento da ULS ..... 73
Anexo H – Impactos percebidos da implementação ..... 77
Anexo I – Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS ..... 79
Anexo J - Resposta aberta (Guião geral) ..... 90
Anexo K – Falta de recursos humanos (Guião dos antigos membros do Governo) ..... 91
Anexo L – Deliberação do Conselho de Administração (Ata N.º 23/2025) ..... 99
Anexo M – Modelo de Consentimento Informado ISCTE-IUL ..... 100

# Índice de figuras e quadros

**Quadro 1 -** Três principais definições de integração de cuidados……...10
**Quadro 2 -** Os cinco domínios da integração……..12
**Quadro 3 -** Cinco principais tipos de integração……13
**Quadro 4 -** Seis fases no processo de análise temática……....32
**Quadro 5** - Enquadramento e perceção geral do modelo de ULS……..….34
**Quadro 6** - Implementação da ULS da Guarda – desafios e processo……....35
**Quadro 7** - Integração e funcionamento da ULS da Guarda, E.P.E……..…….36
**Quadro 8** - Impactos percebidos da implementação…….....38
**Quadro 9** - Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS…….....39
**Quadro 10** - Resposta aberta (Guião geral)…….....41
**Quadro 11** - Falta de recursos humanos (Guião dos antigos membros do Governo)……..42
**Quadro 12** - Validação das proposições de investigação……49
**Quadro 13 –** Principais conclusões……...51

# Lista de Acrónimos e Siglas

ACSS, I.P. – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ARS, I.P. – Administração Regional de Saúde, I.P.

Análise SWOT – Análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (de uma instituição)

CA – Conselho de Administração

CRI – Centros de Responsabilidade Integrados

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE-SNS; I.P. – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

DL – Decreto-Lei

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

I.P. – Instituto Público

IPO – Instituto Português de Oncologia

KPI – *Key Performance Indicator* (Indicador-Chave de Desempenho)

LEC – Lista de Espera para Consulta Especializada

LIC – Lista de Espera para Cirurgia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGF – Medicina Geral e Familiar/Médicos de Medicina Geral e Familiar

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

NHS – *National Health Service* (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, ou, em sentido lato, um serviço de saúde público, como o SNS)

PPP – Parceria Público-Privada

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SEPAG - Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão (ULS da Guarda, E.P.E.)

SLS – Sistema Local de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS, E.P.E. – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UGQR – Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco (ULS da Guarda, E.P.E.)

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF-B – Unidade de Saúde Familiar – Modelo B

# 1. Introdução

A Saúde é, em Portugal, um direito constitucionalmente consagrado. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa consagra expressamente o direito à sua proteção e o dever da sua defesa e promoção. Isto sucede porque, no sistema administrativo português, de tradição europeia-napoleónica continental, caracterizada pelo forte legalismo (Pollitt & Bouckaert, 2017), as políticas públicas têm suporte legal explícito, independentemente dos efeitos mais ou menos extensos da circunstância jurídica em causa (Knoepfel et al., 2007), pelo que importa começar por analisar o contexto legal da Política Pública de Saúde, nas suas dimensões organizacional e de gestão, isto é, é do Serviço Nacional de Saúde. No referido artigo constitucional, inserido no Capítulo II, intitulado "Direitos e deveres sociais", o direito à Saúde é realizado "através de um serviço nacional universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito", sendo dever do Estado, entre outros aspetos, "garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação" e "garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde", com "gestão descentralizada e participada" (Constituição da República Portuguesa, 2005, p. 33). O Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979, afirma-se como o pilar principal da prestação de cuidados de saúde à população, não obstante a sua coexistência com os setores privado e social, com os quais trabalha, através de convenções.

No ano de 2024, o SNS passou por uma reforma profunda, em termos organizacionais, com a generalização, a todas as unidades de saúde do continente, do modelo de Unidade Local de Saúde, que prevê a integração vertical dos hospitais e centros de saúde da mesma região. No entanto, o modelo não é novo, no nosso país. A primeira experiência desta natureza deu-se, em Matosinhos, no ano de 1999. Nove anos volvidos, o Governo procedeu à criação de mais três Unidades Locais de Saúde, nas quais se incluiu a da Guarda. É justamente sobre a ULS da Guarda que versa a presente dissertação, que se constitui como um estudo de caso da avaliação da implementação da mesma, na perspetiva dos profissionais que nela trabalham, assim como de antigos decisores políticos. O presente estudo tem como estrutura a contextualização legal do Serviço Nacional de Saúde, com referências à Lei Fundamental do Estado, à Lei de Bases da Saúde, às leis que aprovaram os diferentes Estatutos do SNS, assim como o Decreto-Lei que generalizou o modelo a todo o território continental. Segue-se a revisão da literatura, na qual se apresentam as bases teóricas que sustentam a dissertação e o modelo de ULS, com as características que lhe são inerentes. Para a concretização do objetivo central da dissertação,

seguiu-se uma metodologia do tipo qualitativo, tendo sido formulada como questão de investigação "Quais os impactos e desafios da implementação das Unidades Locais de Saúde no SNS? Uma avaliação da experiência da ULS da Guarda, E.P.E.", e cinco proposições, cujo propósito não é a sua verificação empírica, no sentido positivista, como sucede com as hipóteses a serem testadas, num estudo quantitativo, mas sim como orientações analíticas, que ajudam a estruturar a recolha e a interpretação dos dados, na medida em que cada proposição orienta a atenção para algo que deve ser examinado no âmbito da investigação (Yin, 2018). As entrevistas realizadas foram analisadas com recurso à análise de conteúdo, segundo a metodologia de Braun e Clarke (2006), e os princípios da análise de conteúdo foram adotados para identificar padrões, divergências e evidências que respondem às proposições formuladas. Efetuou-se, também, análise documental de Planos de Atividades e Orçamentos, o Plano de Desenvolvimento Organizacional 2025-2027, o Relatório de Contratualização de 2024, e Relatórios de Avaliação da Satisfação dos Profissionais e dos Utentes. Asseguraram-se os princípios éticos de consentimento informado, anonimização e proteção de dados. Feita a análise dos dados, procedeu-se à discussão dos resultados e à descrição das principais conclusões do estudo. Desse capítulo conclusivo, constam, também, as limitações do estudo, assim como questões para investigação futura.

Este estudo procura, assim, não só descrever a experiência concreta da ULS da Guarda, mas, igualmente, contribuir para o debate académico e para a formulação de políticas públicas, oferecendo recomendações práticas para a melhoria da implementação das ULS, com base no estudo de caso da ULS da Guarda.

# 2. Contextualização legal

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, no cumprimento do disposto na Constituição da República Portuguesa (Constituição), aprovada em 1976, dois anos após a transição para a democracia.

A Constituição, lei suprema do país, consagra os direitos fundamentais dos cidadãos, os princípios essenciais por que se rege o Estado Português e as grandes orientações políticas a que os seus órgãos devem obedecer, estabelecendo também as regras de organização do poder político (XXIV Governo Constitucional, 2024). O artigo 64.º da Constituição consagra o direito à proteção da saúde e o dever da sua defesa e promoção, uma perspetiva alinhada com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS): "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946). Neste sentido, segundo o número 2, alínea a), do artigo 64.º, este direito é realizado através de um serviço nacional de saúde universal, isto é, para todos, não podendo ser negado o acesso a ninguém, geral, ou seja, abrangendo todas as dimensões da saúde, e tendencialmente gratuito, tendo em consideração as condições económicas e sociais dos cidadãos (Constituição da República Portuguesa, 2005). É este o princípio que norteia toda a intervenção do Estado na resposta em saúde à população. Para além disso, o número 2, alínea b), do artigo 64.º, define que o direito à proteção da saúde é realizado através da "criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais" e da "melhoria das condições de vida e de trabalho" (Constituição da República Portuguesa, 2005). De facto, a saúde é afetada pelos ambientes sociais, físicos e económicos em que vivem, assim como pelas características e comportamentos individuais (Leppo et al., 2013). Assim, podemos afirmar que a Constituição consagra o princípio de "*health in all policies*", abordando já estas mesmas condições, que remetem para o princípio referido, à exceção da vertente ambiental, apesar de o termo ter sido cunhado apenas no final da década de 90, e o conceito explorado e desenvolvido a partir da Presidência Finlandesa do Conselho da União Europeia, em 2006.[1]

[1] Tendo como objetivo primordial a melhoria da saúde da população, a equidade em saúde e o contexto em que o sistema de saúde funciona, o princípio de *health in all policies* é uma abordagem em políticas públicas transversal a todos os setores e que considera sistematicamente as implicações da decisão política na saúde das populações e nos sistemas de saúde, procurando sinergias e evitando impactos prejudiciais à saúde, a fim de melhorar a saúde da população. Segundo esta abordagem, os impactos na saúde são considerados a todos os níveis na elaboração das políticas (Leppo et al., 2013).

O Estado deve garantir uma cobertura racional e eficiente, a nível nacional, de recursos humanos e unidades de saúde, sendo que o serviço público de saúde deve ter uma gestão descentralizada e participada (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Foi com base no disposto na Constituição da República Portuguesa, na versão de 1976, que a Assembleia da República aprovou a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, criando, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do qual o Estado Português assegura o direito à proteção da saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, 1979).

Antes de prosseguirmos, importa fazer a distinção entre os modelos de *Beveridge* e de *Bismark*. Enquanto o primeiro é caracterizado e dominado por um serviço público de saúde e que oferece cuidados de saúde a toda a população, o segundo é distinguido pelo predomínio dos seguros de saúde, sendo que a melhor forma de conseguir uma base financeira estável para os serviços de saúde é usar uma combinação de ambas as abordagens (Cichon & Normand, 1994). O sistema de saúde português é caracterizado por três sistemas de cobertura de cuidados de saúde coexistentes: o Serviço Nacional de Saúde, os seguros sociais de saúde para certas profissões (subsistemas de saúde) e os seguros de saúde privados de cariz voluntário. Assim, o sistema engloba todos os prestadores de cuidados de saúde, sejam eles do setor público, privado ou social (Bentes et al., 2004). Quando falamos em Serviço Nacional de Saúde, referimo-nos, apenas, ao serviço público, assegurado pelo Estado, nos termos do artigo 64.º da Constituição.

Importa, também, analisar, ainda que sucintamente, a Lei de Bases da Saúde. Aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (2019), a Lei de Bases da Saúde vem reafirmar os princípios constitucionais vigentes da universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade, acrescentando a equidade, a qualidade, a proximidade, a sustentabilidade financeira e a transparência. As Bases da nova lei abordam, entre outros aspetos, o princípio de *health in all policies*, a participação das pessoas e das autarquias, cumprindo o disposto na Constituição referente à gestão participada e descentralizada do SNS. Para além disto, destaca-se a liberdade de escolha da entidade prestadora, a integração dos cuidados de saúde e o modo de organização e funcionamento do SNS.

Considera-se, também, relevante analisar o Estatuto do SNS. Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (2022, p. 7), o novo Estatuto clarifica a definição de Serviço Nacional de Saúde como "conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que presta cuidados de saúde, nas vertentes de promoção, prevenção,

tratamento, reabilitação e cuidados paliativos". O diploma define, também, as unidades prestadoras de cuidados de saúde públicos, como os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), os hospitais, os centros hospitalares, os Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), e as Unidades Locais de Saúde (ULS), sendo que os serviços prestados devem revestir-se de um caráter de proximidade, de integração de cuidados, e de articulação inter-regional. Como se analisará adiante, algumas destas formas de organização foram, entretanto, extintas, com a generalização do modelo de ULS. Do ponto de vista da personalidade jurídica, estes estabelecimentos podem integrar o setor empresarial do Estado ou o setor público administrativo. O novo Estatuto do SNS define, no artigo 7.º, os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde. Assim, os cuidados de saúde primários, assegurados nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), vulgarmente conhecidas por centos de saúde, correspondem ao primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o serviço público de saúde. São a "porta de entrada" do SNS e são caracterizados por uma resposta de proximidade e continuidade no processo de assistência. Os cuidados hospitalares envolvem "intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência" e os cuidados continuados integrados remetem para intervenções sequenciais de saúde e apoio social, com o objetivo primordial de fomentar a autonomia e a funcionalidade da pessoa dependente. Finalmente, importa referir a criação da Direção Executiva do SNS, com a incumbência, sobretudo, de coordenar centralmente a resposta assistencial do serviço público, assegurando o seu funcionamento em rede, garantir a melhoria do acesso ao SNS, assim como promover a participação pública no SNS.

Por fim, destaca-se a última grande reforma do Serviço Nacional de Saúde. Decorridos 24 anos da criação da primeira Unidade Local de Saúde em Portugal, através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (2023), o XXIII Governo Constitucional procedeu à generalização deste modelo de organização e funcionamento, ao integrar, numa mesma entidade pública empresarial, os cuidados de saúde primários e hospitalares, sob uma única gestão. A generalização das Unidades Locais de Saúde, implementada pelo Governo, assenta na prossecução do objetivo de aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde à população, através de modelos organizacionais que promovam a gestão integrada dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde, tendo por base os atuais desafios associados ao envelhecimento, à carga de doença e às crescentes exigências e expectativas dos utentes, no reconhecimento da centralidade da pessoa. O diploma evidencia a vontade política de construir

e aprofundar um modelo integrado de cuidados que permita a melhoria do serviço prestado à população e a proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia, promovendo-se os cuidados de saúde primários como a base de todo o sistema. O próprio Estatuto do Serviço Nacional de Saúde prevê, no artigo 5.º, a proximidade da prestação de cuidados, pela integração dos mesmos, e pela articulação inter-regional dos serviços (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 2023).

A criação, com natureza de entidade pública empresarial, de unidades locais de saúde, teve como objetivos, de acordo com o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, a simplificação dos processos, a maior articulação entre equipas e profissionais de saúde, o aumento da autonomia gestionária, o incremento da participação dos cidadãos, dos profissionais e das autarquias locais na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, o reforço dos cuidados de saúde primários como resposta de proximidade e a aposta geral na promoção da saúde. Para Goiana-da-Silva et al. (2024), o objetivo final é melhorar a ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados especializados, através da prestação e da gestão de todos os níveis de cuidados de saúde de uma determinada área geográfica, assegurando que ambos estão inseridos na mesma instituição.

Como foi evidenciado, todas as intervenções no sistema público de saúde, desde a proteção deste direito pela Constituição, à criação do Serviço Nacional de Saúde, no decurso desta, passando pela Lei de Bases da Saúde e pelo Estatuto do SNS, até à última grande reforma, que generalizou o modelo de Unidade Local de Saúde, a todo o território continental, à exceção dos três Institutos Portugueses de Oncologia e do Hospital de Cascais, carecem de uma base legal explícita, independentemente da extensão da medida adotada ou da reforma efetuada (Knoepfel et al., 2007). Isto sucede, porque o sistema administrativo português, de tradição europeia napoleónica-continental, como os restantes países do sul da Europa, são caracterizados por aquilo que Pollitt e Bouckaert (2017, p. 63) denominam de "*Rule-of-law legalism*", isto é, a importância da sustentação legal de toda a atividade do Estado.

# 3. Revisão da Literatura

## 3.1. A integração dos cuidados de saúde

A generalização do modelo de Unidade Local de Saúde surge como movimento de reestruturação do Serviço Nacional de Saúde, que, depois da sua fundação passou por um conjunto de reformas, ao longo de mais de quatro décadas, no sentido de adaptar a resposta pública em saúde à população.

Como afirma Nunes (2024, p. 3), "*The primary objective of the healthcare system is to ensure the well-being of the people it serves*." Para o autor, este objetivo só é alcançável através de uma gestão eficaz dos vários níveis de cuidados e da coordenação da rede de saúde, o que envolve todos os intervenientes na prestação dos serviços de saúde. O principal objetivo passa por reforçar a integração dos cuidados de saúde de forma mais coesa, o que implicou, na ótica do XXIV Governo Constitucional, a eliminação das administrações regionais responsáveis pela gestão dos cuidados de saúde primários, isto é, as Administrações Regionais de Saúde, dando-se prioridade à prestação de cuidados de saúde através do modelo de Unidade Local de Saúde, que visa consolidar os serviços de saúde e aproximá-los da população em todo o território nacional. O objetivo global é reforçar a autonomia do SNS e das suas instituições constituintes, para que os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde alinhados com as suas necessidades específicas (Nunes, 2024).

Segundo Goiana-da-Silva et al. (2024), esta reforma do SNS melhora e agiliza consideravelmente a construção dos modelos e organização do sistema público de saúde, com efeitos esperados na saúde, através da otimização e da integração dos cuidados, com a experiência a revelar efeitos positivos.

A Entidade Reguladora da Saúde define Unidade Local de Saúde como "uma concretização de integração de cuidados de natureza vertical, porque reúne numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Assim, da organização dos distintos prestadores surge uma entidade única, responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, e tem como objetivo criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados." (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2015, p. 7).

De acordo com Drucker (2009), qualquer organização precisa de alterar a sua estrutura básica, caso o seu tamanho se altere de forma significativa. Para além disso, segundo o autor citado, qualquer organização que ultrapasse os quarenta ou cinquenta anos de existência, à semelhança do Serviço Nacional de Saúde, que assinalou o seu 45.º aniversário em 2024, precisa de se repensar, uma vez que "*It has outgrown its policies and its rules of behavior. If it continues in its old ways, it becomes ungovernable, unmanageable, uncontrollable*" (Drucker, 2009, p. 245).

Nesse sentido, com o objetivo de aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde à população, através de modelos organizacionais que promovam a gestão integrada dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde, tendo por base os atuais desafios associados ao envelhecimento, à carga de doença e às crescentes exigências e expectativas dos utentes, no reconhecimento da centralidade da pessoa (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 2023), o XXIII Governo Constitucional procedeu, através do diploma citado, à generalização do modelo de Unidade Local de Saúde, a todo o território continental, à exceção do três Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), e do Hospital de Cascais, que continua a funcionar em regime de Parceria Público-Privada (PPP).

O modelo de ULS não é novo em Portugal. Foi através do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho (1999, p.1), que foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, uma vez que, de acordo com o diploma, se tornava "indispensável proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional, criando as condições de integração de cuidados, coletivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos". Na senda desta experiência-piloto, foram criadas, em 2007, a ULS do Norte Alentejano e, em 2008, as ULS's do Alto Minho, do Baixo Alentejo, e da Guarda (Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, 2008). É precisamente sobre a ULS da Guarda que versa a presente dissertação, com o objetivo de avaliar os impactos e desafios da implementação deste modelo de integração nos hospitais e centros de saúde do distrito da Guarda.

O atendimento integrado tornou-se uma palavra da moda na assistência médica internacional, atraindo uma atenção considerável na Europa, como estrutura importante para desenvolver sistemas de saúde melhores e mais económicos (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Os autores afirmam existir uma falta de clareza conceptual no que se refere à integração e aos cuidados integrados, o que representa uma grande barreira à promoção deste tipo de cuidados,

não só no plano teórico, mas, sobretudo, no plano prático (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). "*Terminology plays a crucial role with respect to how we envision, design, deliver, manage and evaluate Healthcare services. The lack of specificity and clarity inherent in the definition of integrated care greatly hampers systematic understanding and successful, real-world application.*" (Kodner, 2009, p. 8). A este respeito, Lloyd e Wait, (2006) consideram que a integração dos cuidados de saúde se tornou uma componente essencial das reformas da saúde em toda a Europa, devendo os sistemas de saúde oferecer cuidados centrados na pessoa e conduzir a uma melhor eficiência, através da melhor coordenação dos cuidados.

Uma revisão de literatura efetuada por Armitage et al. (2009) não encontrou uma definição ou conceito universal de integração. Aliás, identificou 175 definições e conceitos e mais de 70 termos e frases relacionados com a integração, o que, segundo o World Health Organization [WHO] (2016), denota a ausência de consenso na definição, decorrente da natureza polimórfica do conceito, que tem sido aplicado a partir de diversas perspetivas disciplinares. Também Kodner e Spreeuwenberg (2002) abordam a natureza polimórfica do conceito, considerando que a falta de especificidade e clareza dificultam, de forma significativa, a compreensão sistemática, a aplicação bem-sucedida e a avaliação significativa.

Como destacam Kodner e Spreeuwenberg (2002, p. 1), "*It is impossible to address the meaning of integrated care without first examining the roots and core notions of integration*." A palavra "integração" deriva do verbo latino *integer*, que significa "completar". O adjetivo "integrado" indica que é parte orgânica de um todo, sendo utilizado para expressar a reunião ou fusão de elementos ou componentes que anteriormente estavam separados, estando no cerne da teoria dos sistemas. Os sistemas de saúde e as instituições de saúde estão entre as entidades mais complexas e interdependentes conhecidas pela sociedade [(Charns & Tewksbury, (1993) citados em Kodner & Spreeuwenberg, 2002)], pelo que, segundo os autores agora citados, sem a integração a vários níveis, todos os aspetos do desempenho dos cuidados de saúde ficam afetados.

O artigo "*Integrated care models: an overview*", da WHO, elenca, com base na literatura e na variedade de conceitos, as três principais definições de integração de cuidados.

**Quadro 1 – Três principais definições de integração de cuidados**

| Autores | Definição | Características |
|---|---|---|
| Kodner & Spreeuwenberg (2002, p. 3) | *Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organisational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors."* | É considerada uma definição baseada no processo e utilizada por muitos governos nacionais para compreender os diferentes componentes dos cuidados integrados. (WHO, 2016a) |
| National Voices (2013, p. 5) | *"My care is planned with people who work together to understand me and my carer(s), put me in control, coordinate and deliver services to achieve my best outcome."* | Esta definição de assistência integrada é determinada pelas próprias pessoas, é liderada pelo utilizador. (WHO, 2016a) |
| World Health Organization. Regional Office for Europe, (2016b, p. 10) | *Integrated health services delivery is defined as an approach to strengthen people-centred health systems through the promotion of the comprehensive delivery of quality services across the life-course, designed according to the multidimensional needs of the population and the individual and delivered by a coordinated multidisciplinary team of providers working across settings and levels of care. It should be effectively managed to ensure optimal outcomes and the appropriate use of resources based on the best available evidence, with feedback loops to continuously improve performance and to tackle upstream causes of ill health and to promote well-being through intersectoral and multisectoral actions*." | Esta definição adota uma perspetiva sistémica da saúde e reconhece que os cuidados integrados são alcançados através do alinhamento de todas as funções do sistema de saúde e da gestão eficaz da mudança. (WHO, 2016a) |

**Fontes:** Elaboração própria, a partir de Kodner e Spreeuwenberg (2002), National Voices (2013), e World Health Organization. Regional Office for Europe (2016).

Apesar das diferenças, o organismo destaca, citando importantes autores nesta temática, em particular, um aspeto comum, isto é, a noção de que os cuidados integrados devem centrar-se nas necessidades dos indivíduos, das suas famílias e das comunidades (Shaw et al., 2011).

Das três definições que são apresentadas como as principais, entre 175 que foram descobertas na revisão de literatura de Armitage et al. (2009), considera-se que a mais completa e que melhor se aplica ao presente estudo é a definição apresentada por Kodner e Spreeuwenberg (2002). Segundo os autores, os principais objetivos da integração passam pela melhoria da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida, a satisfação dos consumidores e a eficiência do sistema. Como resultado destes esforços multifacetados, surgem os "cuidados integrados" e a integração é a "cola" que une a entidade, permitindo-lhe, assim, atingir objetivos comuns e resultados otimizados [(Kodner, 2002, citado por Kodner & Spreeuwenberg, 2002)], ideia que se revela particularmente importante, na medida em que, segundo Charns e Tewksbury (1993) citados por Kodner e Spreeuwenberg (2002, p. 2), os sistemas de saúde e as suas instituições estão entre as entidades mais complexas e interdependentes na sociedade. Kodner e Spreeuwenberg (2002) enfatizam, também, o lado económico da integração, uma vez que a prestação de cuidados de saúde num sistema como o português acarreta custos muito avultados para o Estado, defendendo que os decisores políticos depositam uma grande esperança na integração dos cuidados de saúde, no que respeita à capacidade de poupar dinheiro ou de, pelo menos, garantir que os recursos de saúde são utilizados da forma mais sensata.

De acordo com os autores da definição adotada para a o presente estudo, Gröne e Garcia-Barbero (2001, p. 7) resumem bem o que a integração de cuidados de saúde significa: "*bringing together inputs, delivery, management and organization of services (...) Integration is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency*." Também Brown e McCool (1986) sugerem que a integração permite maior eficiência e eficácia, menos duplicação e desperdício, para além de uma prestação de serviços mais flexível e uma melhor coordenação e continuidade dos mesmos. Leutz (1999) traz o contributo da definição de três níveis de integração, em função das necessidades dos utilizadores dos serviços, permitindo uma abordagem abrangente que responde às diferentes necessidades das pessoas.[2] O autor coloca as necessidades dos utilizadores dos serviços no centro da discussão sobre cuidados integrados, argumentando que pessoas com baixos níveis de necessidade definidos, por exemplo, pela estabilidade e gravidade da condição, duração da doença, abrangência dos serviços necessários e capacidade de autogestão podem não precisar de um sistema totalmente integrado. Por outro

[2] Os três níveis identificados são o da ligação, caracterizado pelo funcionamento dos sistemas sociais e de saúde em estruturas separadas, o da coordenação, em que há a partilha de informação, ou o planeamento da alta hospitalar, e o da integração total, em que a organização assume a responsabilidade por todos os serviços, recursos e financiamento, podendo operar sob uma única estrutura de gestão, ou através de acordos contratuais entre diferentes organizações.

lado, as abordagens mais integradas devem ser direcionadas às pessoas com necessidades mais elevadas (Leutz, 1999).

Kodner e Spreeuwenberg (2002) defendem que, por detrás desta abordagem e dos cuidados integrados, está o desejo de melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde, num nível de sensibilidade superior às circunstâncias pessoais e aos desejos de cada paciente, o que denota uma visão profundamente humanista e centrada no doente, até, porque, sobretudo as populações com deficiências físicas ou cognitivas, ou com doenças crónicas, por exemplo, associadas ao envelhecimento, conferem ao conceito de integração dos cuidados de saúde uma lógica e um significado únicos. Para além do objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados, a integração de cuidados visa obter melhores resultados aos níveis da eficiência, da relação custo-benefício, e dos aspetos organizacionais do sistema, em que ocorrem os cuidados e a gestão dos doentes. Os autores citados alertam, porém, que para a obtenção de resultados reais, torna-se necessário traduzir este entendimento para termos mais concretos e que encontrem aplicabilidade prática. Para tal, torna-se indispensável um *continuum* de estratégias, não só para alcançar melhores resultados em termos de eficiência e de relação custo-eficácia, mas, também, resultados mais humanistas, em linha com a dignidade que é devida a todo o ser humano. Kodner (2009) realça que a integração foi concebida, de forma a criar coerência e sinergias entre as várias partes do sistema de cuidados de saúde, com os objetivos de melhorar a eficiência do sistema, a qualidade dos cuidados, a qualidade de vida dos utentes, bem como a satisfação dos mesmos, com os cuidados que lhes são prestados, de modo particular, para os doentes com multimorbilidades.

Como foi identificado pela definição de Kodner e Spreeuwenberg (2002), esta engloba um conjunto de cinco importantes domínios, que fazem dela uma definição abrangente e, segundo o *Regional Office for Europe* da WHO, muito utilizada pelos Estados. Os cinco domínios são apresentados, no Quadro 2, de acordo com a ordem pela qual são apresentados no artigo "*Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*".

**Quadro 2 - Os cinco domínios da integração**

| Domínios | Descrição |
|---|---|
| **1. Financiamento** | A forma segue o financiamento; divisão, estrutura e fluxo de fundos afetam todos os aspetos dos cuidados integrados. |
| **2. Administrativo** | Estrutura e delegação das funções regulamentares e administrativas do governo; agiliza elegibilidade, acesso e gestão de recursos. |

| | |
|---|---|
| **3. Organizacional** | Trabalho em rede, vertical ou horizontal; coordenação formal e informal para melhorar a forma como as organizações trabalham em conjunto (Powell, 1990). |
| **4. Prestação de serviços** | Forma como cada equipa é formada, desempenha as suas tarefas e assume as respetivas responsabilidades; relação com doentes e famílias e suas necessidades; impacto em acesso, continuidade, coordenação, satisfação e resultados. |
| **5. Clínico** | Compreensão partilhada das necessidades do doente; compreensão partilhada das necessidades do doente; linguagem e critérios profissionais comuns; práticas e normas específicas; comunicação contínua; abordagem humanista centrada no doente. |

**Fonte:** Elaboração própria a partir de Kodner e Spreeuwenberg (2002).

A prestação dos serviços tem um impacto considerável num conjunto de variáveis críticas nos cuidados integrados. Estas variáveis incluem o acesso ao serviço, a disponibilidade e a flexibilidade, a continuidade e a coordenação do serviço, a satisfação do consumidor e os resultados de qualidade e custo, e o clínico. Relativamente a este último domínio, os autores realçam a importância da utilização de práticas e normas específicas e acordadas durante o ciclo de vida de uma doença ou condição específica e a manutenção da comunicação e do *feedback* contínuos entre o doente e o prestador, constituindo-se como aspetos essenciais de qualidade nos cuidados integrados. A este respeito, os autores alertam para algo que consideram "não surpreendente": "*Professionals seldom look at the world of health care through the patient lens. This is not surprising. Traditionally, caregivers demand that their patients be compliant, that is, follow their instructions. Care-seekers, therefore, usually do not expect that their concerns will come first, or even be seriously addressed. This attitude, though changing, has permeated health care until now*." (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, p. 3). No seguimento desta conceção apresentada pelos autores, é apontada uma visão humanista, como caminho para colocar o doente no centro.

Shaw et al. (2011) desenvolveram, também, um conjunto dos cinco principais tipos de integração, que serão apresentados, no Quadro 3, pela ordem em que surgem no artigo "*What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS Research Report*".

**Quadro 3 – Cinco principais tipos de integração**

| **Cinco principais tipos de integração (Shaw et al., 2011)** | |
|---|---|
| **Tipos de integração** | **Descrição** |
| **1. Sistémica** | Alinhamento de políticas, regras e regulamentação. |

| | |
|---|---|
| **2. Normativa** | Cultura, visão e valores partilhados - metas comuns de integração. |
| **3. Organizacional** | Coordenação de estruturas e sistemas de governação. |
| **4. Administrativa** | Alinhamento das funções de *backoffice*. |
| **5. Clínica** | Coordenação da informação e dos serviços; integração do atendimento ao utente num único processo, facilitando o papel do doente na tomada de decisões partilhadas. |

**Fonte:** Elaboração própria a partir de Shaw et al. (2011)

Nolte e Pitchforth (2014) sugerem que a evidência disponível aponta para um impacto positivo dos programas de cuidados integrados na qualidade dos cuidados prestados ao doente e na melhoria dos resultados em saúde ou da satisfação dos utentes, mas subsiste alguma incerteza relativamente à eficácia das diferentes abordagens e aos seus impactos nos custos, ou seja, a integração de cuidados tende a ter um impacto positivo na qualidade dos cuidados, na melhoria dos resultados em saúde e, como foi referido, na satisfação dos doentes, mas verifica-se alguma incerteza quanto ao modelo mais eficaz e qual o impacto financeiro destas abordagens.

No entanto, segundo Gillies et al. (1993), considera-se indispensável salientar a relevância da transição do foco nos cuidados hospitalares agudos para a coordenação dos cuidados em todo o *continuum* da prestação de cuidados de saúde. Os autores concluem, também, que, a respeito das várias dimensões da integração, à medida que a integração clínica aumenta, o desempenho do sistema melhora. Para o paciente, afirmam Gillies et al. (1993), a integração clínica deve significar não apenas maior qualidade do tratamento, mas, também, melhor continuidade dos cuidados, um acesso facilitado aos mesmos e a diminuição da burocracia. Daqui deverá resultar que o utente receba os cuidados adequados, de forma mais económica.

Sintetizando, o setor da saúde é demasiado complexo para uma solução de integração única, sendo importante que decisores políticos escolham um conjunto de modelos, estruturas e processos complementares, de forma a criar um sistema de saúde integrado que satisfaça as necessidades da população em todo o *continuum* de cuidados. No entanto, para terem provas disponíveis, estes devem incluir a avaliação, para efeitos de prestação de contas, e de forma a garantir uma melhor compreensão da eficácia e do impacto da integração dos sistemas de saúde (Armitage et al., 2009). Para além disso, Shaw et al. (2011) destacam a importância do trabalho

conjunto dos decisores políticos e da academia, juntamente com os profissionais da saúde, no sentido de desenvolver, avaliar e implementar abordagens eficazes.

## 3.2. A integração vertical dos cuidados de saúde

O modelo de ULS, que foi generalizado a todo o país, é caracterizado pela integração vertical dos cuidados de saúde. Santana e Costa (2008) afirmam que a proposta de integração vertical dos cuidados de saúde destaca a importância de unir serviços de saúde sob uma única entidade responsável pela gestão, assegurando a coordenação entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados de longa duração, como os cuidados continuados. Os autores sumariam aquelas que consideram ser as "condições concomitantes" para podermos reconhecer a existência de um contexto de integração vertical, a saber, a existência de uma entidade única, responsável pelo estado de saúde, um espaço geográfico (regional) delimitado, tendo como objeto uma determinada população, coordenando "*em rede os elementos que fazem parte do sistema, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados, para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação ao utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população"* (Santana & Costa, 2008, pp. 37-38). Os autores concluem que a alteração do processo de produção, provocado pela integração vertical dos diferentes níveis e cuidados, tende para uma maior capacidade de criação de valor, em parte devido à "capacidade de gestão do *continuum* de doença assente em novas estruturas organizacionais" (Santana & Costa, 2008, p. 52).

Nolte e Pitchforth (2014) definem integração vertical como reunindo organizações em diferentes níveis de uma estrutura hierárquica, sob uma única gestão como, por exemplo, os cuidados primários e secundários ou especializados.

Goiana-da-Silva et al. (2024) afirmam que a integração dos cuidados de saúde pode assumir diversas formas e dimensões, podendo ser de forma horizontal, em que os prestadores de serviços de saúde operam ao mesmo nível, ou de forma vertical, como sucede no caso das ULS's. Neste caso, este tipo de integração implica reunir diferentes níveis de cuidados de uma estrutura hierárquica, sob um único "guarda-chuva" de gestão, com o objetivo de proporcionar um *continuum* de cuidados primários, agudos e pós-agudos dentro da mesma estrutura organizacional.

De acordo com Ramsay et al. (2009, p. 3), "*it is assumed that vertically integrating care will lead to better co-ordination of and reduced demand on services. Vertical integration*

*describes a situation where different components of a supply chain are brought together in a single organisation."* Os autores identificam, também, um conjunto de seis requisitos para que a integração seja efetivada eficazmente, quatro deles que surgem, também, em Kodner e Spreeuwenberg (2002), embora algumas designações não sejam as mesmas. Em comum, verificam-se a integração organizacional, relacionada com a fusão de organizações ou mudanças estruturais, a integração funcional, que se prende com a integração de funções de suporte não clínicas e de serviços administrativos, a integração de serviços, relacionada com a organização das equipas dos vários serviços clínicos, e a integração clínica propriamente dita, que, segundo este ponto de vista teórico, sugere que os cuidados prestados ao doente são integrados num único processo, tanto dentro como entre profissões, por exemplo, através da utilização de diretrizes clínicas comuns. Na sua abordagem, Ramsay et al. (2009) consideram, ainda, a integração normativa, relacionada com a existência de valores partilhados para coordenar o trabalho e garantir a colaboração na prestação de cuidados de saúde, e a integração sistémica, como resultado da coerência nas regras e políticas e todos os níveis da organização.

A respeito da integração vertical, Farias e Nunes (2020, p. 9) definem-na como "um processo de gestão envolvendo diferentes níveis de assistência" e que, em Portugal, no âmbito desta reestruturação dos serviços de saúde, "foram ligados os cuidados de saúde hospitalar com a assistência primária e, em conexão com os processos de integração vertical, resultaram no modelo de Unidade Local de Saúde." De acordo com os autores citados, "as ULS podem ser consideradas como a única entidade responsável pelo estado de saúde da população que abrange e, como tal, visa proporcionar uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevada eficiência, qualidade e satisfação dos usuários" (Farias & Nunes, 2020, p. 9).

Para Goiana-da-Silva et al. (2024), os modelos de integração vertical visam a integração de diferentes níveis de cuidados, com os objetivos de aumentar a coordenação e a continuidade dos mesmos, assim como melhorar a eficiência, a qualidade e os resultados do acesso. Os autores argumentam: "*While integration efforts hold theoretical benefits, their implementation results vary in both benefits and expected disadvantages. Hence, focusing on specific contexts and implementation methods is crucial*." (Goiana-da-Silva et al., 2024, p. 2). Neste sentido, apresentam exemplos de países em que a integração vertical evidenciou resultados positivos. No Reino Unido, verificaram-se serviços de saúde mais responsivos e foi possível reduzir os custos por doente, com a redução dos tempos de espera para consultas externas. Na Escócia, especificamente, a integração vertical pode, essencialmente, melhorar os resultados dos doentes e a eficiência organizacional. Relativamente aos EUA, uma revisão sistemática revelou que 6

em cada 10 estudos, aferiram que a integração vertical estava associada a uma maior qualidade dos cuidados (Machta et al., 2019), assim como ao aumento do acesso a cuidados cirúrgicos para doentes vulneráveis e de baixos rendimentos (Haddad et al., 2020). Machta et al., (2019) afirmam que os sistemas de saúde integrados verticalmente podem ter diversas vantagens na melhoria da qualidade dos cuidados, da eficiência e dos resultados centrados no doente. Ademais, o alinhamento de incentivos entre médicos, hospitais e liderança centralizada pode, também, padronizar os cuidados, aumentando a adesão a práticas baseadas em evidência, segundo Enthoven (2009) citado por Machta et al. (2019). Rodriguez et al. (2016) demonstram que práticas pertencentes a sistemas organizacionais mais amplos, como redes de prestadores de cuidados de saúde ou sistemas integrados, tendem a adotar com maior intensidade processos de gestão de cuidados e tecnologias de informação, o que pode facilitar a coordenação dos cuidados e contribuir para ganhos de eficiência. Machta et al. (2019) interpretam estes resultados de Rodriguez et al. (2016) como indicativos de que os hospitais integrados verticalmente poderão estar melhor posicionados para melhorar os resultados dos doentes, nomeadamente através de economias de escala ou da redução de cuidados desnecessários. Machta et al. (2019) argumentam que o melhor desempenho em medidas de qualidade dos cuidados em sistemas de saúde integrados verticalmente pode refletir tanto melhorias reais na qualidade, através de uma melhor coordenação, como uma perceção melhorada da qualidade, devido ao uso de tecnologias de informação em saúde e à melhoria da documentação dos processos, o que nos remete para a integração funcional defendida por Laugesen e France (2014), que afirmam que a implementação de sistemas de informação e de gestão facilita a comunicação e a partilha de dados entre diferentes entidades, neste caso, entre diferentes níveis de cuidados. Assim, defendem os autores, são exploradas as vantagens da digitalização dos processos de saúde e da interoperabilidade dos sistemas de informação. A propósito da integração no setor da saúde e dos diversos modelos de integração, defendem que a integração vertical contribui para a melhoria da continuidade de cuidados e a diminuição de redundâncias (Laugesen & France, 2014), uma vez que, se os processos fluem verticalmente, pode perspetivar-se, justamente, o decréscimo de redundâncias dos processos, levando a uma maior simplificação dos mesmos.

Sintetizando os objetivos e possíveis ganhos da integração vertical em saúde, Amado et al. (2022) apontam que este modelo se destaca pelo seu efeito direto na continuidade dos cuidados, devendo refletir-se na redução das despesas, no aumento da coordenação da atividade, na melhoria da qualidade do serviço prestado e na integração clínica.

Também Goiana-da-Silva et al. (2024) consideram que a integração vertical constitui um caminho promissor para aumentar os cuidados centrados no doente e, em simultâneo, aumentar a eficiência e a eficácia do sistema.

## 3.3. Os impactos da Nova Gestão Pública e dos modelos de Governança no SNS

Apesar da relevância dos modelos clínicos e organizacionais de integração, a sua concretização prática em contextos nacionais depende fortemente dos enquadramentos político-administrativos dominantes.

Um desses enquadramentos é a Nova Gestão Pública (NGP), conhecida em inglês como *New Public Management* (NPM). As políticas da Nova Gestão Pública foram introduzidas na saúde pública, na maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a partir da década de 1980, como resposta às preocupações com o aumento da despesa no setor da saúde, impulsionadas pelos avanços tecnológicos e médicos no tratamento das doenças, assim como pelo envelhecimento da população (Alonso et al., 2015). Segundo Mayston (1999), decisores políticos e académicos têm argumentado que a introdução de técnicas características da NGP se traduziria no aumento da eficiência na prestação de cuidados de saúde, pela introdução de métodos da gestão do setor privado nos modelos tradicionais da administração pública, ideia corroborada por Alonso et al. (2015), que defende que as políticas relacionadas com a teoria da NGP podem contribuir para o aumento da eficiência da prestação de serviços, como a prestação de cuidados de saúde à população. Segundo Pollitt (1990) citado em Correia (2011, p. 4), "*Theoretically, NPM may be understood as resulting from a conception of the State's social functions which was consolidated throughout the second half of the twentieth century. In substantive terms, there is an attempt to make the public sector more adaptable to different contexts, decentralized in decision making and more eficiente given the increasing shortfalls in the resources available.*" Para Ferreira e Marques (2015), um dos principais objetivos da utilização das ferramentas da Nova Gestão Pública foi o incremento da eficiência hospitalar, devido à disponibilização de incentivos e à criação de um mercado de saúde com concorrência entre instituições de saúde, aspeto também realçado por Correia (2011).

Esta abordagem foi introduzida na academia por Christopher Hood que, no artigo intitulado "*A Public Management for All Seasons*", de 1991, apresenta as componentes doutrinárias da NGP. Destas, destacam-se a gestão profissional ativa e visível, por pessoas nomeadas e com

liberdade para gerir, o que faz com que esta maior liberdade se traduza numa maior responsabilidade atribuída a pessoas específicas, sem difusão de poder (Hood, 1991). Outro dos aspetos fulcrais e que se encontra, também, no modelo de ULS, é a definição de metas, objetivos e indicadores de sucesso, uma vez que, segundo Hood (1991, p. 4), "*accountability requires clear statement of goals; efficiency requires 'hard look' at objectives*." Para além disto, o autor enfatiza o controlo de resultados, na medida em que a alocação de recursos e de recompensas relacionadas com o desempenho é justificada pela necessidade de relevar os resultados, em vez dos procedimentos (Hood, 1991).

Simonet (2011) aponta que a NGP levou a um maior foco nas forças de mercado e na concorrência, proporcionou a melhoria da partilha de informações e a cooperação entre cuidados de saúde, alterando a forma como estes são prestados.

Em "*New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading*", Correia (2011) destaca a transposição das normas do direito privado para a atividade pública, expondo-a às dinâmicas do setor privado, verificando-se uma tentativa de tornar o setor público adaptável a diferentes contextos, com a descentralização da tomada de decisões e a maior eficiência, dada a escassez de recursos, o que está em linha com a ênfase na maior disciplina e parcimónia no uso de recursos, pela necessidade de "*do more with less*" (Hood, 1991, p. 5).

Segundo Correia (2011), o papel do Estado passa, tanto pelo fornecimento de serviços, como pela sua regulação, trabalhando, cada vez mais, no princípio da contratação de serviços públicos a outros organismos que possam substituir esta atividade. Por outras palavras, a função de provisão está a mudar, progressivamente, para uma função de regulação da atividade dos organismos privados. O investigador elenca, no artigo supracitado, as cinco características da introdução de metodologias da gestão privada no setor público de saúde português, das quais se destacam as três principais. Como referido, assiste-se a uma descentralização de competências para os hospitais, com vista à simplificação do processo de tomada de decisão, desburocratizando os sistemas de saúde. Um dos argumentos que o poder político incorporou na adoção da lógica da NGP é a necessidade de acelerar e simplificar a tomada de decisões, ou seja, a desburocratização dos sistemas de saúde, tendo-se procurado um modelo de ação que pudesse adaptar-se às exigências impostas, ao expor a atividade pública às dinâmicas do setor privado. Importa destacar a importante função assumido pela administração hospitalar que, no modelo de ULS, assume um papel de particular relevância, pela autonomia que lhe é consignada. Esta é diretamente responsável perante a tutela, devendo garantir que os

profissionais aceitam e aderem aos procedimentos administrativos. Para Pimenta (2024, p. 4), "a lógica fundamental da NGP é que a gestão no setor público não difere, de forma significativa, da gestão no setor privado". Além disso, considera que "o setor público até então não tinha dado a devida atenção à gestão e ao papel do gestor". Como ficou patente, a autonomia gestionária constitui uma característica relevante no quadro da NGP, pelo incremento da importância das administrações hospitalares, que devem gerir as instituições de saúde, com base nos princípios da gestão privada.

No quadro da NGP, a atividade hospitalar implica uma contratualização dual entre o Ministério da Saúde e o hospital, neste caso entre a ULS, e entre esta e os respetivos serviços, definindo-se, previamente, o serviço a prestar. Verifica-se a passagem de um orçamento retrospetivo para um orçamento prospetivo, no qual o incumprimento da atividade contratada penaliza a alocação orçamental no ano seguinte. Relativamente à contratualização, Carvalho (2006) afirma que esta é interpretada como um mecanismo capaz de melhorar o planeamento e gestão dos cuidados, o desempenho dos prestadores, decorrente do estabelecimento prévio de objetivos, permitindo a descentralização da gestão. Correia (2011) destaca, porém, que, em Portugal, os gestores hospitalares não têm sido responsabilizados pelos défices orçamentais dos hospitais E.P.E., agora ULS, E.P.E., o que demonstra que, embora este modelo esteja associado a maiores níveis de transparência, os processos de nomeação não permitem uma avaliação pública, dada excessiva politização desta esfera. A terceira característica elencada pelo autor é a racionalização das despesas, com o objetivo de tornar os serviços mais eficientes, com indicadores de desempenho e resultados aos níveis dos recursos humanos, financeiros e da assistência. Neste âmbito, as despesas são negociadas com as administrações, demonstrando a relação de custo-benefício de medicamentos e de equipamentos específicos. A racionalização das despesas pode ocorrer, também, pela criação de centros hospitalares, entretanto extintos com a generalização das ULS's (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 2023), bem como pelo encerramento de serviços e pela introdução de entidades privadas na prestação de cuidados públicos (Correia, 2011). Apesar da extinção dos centros hospitalares, com a Reforma do SNS que entrou em vigor em 2024, todas as Unidades Locais de Saúde funcionam em regime de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), o que denota a influência dos modelos gestionários no sistema público de saúde, em Portugal.

Em suma, é particularmente relevante a influência de modelos teóricos como a Nova Gestão Pública, através da corporatização dos hospitais públicos, conferindo-lhes maior autonomia e integrando o setor empresarial do Estado, de que são exemplo as ULS's, e a governança no

desenvolvimento de organizações integradas. O objetivo principal destas organizações é enfrentar o problema da fragmentação na prestação de cuidados de saúde, promovendo uma abordagem mais coesa (Nunes, 2024).

Após o predomínio da orientação em torno dos modelos gestionários dos anos 80/início dos anos 90, do século XX, o exercício da governação começou a diversificar-se, surgindo modelos alternativos, isto é, novos paradigmas de governação pós-NGP. Um desses paradigmas, desenvolvido por Denhardt e Denhardt (2000), é o Novo Serviço Público (NSP). Em "*The New Public Service: Serving Rather than Steering*", que data do ano 2000, os autores defendem que valores como os da eficiência e da produtividade, característicos da Nova Gestão Pública, não devem ser ignorados, mas sim enquadrados num contexto mais amplo de democracia, comunidade e interesse público. Denhardt e Denhardt (2000) afirmam que, segundo o paradigma da Nova Gestão Pública, o Governo, que, neste caso, podemos transpor para as instituições hospitalares, não deve apenas adotar as técnicas da gestão empresarial, mas também certos valores empresariais. De facto, as ULS's têm o estatuto jurídico de Entidades Públicas Empresariais e, de acordo com a NGP, os utentes podem ser vistos como meros clientes de um serviço que lhes prestado. No entanto, a este respeito, Simonet (2011) defende que a forma como a NGP se manifesta, com a sua ênfase nos cuidados de saúde como um bem de consumo privado e na concorrência quase de mercado e, portanto, na eficiência, foi substituída por um modelo de saúde que visa valores como a equidade, o acesso aos cuidados e resultados baseados na população-alvo, com mudanças organizacionais e de financiamento.

O que abordagens como o Novo Serviço Público vêm trazer é instituir um conjunto de valores como o serviço à população, entendendo o serviço público como o objetivo e não um subproduto, na medida em que não se pretendem encontrar soluções baseadas em escolhas individuais, mas em criar interesses comuns e um sentido partilhado de responsabilidade. Importa, para os autores, "*serve citizens, not customers*" (Denhardt & Denhardt, 2000, p. 555) Outra das características elencadas pelos mesmos é a de pensar estrategicamente e agir democraticamente, de forma que as políticas respondam, efetivamente, às necessidades públicas e que estas sejam construídas através de processos colaborativos. Aplicando este paradigma à prestação de cuidados de saúde sob a forma de ULS, o que se pretende é envolver mais os "cidadãos, as comunidades e os responsáveis do poder local na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS" (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 2023, pp. 4-5 ). Segundo os investigadores, a questão da responsabilização não é simples, uma vez que os funcionários públicos, neste caso,

todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde, isto é os profissionais de saúde, assim como os próprios gestores, devem prestar especial atenção a mais do que o mercado, mas atentar, de forma particular, nos interesses e, sobretudo, nas necessidades da população que servem, da comunidade que cada ULS serve. Denhardt e Denhardt (2000) chegam mesmo a afirmar que as organizações públicas, em que se enquadram, naturalmente, as unidades de saúde, têm mais probabilidade de sucesso a longo prazo, se funcionarem de forma colaborativa, através de processos de liderança partilhada. A última das grandes características apontadas pelos autores prende-se com a valorização da cidadania e do serviço público, devendo ser este o espírito que os profissionais dos serviços públicos devem assumir. De facto, Denhardt e Denhardt (2000) colocam um grande enfoque no serviço, no serviço aos cidadãos, às comunidades, o que falta, muitas vezes, num pensamento enraizado em modelos gestionários, mais voltados para a produtividade, e que se reconhecem como importantes, mas que não devem descurar, antes, pelo contrário, devem apoiar-se nas bases do serviço público.

É nesta senda que Goiana-da-Silva et al. (2024) se posicionam, enfatizando o papel dos cidadãos. Para os autores, a perspetiva portuguesa de integração passa, necessariamente, pelo foco no doente, através da integração estrutural, através das infraestruturas e dos serviços oferecidos, e da integração funcional, que potencia a coordenação efetiva dos mesmos. Nunes (2024), na análise SWOT que faz do modelo de ULS, identifica como principais oportunidades o foco nas pessoas, centrando os cuidados nos cidadãos, assim como a sua participação, mas, também, das comunidades, das autoridades locais e, muito importante, dos profissionais de saúde, na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de Saúde.

Pollitt e Bouckaert (2017) introduzem a ideia de "menu", para designar o "pacote" de reformas escolhido, em cada país, jurisdição, ou setor. Nesta linguagem, as ferramentas particulares são os "pratos individuais", enquanto o "menu" é a lista global do que está disponível. Curiosamente, os autores elaboram uma analogia com um restaurante, em que existem diferentes razões pelas quais um prato pode agradar ou desiludir. Também os "menus" podem agradar ou desiludir, e uns ingredientes combinarem melhor entre si, do que outros, dependendo do gosto de quem os aprecia. Nesta lógica, um "ingrediente" pode funcionar bem outros "ingredientes" específicos. Transpondo isto para a os modelos adotados pelos países, também uma ferramenta de gestão pode encaixar bem com outras, ou, até, contradizê-las. Assim, Pollitt e Bouckaert (2017) afirmam que, embora as ferramentas pertençam a uma determinada "família", não deve assumir-se que, cada uma delas, esteja associada, exclusivamente, a um único modelo, o que significa que os países, da definição de uma

determinada política não têm de cingir-se a uma única abordagem, mas podem, como referem os autores citados, conjugar ferramentas, isto é, aspetos ou características de vários modelos, de modo a criarem o modelo que melhor lhes aprouver. Também assim sucedeu com o setor da Saúde, em Portugal, em que temos, atualmente, presente, ainda, a influência do modelo burocrático, com a presença de algumas das características descritas por Denhardt e Denhardt (2000), como a conceção do interesse público definido expressamente na lei, como, também, referem Knoepfel et al. (2007) e Pollitt e Bouckaert (2017), devido à tradição europeia napoleónica-continental, em que o suporte legal explícito é fundamental, a hierarquização da autoridade e o excesso de formalismo, com limitação da participação cidadã. Temos, como foi referido, influência de modelos gestionários, como a NGP, e de modelos pós-gestionários, como o NSP, em que a conceção do interesse público resulta de um diálogo sobre valores partilhados, e em que o papel da administração pública é servir os cidadãos, que estão no centro do sistema (Denhardt & Denhardt, 2000). Assim, torna-se evidente que, em Portugal, no que concerne ao setor da Saúde, confirma-se a abordagem introduzida por Pollitt e Bouckaert (2017), em que, dentro de cada "pacote", o Estado vai buscar as ferramentas que mais lhe interessa, segundo a sua tradição administrativa, no sentido de uma maior ou menor modernização. No que concerne a este respeito, considera-se relevante introduzir o contributo de Torfing et al. (2020). Em "*Public Governance Paradigms - Competing and Co-Existing*", os autores abordam o papel dos funcionários no sistema burocrático clássico, em que os trabalhadores executam as suas tarefas diligentemente, de forma a manter a lei e a ordem, colocando o interesse público acima do seu, num ambiente caracterizado pelos regulamentos administrativos e as regras formais. Relativamente à vertente gestionária da NGP, esta vê os funcionários como tendo comportamentos oportunistas, porque motivados por interesses pessoais, recomendando que a sua conduta seja monitorizada. O ser humano é visto como egoísta e oportunista, pelo que os seus comportamentos são vistos como sendo movidos pelo seu interesse pessoal. Assim, "*employees are not to be trusted, as they are likely to exploit trust to obtain one-sided benefits at the expense of the public sector as a whole.*" (Torfing et al., 2020, p. 162). Perante esta visão da NGP, os autores introduzem a abordagem pós-gestionária do *Neo-Weberian State*, que combina elementos da burocracia clássica e da NGP, como plataforma de cocriação, que convida os atores a participarem na definição de problemas e no desenho de soluções.

Em síntese, a criação do modelo de Unidade Local de Saúde, que foi generalizado a todo o continente, em 2024, encontra as suas raízes teóricas em abordagens características da gestão

privada, como a Nova Gestão Pública, incentivando a autonomia gestionária, valorizando e produtividade e a eficiência e a redução de custos, mas, também, em abordagens pós-NGP, como o Novo Serviço Público, que valoriza a cidadania ativa, o serviço aos cidadãos e o diálogo amplo e construtivo, envolvendo todos as partes, desde o poder político, as administrações hospitalares, o poder local e os cidadãos, uma vez que é para eles que o serviço está voltado, é a eles que os serviços de saúde têm de dar resposta, apesar da manutenção de algumas características do modelo burocrático. De acordo com Denhardt e Denhardt (2007, p. 190), "*this 'high' citizenship is both importante and achievable because human behavior not only is a matter of self-interest, but also involves values, beliefs, and a concern for others*." E esta influência conjunta de modelos distintos está plasmada no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (2023), quando são elencados os objetivos da generalização do modelo de ULS a todo o país. E foi já com este espírito que, em 2008, foi instituída a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., pelo que o que se pretende com a presente dissertação é, justamente, a avaliação da implementação e funcionamento da mesma, com este modelo de integração vertical e a junção de um de contributos provenientes de abordagens diversas, com o objetivo final de melhorar a resposta em saúde à população.

Entre outros aspetos, este estudo pretende contribuir para avaliar a afirmação de Cruz et al. (2022, p. 8), de acordo com a análise da ACSS e da ERS, que incidiu "sobre o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, a qualidade dos cuidados, a eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, parece haver evidência de que o modelo organizativo em ULS não aportou ganhos significativos ao SNS que teoricamente este modelo de governação produz." Para Goiana-da-Silva et al. (2024), para que os esforços de integração sejam bem sucedidos, torna-se importante enfrentar desafios como as crescentes necessidades da população e a resistência à mudança. Segundo os autores, as experiências parciais revelam efeitos positivos em dimensões como a eficiência, a eficácia e os ganhos em saúde, e que Portugal está, atualmente, a dar este passo em frente, com foco no envolvimento das instituições, dos profissionais e das comunidades. Com que objetivo? Alcançar uma melhor Saúde para todos.

# 4. Metodologia

O presente capítulo descreve a abordagem metodológica adotada para responder à pergunta de investigação "Quais os impactos e desafios da implementação das Unidades Locais de Saúde no SNS? Uma avaliação da experiência da ULS da Guarda, E.P.E.".

Assim, far-se-á recurso a uma metodologia do tipo qualitativo, sustentada num estudo de caso, com o objetivo de compreender avaliar a implementação do modelo de Unidade Local de Saúde na Guarda. Para orientar o presente estudo de caso, e partindo da questão de investigação apresentada, foram formuladas cinco proposições, como sucede num estudo em que é adotada uma metodologia qualitativa. Assim, as cinco proposições são as seguintes:

P1: A reforma do Serviço Nacional de Saúde, com a generalização do modelo de ULS trouxe benefícios ao SNS, e a ULS da Guarda, enquanto uma das mais antigas, depois da experiência inovadora de Matosinhos, constitui um exemplo nacional.
P2: O processo de implementação da ULS da Guarda foi marcado pela coexistência de resistências organizacionais e constrangimentos estruturais, simultaneamente mitigados por fatores facilitadores de ordem política, institucional e profissional, que permitiram a consolidação progressiva do modelo integrado.

P3: O estabelecimento de mecanismos de coordenação e de continuidade assistencial favoreceu a articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares, na ULS da Guarda, embora subsistam limitações que condicionam a plena concretização da integração de cuidados.

P4: A implementação da ULS da Guarda traduziu-se em ganhos de acessibilidade, de eficiência e de qualidade, na prestação de cuidados de saúde, ainda que tais impactos se apresentem de forma diferenciada segundo os indicadores utilizados e a perceção dos profissionais e dos utentes.

P5: A sustentabilidade da ULS da Guarda depende da capacidade de enfrentar riscos associados à escassez de recursos, às especificidades demográficas da região, e às exigências de contratualização, sendo imprescindível a adaptação contínua do modelo, para garantir a sua eficácia e a sua relevância a médio e a longo prazo.

As proposições enunciadas não têm como propósito a sua verificação empírica, no sentido positivista, como sucede com as hipóteses a serem testadas, num estudo quantitativo, mas, sim, como orientações analíticas, que ajudam a estruturar a recolha e a interpretação dos dados, na

medida em que cada proposição orienta a atenção para algo que deve ser examinado no âmbito da investigação (Yin, 2018).

## 4.1. Enquadramento teórico metodológico

De acordo com Creswell (2013), a investigação qualitativa parte de pressupostos e da utilização de quadros interpretativos/teóricos que orientam o estudo de problemas de investigação centrados nos significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Como afirma o autor, "*To study this problem, qualitative research begins with assumptions and the use of interpretive/theoretical frameworks that inform the study of research problems addressing the meaning individuals or groups ascribe to a social or human problem. To study this problem, qualitative researchers use an emerging qualitative approach to inquiry, the collection of data in a natural setting sensitive to the people and places under study, and data analysis that is both inductive and deductive and establishes patterns or themes. The final written report or presentation includes the voices of participants, the reflexivity of the researcher, a complex description and interpretation of the problem, and its contribution to the literature or a call for change*" (Creswell, 2013, p. 44)

Para Denzin et al. (2024), a investigação qualitativa é uma atividade situada que posiciona o observador no mundo e a recolha dos dados para a investigação pode ser feita através de notas de campo, entrevistas, conversas, gravações, entre outros, utilizando, depois, uma vasta gama de práticas interpretativas interligadas, com o objetivo constante de alcançar uma melhor compreensão do objeto de estudo.

Relativamente à recolha de dados, Creswell (2013) destaca que, na pesquisa qualitativa, os investigadores recolhem, com frequência, dados no terreno, assim como informações de perto, através do contacto com os intervenientes relacionados com o problema em estudo. Como refere Creswell (2013, p. 45), "*In the natural setting, the researchers have face-to-face interaction over time."* Para além disso, o autor apresenta o investigador como instrumento chave, recolhendo os dados por si mesmo, examinando os documentos que se revelem necessários e entrevistando os participantes.

Para responder à pergunta de investigação formulada, foi adotada, como referido anteriormente, o estudo de caso. De acordo com Stake (2024), "*Case studies are a common way to do qualitative inquiry. Case study research is neither new nor essentially qualitative. Case study is not a methodological choice but a choice of what is to be studied.*" E, neste caso, o objetivo do presente estudo é a avaliação da implementação do modelo de ULS aos cuidados

de saúde prestados na região abrangida pela Unidade Local de Saúde da Guarda. Como defende Stake (2024), o estudo de caso define-se pelo interesse num caso individual, e não pelos métodos de inquérito utilizados.

Relativamente à categorização dos estudos de caso, Stake (2024) distingue três tipos, a saber, o estudo de caso intrínseco, o estudo de caso instrumental e o estudo de caso múltiplo. Para a presente investigação, considerou-se relevante a primeira categoria apresentada. Assim, segundo o autor, foi realizado um estudo de caso intrínseco, porque, acima de tudo, se pretendeu compreender melhor este caso em particular. Para Stake (2024), na sua especificidade e quotidianidade, este caso é, por si só, interessante, não sendo pretensão do investigador a compreensão de conceitos abstratos, ou a construção de uma teoria, mas, sim, compreender, de forma intrínseca, aquele caso específico.

## 4.2. Critérios de seleção de caso

Os estudos de caso intrínsecos, de que é exemplo a presente dissertação, visam, para Stake (2024), desenvolver aquilo que se perceciona como as questões, as interpretações, e os contextos próprios do caso, que o autor designa de "*thick description*"

A escolha do estudo de caso é uma decisão crucial em qualquer pesquisa qualitativa, pois esta determina o foco da investigação e a profundidade com que o fenómeno será estudado. Em particular, o estudo de caso da Unidade Local de Saúde da Guarda foi selecionado com base em três critérios principais, os quais se alinham tanto com as necessidades da pesquisa, como com a literatura sobre estudos de caso, e que, seguidamente, se explicitam.

### 4.2.1. Experiência consolidada e maturidade do modelo

A Unidade Local de Saúde da Guarda foi uma das primeiras a ser estabelecida em Portugal, em 2008, juntamente com as ULS's do Alto Minho e do Baixo Alentejo. Assim, tendo em consideração o facto de ser um modelo longevo, no quadro das ULS's em Portugal, este caso permite avaliar os impactos da implementação de um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde, proporcionando a avaliação dos impactos, ao longo deste período, a identificação de eventuais desafios superados, e a consolidação de boas práticas, que possam ser repercutidas noutras Unidades Locais de Saúde, no nosso país.

### 4.2.2. Acessibilidade a fontes de informação e *stakeholders*

Em "*Case Study Research and Applications: Design and Methods*", Yin (2018) enfatiza "*You need sufficient access to the data for your potential case, whether to interview people, review documents or records, or make field observations*." Este critério assenta no facto de residir na área de abrangência da ULS da Guarda, o que se traduz na maior facilidade em contactar diretamente os *stakeholders* importantes da mesma, como membros do Conselho de Administração, Diretores de Serviço, antigos membros do Conselho de Administração e elementos da Coordenação de unidades de prestação de cuidados de saúde primários, de forma a poder obter a perspetiva de toda a cadeia de prestação de cuidados, sobretudo dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares. De acordo com Stake (2024), destaca-se a importância de o caso ser analisado em profundidade e a observação/estudo dos contextos em profundidade, aspeto que, neste caso, é incrementado, dada a maior facilidade em chegar aos *stakeholders* da ULSG. O mesmo autor evidencia a importância do contexto, como sendo relevante, elencando as suas mais diversas vertentes (histórico, social, económico, físico e político). Assim, à luz desta conceção, o melhor conhecimento do contexto envolvente e a maior facilidade de chegar aos principais intervenientes na condução da ULS da Guarda traduzem-se em critérios relevantes para a seleção deste caso.

### 4.2.3. Desafios da integração em regiões periféricas

Depois da criação, como experiência-piloto, da ULS de Matosinhos, em 1999, o Governo Português decidiu criar, em 2007, a ULS do Norte Alentejano e, no ano seguinte, as ULS's do Alto Minho, do Baixo Alentejo e da Guarda. Destas primeiras Unidades Locais de Saúde criadas, só a de Matosinhos e a do Alto Minho se situam no litoral do país. Todas as restantes estão localizadas no interior de Portugal, tradicionalmente caracterizado pela baixa densidade populacional, por uma população envelhecida e um nível de desenvolvimento económico inferior àquele que se regista no litoral de Portugal. Assim, o facto de a ULS da Guarda estar, geograficamente, situada numa região com estas características faz dela um estudo de caso de interesse acrescido, no sentido de avaliar a forma como este modelo de integração foi colocado em funcionamento e opera numa zona com as características descritas.

## 4.3. Técnicas de recolha de dados

A evidência num estudo de caso, refere Yin (2018), pode ter proveniências diversas, sejam elas o acesso a documentação, a registos arquivísticos, a realização de entrevistas e as observações diretas e/ou participantes. A respeito desta última fonte, Stake (2024) destaca a importância de

o investigador desenvolver trabalho de campo, com tempo passado no terreno: "*qualitative case study is characterized by researchers spending extended time on site, personally in contact with activities and operations of the case, reflecting, and revising description and meanings of what is going on.*"

No capítulo dedicado à recolha de dados, Yin (2018) aborda os princípios que devem orientar esta fase da investigação. Um deles, referido e apresentado segundo a definição proposta por Flick (2014), é o da utilização de múltiplas fontes de evidência, o que se traduz na triangulação das mesmas.

Na presente dissertação, a principal fonte de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, uma das fontes de evidência mais importantes num estudo de caso (Yin, 2018). Como propõe Yin (2018, p. 118), "*Interviews can especially help by suggesting explanations (i.e., the "hows" and "whys") of key events, as well as the insights reflecting participants' relativist perspectives*." Para além disto, o autor sugere que, durante as entrevistas, o investigador deve seguir a própria linha de investigação e colocar as questões de forma imparcial. Segundo a tipologia de Yin (2018), foi adotada uma entrevista semiestruturada de estudo de caso mais curta, com a duração de cerca de uma hora, em vez da entrevista prolongada e da entrevista tipo inquérito.

Para além das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise documental, também descrita por Yin (2018). Atualmente, a sociedade está fortemente baseada no registo de informação, nas suas mais diversas formas, o que faz com que os dados documentais sejam relevantes para qualquer tema de estudo de caso (Yin, 2018). No âmbito dos estudos de caso, para o autor citado, a principal utilidade da análise documental reside na possibilidade de corroborar e complementar informações provenientes de outras fontes, como as entrevistas levadas a cabo. Defende-se mesmo o recurso a esta fonte de informação para preparar o trabalho de campo. Porém, destaca a importância de manter o foco na pergunta de investigação e identificar, na eventual abundância de material documental disponível, a informação mais pertinente. Neste sentido, foram analisados os Planos de Atividades e Orçamento dos anos de 2022 e de 2023, o Relatório de Contratualização para 2024, o Plano de Desenvolvimento Organizacional, para o período 2025-2027, cuja informação foi utilizada na preparação das entrevistas, incluindo-a na dinâmica das mesmas, assim como Relatórios de Avaliação da Satisfação dos Profissionais e dos Utentes.

### 4.3.1. Entrevistas

Feito o enquadramento teórico acerca das técnicas de recolha de dados, importa caracterizar a amostra, de acordo com o número de entrevistados, os critérios de seleção dos mesmos e as funções desempenhadas na ULS da Guarda. Assim, foram entrevistadas 17 pessoas, a saber, três membros do atual Conselho de Administração, quatro antigos membros do Conselho de Administração, e três Diretores de Serviço. Para além destes, entrevistaram-se uma Coordenadora de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e uma de uma Unidade de Saúde Familiar, assim como dois enfermeiros com cargos de gestão. Entrevistaram-se, também, três antigos membros do Governo com a tutela da Saúde. Todos os participantes foram selecionados com base nas funções desempenhadas, atualmente, ou, em anos anteriores, na Unidade Local de Saúde da Guarda, seja ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares, seja ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, ou que tenham exercido, anteriormente, funções governativas. Apesar dos sucessivos contactos efetuados, o presente estudo não conta com a colaboração de dois elementos do atual Conselho de Administração da ULSG, contributos que teriam grande pertinência, dados os cargos desempenhados pelas pessoas em causa, nem com o de outros dois Diretores de Serviço contactados, por ausência de resposta. Ademais, foi contactado o Gabinete da atual Ministra da Saúde, não tendo sido possível a sua colaboração, assim como dos Secretários de Estado da Saúde e da Gestão da Saúde, ou de algum membro dos respetivos Gabinetes. Finalmente, importa, também, registar a ausência de resposta da parte da Direção Executiva do SNS, após insistência, assim como a indisponibilidade do Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, apesar dos vários contactos efetuados. Com uma amostra com estas características, foi possível obter as visões de importantes *stakeholders* da ULSG, e de antigos decisores políticos, com vista a responder à pergunta de investigação que orienta o estudo.

Dezasseis das dezassete entrevistas foram realizadas através da plataforma *Microsoft Teams*, tendo sido gravadas, para efeitos de tratamento de dados, com o devido consentimento dos entrevistados, e uma realizada presencialmente.

Em anexo, encontram-se os guiões das entrevistas levadas a cabo, no decurso da presente investigação. Por questões de proteção de dados, procedeu-se à codificação dos entrevistados, com a atribuição do código alfanumérico, iniciado com a letra "E", que significa "Entrevistado", seguida de um número, começando pelos atuais membros do Conselho de Administração, seguindo-se os antigos membros do CA, os Diretores Clínicos, as Coordenadoras de uma UCSP e de uma USF, os dois enfermeiros com cargos de gestão e, por

fim, os três antigos responsáveis governativos da área da Saúde. As categorias criadas seguiram a lógica da função desempenhada, não se explicitando, por questões de proteção de dados, a função exata exercida por cada entrevistado e, no caso dos Diretores de Serviço, e das Coordenadoras das unidades de Cuidados de Saúde Primários, os serviços hospitalares em causa, e as designações e a localização das unidades, respetivamente.

As categorias e subcategorias da análise derivam das dimensões centrais do estudo e dos temas do guião de entrevista, permitindo organizar sistematicamente os dados, sem comprometer a confidencialidade dos participantes.

### 4.3.2. Análise documental

A análise documental efetuada focou-se nos Planos de Atividades e Orçamento dos anos de 2022, de 2023, do Relatório de Contratualização de 2024, e no Plano de Desenvolvimento Organizacional 2025-2027. No que se refere a estes documentos, identificaram-se as principais fraquezas que têm, de forma sucessiva, sido assinaladas, na análise SWOT da instituição, entre 2022 e 2025. Foram, também, analisados os Relatórios de Avaliação da Satisfação dos profissionais da ULSG, entre os períodos de 2021 a 2024, inclusive, assim como os Relatórios de Avaliação da Satisfação dos Utentes da ULSG, no período compreendido entre os anos de 2017 e de 2024, inclusive.

## 4.4. Técnicas de análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi conduzida através de técnicas qualitativas, de forma manual e sistemática, garantindo a coerência com os objetivos e a pergunta de investigação.

No que concerne às entrevistas semiestruturadas que foram levadas a cabo, tornou-se necessário codificá-las. A este respeito, Bardin (1977, p. 103) afirma que "tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação (…) dos dados brutos do texto, transformação esta que (…) permite atingir uma representação do conteúdo". Segundo Holsti (1969) citado por Bardin (1977, pp. 103-104), "A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo."

Complementarmente, foi adotada a metodologia de análise temática, de Braun e Clarke (2006), adaptada, para análise das entrevistas, com um foco nas respostas dos participantes.

**Quadro 4 - Seis fases no processo de análise temática**

| Fase | Descrição | Pontos-chave |
|---|---|---|
| **1. Familiarização com os dados** | Investigador toma contacto profundo com os dados, lendo e relendo transcrições. | Base para codificação; essencial para compreender amplitude e profundidade do conteúdo. |
| **2. Geração de codificação inicial** | Identificação de segmentos significativos nos dados, criando códigos. | Todos os excertos relevantes devem ser codificados; excertos podem ser codificados múltiplas vezes. |
| **3. Identificação de temáticas** | Agrupamento de códigos em potenciais temas e subtemas. | Analisa-se como códigos se combinam; nenhuma eliminação nesta fase. |
| **4. Revisão e aperfeiçoamento de temas** | Verificação da coerência dos temas com os dados codificados e com o conjunto completo. | Ajustes ou reformulações possíveis; objetivo é ter um mapa temático claro e coerente. |
| **5. Definição e nomeação dos temas** | Identificação do significado essencial de cada tema; nomes concisos e representativos. | Evitar sobreposição de temas; temas devem estar claramente definidos. |
| **6. Produção do relatório final** | Análise final e redação, apresentando a história dos dados. | Integrar extratos de dados numa narrativa analítica; mostrar relação com a questão de investigação. |

**Fonte:** Elaboração própria a partir de Braun e Clarke (2006).

Não foi utilizado *software* específico de apoio à análise qualitativa, mas este processo manual, seguindo a metodologia descrita, assegura o rigor e a sistematização necessários, alinhando-se com boas práticas metodológicas descritas na literatura científica.

## 4.5. Ética e confidencialidade

A presente investigação foi concebida e conduzida respeitando integralmente os princípios éticos fundamentais aplicáveis à pesquisa em ciências sociais. Em particular, foram assegurados os princípios da autonomia, da beneficência, e da justiça, conforme preconizado nas orientações institucionais do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa e da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E..

Todos os participantes das entrevistas foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, o papel das suas respostas, os direitos que lhes assistem e as garantias de confidencialidade. Antes da realização das entrevistas, foi obtido o consentimento informado,

explícito e voluntário, através de uma declaração assinada pelos participantes, através do documento disponibilizado pelo ISCTE-IUL, garantindo que a sua participação seria totalmente voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências, tal como também está descrito na documentação preenchida e assinada, proveniente da Unidade de Investigação da ULS da Guarda, E.P.E., a fim de submeter ao Conselho de Ética o projeto de investigação, para avaliação e autorização da realização das entrevistas, a que se seguiu a aprovação por, unanimidade, por parte do Conselho de Administração da ULS da Guarda, E.P.E..

A confidencialidade foi rigorosamente preservada, garantindo que nenhum dado pessoal identificável fosse incluído na análise ou nos resultados apresentados. Os dados recolhidos (gravações, transcrições e notas) foram armazenados no computador pessoal do investigador, acessível apenas ao mesmo, e protegido por palavra-passe, ou PIN, ou impressão digital. Todos os resultados apresentados na dissertação respeitam a anonimização das fontes, assegurando que nenhuma informação permita a identificação individual dos participantes.

# 5. Análise dos dados

Este capítulo apresenta os principais resultados obtidos a partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no âmbito deste estudo.

## 5.1. Análise de conteúdo das entrevistas

Foram entrevistadas 17 pessoas, com funções relevantes na Unidade Local de Saúde da Guarda, quer dos CSP, quer dos CSH, bem como antigos membros do respetivo CA e antigos membros do Governo com a tutela da Saúde, a fim de se obter uma visão abrangente da realidade da ULS e do atual panorama do SNS.

A análise foi conduzida com base nos grandes temas definidos no guião de entrevista, organizando-se os dados em torno de cinco eixos principais, com um sexto eixo para resposta aberta, no guião para os profissionais de saúde da ULS da Guarda. No caso do guião para as entrevistas com os antigos responsáveis com a tutela da Saúde, a sexta dimensão prende-se com a questão da fixação de médicos no SNS, e em regiões periféricas, sendo que a sétima dimensão permite uma resposta aberta. Em anexo, encontram-se os quadros referentes a cada dimensão de análise, com excertos relevantes dos entrevistados, relativamente às questões abordadas, não, apenas, as previstas no guião, mas, também, os aspetos referidos no espaço de resposta aberta.

Em anexo, encontram-se, também, os guiões de entrevista geral, o dirigido às Coordenadoras das unidades de CSP e o dos antigos membros do Governo. As transcrições foram analisadas, com recurso à análise de conteúdo, procurando identificar regularidades, padrões e singularidades nos discursos. Em cada uma das secções seguintes são apresentados os resultados por categoria temática, ilustrados com excertos significativos das entrevistas.

### 5.1.1. Enquadramento e perceção geral do modelo de ULS

A ULS da Guarda foi uma das primeiras a ser criada, em 2008, depois da experiência inovadora de Matosinhos, em 1999. O modelo é visto, pela generalidade dos entrevistados, como vantajoso, não só para a região da Guarda, como para o país.

**Quadro 5 – Enquadramento e perceção geral do modelo de ULS**

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Objetivos e lógica da generalização do modelo de ULS, no contexto da reforma do SNS** | Integração como movimento estratégico do SNS | E1, E2, E3, E5, E6, E15, E16 e E17 |
| | Centralidade da pessoa | E6 |
| | Racionalidade organizacional e eficiência | E9, E13, E15 e E17 |
| **2. Capacidade de concretização da ULS da Guarda face aos princípios do modelo de ULS** | Defesa do modelo e propósito integrador | E1 |
| | ULS da Guarda como exemplo | E5 |
| | Mais-valia institucional (governação única) | E12 |
| | Cultura organizacional e motivação local | E8 |
| | Transição vivida internamente | E13 |
| | Lacunas de avaliação e aprendizagem institucional (Limitação) | E9 |
| | Integração clínica efetiva (Limitação) | E9 |
| | Articulação plena entre níveis/serviços (limitação) | E10 |
| | Colaboração e partilha interserviços (limitação) | E10 |
| | Motivações locais da criação (condicionantes) | E10 |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Papel do Ministério e ARS Centro no acompanhamento às unidades integradas na ULS da Guarda** | Proximidade institucional e governação multinível | E17 |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Crítica ao processo de implementação (ritmo e abordagem) | E16 e E17 |
| | Incentivo à inovação tecnológica | E16 |

**Fonte:** Elaboração própria.

Assim, de um modo geral, a perceção geral do modelo de ULS é positiva, realçando-se, no entanto, algumas vozes dissonantes em relação à efetividade da integração dos cuidados. A maioria dos entrevistados reconhece o modelo de ULS como inovador, promotor da integração vertical dos cuidados e na centralidade do utente, assim como da centralização eficiente dos recursos, com ganhos para utentes e profissionais. A proximidade com os municípios é vista como uma oportunidade para maior eficiência. Apesar do consenso quanto à sua importância, surgem críticas à ausência de avaliação prévia, à insuficiência da integração clínica efetiva entre os níveis de cuidados primários e hospitalares e à motivação financeira na implementação inicial. Em particular os ex-governantes reforçam a utilidade do modelo, mas criticam a ausência de experiências comparativas e a implementação abrupta.

### 5.1.2. Implementação da ULS da Guarda – desafios e processo

De seguida, os entrevistados foram questionados acerca dos desafios e processo da implementação do modelo de ULS na Guarda, bem como os fatores que possam ter facilitado ou dificultado este movimento de integração vertical de cuidados.

**Quadro 6 – Implementação da ULS da Guarda –** desafios e processo

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Implementação da ULS da Guarda** | Envolvimento direto no processo de implementação da ULSG | E4 |
| **2. Desafios encontrados durante a implementação do modelo** | Caminho percorrido | E1 |
| | Maiores dificuldades | E2 e E7 |
| **3. Fatores que facilitaram ou dificultaram a** | Articulação entre níveis de cuidados | E7 |
| | Reuniões conjuntas | E12 |

| | | |
|---|---|---|
| **integração dos diferentes níveis de cuidados** | (Facilitador) | |
| | Formação (Facilitador) | E12 |
| | Resistência à mudança (Dificuldade) | E5, E8, E10 e E17 |
| | Provisória separação da Direção Clínica (Dificuldade) | E12 |
| | Comunicação (Dificuldade) | E5 |
| | Inexistência de estratégia | E9 |
| | Separação entre níveis de cuidados | E12 |

**Fonte:** Elaboração própria

Em síntese, a implementação da ULS da Guarda revelou-se um processo marcado por resistências, desafios ao nível da comunicação, a ausência de um período de transição, apontando-se como desafio a extensa área geográfica do distrito, mas, também, por avanços significativos na aproximação entre níveis de cuidados, no reforço da articulação entre profissionais e na criação de novas unidades funcionais, resultando em benefícios reconhecidos para utentes e profissionais, ainda que a integração plena permaneça por concretizar.

### 5.1.3. Integração e funcionamento da ULS

Em terceiro lugar, aos participantes foram colocadas questões sobre a articulação entre os serviços de saúde, os mecanismos de coordenação implementados, assim como a sua perceção sobre a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

**Quadro 7 – Integração e funcionamento da ULS da Guarda, E.P.E.**

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Eficácia na articulação dos serviços de saúde** | Articulação eficaz | E1, E8 e E13 |
| | Articulação como consequência de melhor comunicação | E5 |
| | Articulação CSP-CSH | E11 |
| **2. Implementação de mecanismos de coordenação e integração** | Reuniões multidisciplinares | E8 e E9 |
| | Conselho Clínico em USF | E12 |
| | Manuais de articulação | E2 e E13 |

| | | |
|---|---|---|
| | Articulação entre níveis de cuidados | E7 |
| | Reuniões conjuntas (Facilitador) | E12 |
| | Formação (Facilitador) | E4 e E12 |
| | Gestão RH | E14 |
| **3. Melhoria na continuidade e qualidade dos cuidados prestados** | Qualidade e continuidade | Unanimidade dos entrevistados |
| **4. Categorias iniciais (para completo enquadramento)** | Criação de SLS | E2 |
| | Elevada área geográfica da ULSG e deficiência de transportes públicos | E11 |
| | Características da população servida pela ULSG (Ameaça) | E1 |
| | Fraca literacia em saúde (Ameaça) | E2 |
| | Lideranças | E2 |
| | Incremento da telemedicina | E11 |
| | Relação com autarquias locais | E11 e E12 |

**Fonte:** Elaboração própria

De forma global, a análise evidencia que a articulação entre CSP e CSH, na ULS da Guarda, é, hoje, considerada eficaz. Persistem, porém, limitações estruturais e operacionais, nomeadamente a carência de profissionais e a necessidade de reforço da comunicação e da coordenação interinstitucional. Destacam-se os contributos positivos dos mecanismos de integração já implementados, do papel das tecnologias de informação e da contratualização orientada por objetivos, que se refletem na melhoria da continuidade e da qualidade dos cuidados. Apesar dos progressos, subsistem desafios associados ao envelhecimento populacional, às dificuldades de acesso, à relação com as autarquias e à exigência de novas formas de organização, como o modelo de Sistema Local de Saúde, que se apresentam como caminhos potenciais para aprofundar a integração e a resposta às necessidades da população.

### 5.1.4. Impactos percebidos da implementação

Em quarto lugar, questionaram-se os entrevistados sobre os impactos percebidos nas dimensões da acessibilidade, da qualidade, e da eficiência dos cuidados, sobre alguns indicadores de desempenho e, finalmente, sobre a perceção dos profissionais e utentes da ULSG.

**Quadro 8 – Impactos percebidos da implementação**

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Impactos ao nível da acessibilidade, qualidade e eficiência dos cuidados** | Acessibilidade | E1 e E8 |
| | Eficiência | E8 |
| | Qualidade | E8 |
| | Nas três dimensões (de forma geral) | E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E12 e E14 |
| | Comunicação | E5 |
| **2. Alterações nos indicadores de desempenho (tempos de espera, satisfação dos utentes, utilização dos recursos)** | Indicadores de desempenho (geral) | E1 |
| | Satisfação dos utentes | E1, E2, E5, E6, E12, E13 e E14 |
| | Produção hospitalar | E9 |
| **3. Perceção dos profissionais e dos utentes relativamente à mudança. Mecanismos de monitorização da satisfação dos profissionais e utentes da ULSG.** | Avaliação dos profissionais | E11 |
| | USF vs. UCSP | E11 |
| | Necessidade de reajustamento dos questionários de satisfação | E13 |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Crítica à acessibilidade | E10 |
| | Crítica à acessibilidade nas UCSP | E11 |
| | Indicadores que pesam contra a ULSG | E7 |
| | Inexistência de mudanças estruturais | E10 |

**Fonte:** Elaboração própria.

De forma geral, os entrevistados reconhecem ganhos na prestação de cuidados, sobretudo na acessibilidade e na continuidade assistencial. A articulação entre CSP e CSH tornou mais fluida a referenciação de doentes e evitou, em alguns casos, a duplicação de procedimentos. Persistem problemas, como elevadas listas de espera e a integração ainda não atingiu todo o seu potencial. Em síntese, a ULSG apresenta ter melhorado a prestação de cuidados, assim como apresenta elevados níveis de satisfação, nos profissionais, e, sobretudo, nos utentes.

### 5.1.5. Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS

A quinta dimensão prende-se com a sustentabilidade do modelo de ULS, questionando-se os participantes no estudo acerca desta, dos riscos e ameaças que possam existir, assim como algumas recomendações para o aperfeiçoamento do modelo.

**Quadro 9 – Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS**

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Sustentabilidade do modelo a médio/longo prazo** | Sustentabilidade do modelo | E1, E5, E10, E15 e E16 |
| **2. Riscos ou ameaças para a sua continuidade e eficácia** | Modelo de financiamento do SNS e o subfinanciamento da ULS | E1, E5 e E16 |
| | Escassez de recursos humanos | E1 |
| | Colapso iminente do sistema | E1 |
| | Lideranças | E2 |
| | Maior grau de autonomia de unidades periféricas | E2 |
| | Resistência à mudança | E4 |
| | SAP's abertos | E7 |
| | Existência de uma população muito envelhecida | E3 e E8 |
| | Mercado médico | E9 |
| | Prestação de serviços (Ameaça mais relatada pelos entrevistados) | E5, E9, E10, E12, E15 e E16 |
| | Inexistência de gabinete de projetos | E13 |
| | Imagem da ULS | E13 |
| | Mudanças na DE-SNS | E14 |
| | "Cegueira ideológica" | E16 |
| **3. Recomendações para o aperfeiçoamento do modelo de ULS** | Continuidade do modelo | E1 |
| | Mudança nos indicadores | E1 |
| | Generalização do modelo de USF e CRI's | E1, E4 e E12 |

| | | |
|---|---|---|
| | Maior acompanhamento por parte da tutela | E2 e E14 |
| | Melhorias na avaliação | E2 e E12 |
| | Criação de SLS | E2 |
| | União dos profissionais | E2 |
| | Comunicação | E5 |
| | Mais médicos no quadro e abertura de vagas carenciadas | E6 |
| | Encerramento dos SAP's sem fluxo suficiente | E7 |
| | Aperfeiçoamento dos sistemas informáticos | E8 |
| | Melhoria da rede de transportes | E8 |
| | Retoma de reuniões multidisciplinares | E8 |
| | Consulta aberta | E8 |
| | Lideranças | E9 |
| | Fim da prestação de serviços | E10 |
| | Contratos com médicos internos | E10 |
| | Colaboração com o setor privado | E10 |
| | Análise e avaliação do modelo atual | E11 e E16 |
| | Reforço da DE-SNS | E14 |
| | Formação | E15 |
| | Aposta na transformação digital | E16 |
| | Investir em nichos de diferenciação | E16 |
| | Maior competência aos enfermeiros | E16 |
| | Importância de "nivelar sempre por cima" | E16 |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Necessidade de revisão do modelo do SNS | E1 e E5 |
| | Crítica à falta de responsabilização | E5 |
| | Inexistência efetiva do modelo | E9 |
| | Fraca possibilidade de implementação de modelos *new management* | E13 |
| | Necessidades da ULS da Guarda | E16 |

**Fonte:** Elaboração própria.

Em síntese, a sustentabilidade da ULS da Guarda é percecionada como viável, mas dependente de reformas estruturais, nomeadamente no financiamento do SNS e na mitigação

da carência de profissionais de saúde. Reconhecem-se ganhos organizacionais e benefícios para os utentes, mas subsistem riscos associados às listas de espera, à pressão demográfica e à fragilidade das lideranças. As principais recomendações convergem na aposta na formação das lideranças, na melhoria da comunicação e na maior integração entre níveis de cuidados, aproximando a prática do modelo teórico que inspira as ULS.

### 5.1.6. **Resposta aberta** (Guião geral e CSP)

A sexta dimensão do guião de entrevista é de resposta aberta, permitindo, quer ao entrevistado introduzir ou explorar um tema que tenha sido referido nos pontos anteriores, quer ao investigador introduzir algum aspeto que considere relevante abordar.

**Quadro 10 – Resposta aberta** (Guião geral)

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Resposta aberta** | Certificação de serviços | E1 |
| | Cautela na tomada de medidas estruturais | E4 |
| | Papel da Ordem dos Médicos | E4 |
| | Inadequação no encaminhamento para o Serviço de Urgência | E5 |
| | Serviço de Urgência visto como "abrigo" | E5 |
| | Discriminação positiva | E9 |
| | Ensino universitário e inovação | E12 |
| | Crítica ao SIADAP | E9 |
| | Fixação de profissionais | E12 |
| | Privatização do sistema | E12 |

**Fonte:** Elaboração própria.

Em síntese, as respostas abertas sublinham a necessidade de maior certificação de procedimentos, fortalecimento das lideranças e aposta no ensino e investigação como fatores de atratividade. Persistem, contudo, críticas à dependência de prestadores externos, ao subfinanciamento e ao papel social assumido pelas urgências, bem como divergências quanto à adequação de instrumentos de gestão. As propostas convergem, assim, na defesa de reformas incrementais, orientadas para a sustentabilidade organizacional e para a fixação de profissionais.

### 5.1.7. Falta de recursos humanos (Guião dos antigos membros do Governo)

Na sequência da informação recolhida pelos elementos da ULSG, ou dos que tenham desempenhado funções na instituição, foi criado um guião próprio para os antigos membros do Governo, incluindo-se uma dimensão sobre a escassez de recursos humanos, sobretudo médicos.

**Quadro 11 – Falta de recursos humanos** (Guião dos antigos membros do Governo)

| Categoria | Subcategoria | Entrevistados |
|---|---|---|
| **1. Fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, no SNS** | Condições da classe médica | E15, E16 e E17 |
| | Escassez de médicos, a nível nacional e em regiões como a da Guarda | E16 |
| **2. Fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, em regiões periféricas, como a Guarda** | Falta de oferta cultural e desportiva na região | E15 e E17 |
| | Papel dos municípios | E15 |
| | Atração para regiões periféricas | E15 e E16 |
| | Proximidade a uma grande ULS e muito diferenciada (Coimbra) | E16 |
| **3. Obrigatoriedade de os médicos permanecerem um determinado número de anos no SNS** | Inconstitucionalidade da medida | E16 |
| | Tipo de relação de trabalho com o SNS | E16 |
| | "Solução rápida" | E17 |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Introdução de componente não técnica na seleção para os cursos médicos | E15 e E17 |
| | Introdução de componente não técnica na formação médica | E15 |
| | DE-SNS | E15, E16 e E17 |
| | Ministério da Saúde | E15 |
| | Possibilidade de algumas ULS's passarem a PPP | E16 |
| | Consulta aberta | E15 |
| | Conhecimento da população servida | E15 |
| | Menor dependência de mão de obra humana | E16 |
| | Finitude dos recursos | E16 |
| | Reforma do SNS | E16 |

**Fonte:** Elaboração própria.

Em síntese, os ex-membros do Governo reconhecem que a principal fragilidade da ULS da Guarda reside na escassez e má distribuição dos recursos humanos, sobretudo médicos. As soluções apontadas passam por medidas de incentivo e valorização da carreira, maior racionalização na afetação dos profissionais entre regiões, reforço das condições de trabalho e limitação da dependência de prestadores de serviços, considerados insustentáveis. Sublinha-se, assim, que a resolução deste problema exige não apenas incentivos pontuais, mas sobretudo reformas estruturais na organização e gestão dos recursos humanos no SNS.

## 5.2. Resultados da análise documental

Inicialmente, foram analisados os Planos de Atividades e Orçamento para os anos de 2022 e de 2023, o Relatório de Contratualização para 2024 e o Plano de Desenvolvimento Organizacional 2025-2027. No que concerne a estes documentos, é de realçar que, nas sucessivas análises SWOT efetuadas, entre outras fraquezas que, sucessivamente, são assinaladas, destacam-se a falta de sustentabilidade económico-financeira, a permanente carência de recursos humanos ao nível assistencial, a elevada e crescente dependência de prestadores externos, também relativamente ao processo assistencial, a falta de maturidade na relação entre CSP e CSH, bem como a permanente resistência à mudança. Entre tantos outros aspetos referidos como fraquezas, estes são os que mais se destacam. Importa, também, mencionar que, de um modo geral, entre 2020 e 2025, as fraquezas se mantêm inalteradas, algo que deverá ser tido em conta pelo Conselho de Administração, uma vez que, numa análise SWOT, as fraquezas correspondem a aspetos internos, embora, algumas delas dependam, também, de políticas centrais (Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão [SEPAG], 2022), (SEPAG, 2023), (SEPAG, 2024) e (SEPAG, 2025).

Foram, também, analisados os Relatórios de Avaliação da Satisfação dos profissionais da ULSG, entre os períodos de 2021 a 2024, inclusive. A participação dos mesmos aumentou, entre 2021 e 2022, decresceu em 2023, e voltou a aumentar em 2024. De forma global, as avaliações da satisfação dos profissionais da ULSG situaram-se, entre 2021 e 2024, sobretudo nos níveis "Regular" e "Bom", numa escala de *Likert*, de cinco níveis, com as opções "Mau", "Regular", "Bom", "Muito Bom", e "Excelente". As dimensões mais críticas mantiveram-se estáveis ao longo dos anos, a saber, o vencimento, a dotação de recursos humanos, os equipamentos/instalações, a comunicação interna, tanto entre equipas, na organização e nos serviços, como com os órgãos de direção. Em contrapartida, registaram-se apreciações mais positivas no trabalho em equipa, no orgulho na profissão e na perceção da formação como adequada às funções desempenhadas. As sugestões abertas repetem este padrão, apontando,

sistematicamente, a necessidade de mais formação, o reforço de recursos humanos, a melhoria da comunicação e o maior investimento em infraestruturas e equipamentos [Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco (UGQR, 2022), (UGQR), 2023), (UGQR), 2024) e (UGQR, 2025).

No que se refere à satisfação dos utentes, foram analisados os Relatórios de Avaliação da Satisfação dos Utentes da ULSG, no período compreendido entre os anos de 2017 e de 2024, inclusive. Em primeiro lugar, considera-se importante referir que, no período de análise, a dimensão da amostra cresceu de 591 para 2746 participantes, no primeiro e último anos, respetivamente, com uma quebra em 2020, cuja recuperação se iniciou em 2021, evidenciando, de um modo geral, um claro alargamento da aplicação dos questionários de avaliação da satisfação, baseados numa metodologia adotada pela ACSS. Os questionários são constituídos por diversas variáveis, agrupadas por dimensões, avaliadas através de uma escala de *Likert* de 5 níveis, desde "Nada Satisfeito", "Pouco Satisfeito", "Satisfeito", "Muito Satisfeito" e "Totalmente Satisfeito". Entre 2017 e 2019, o nível global de satisfação dos utentes da ULSG era de nível 3, ou seja, "Satisfeito", com um conjunto de aspetos negativos que é comum aos vários anos deste período. São comuns a necessidade de melhoria do atendimento médico, sobre os sintomas, a doença, o tratamento, a medicação prescrita e os resultados dos exames realizados, a melhoria do tipo de resposta às reclamações, bem como a sua verificação e eficácia, a melhoria do atendimento por parte dos assistentes operacionais, assim como a qualidade e quantidade das refeições servidas (UGQR, 2018), (UGQR, 2019) e (UGQR), 2020). Entre o período de 2020 a 2024, a satisfação global passou para o nível 5, isto é, de "Muito satisfeito", com a maioria dos inquiridos a avaliar desta forma a ULSG, com percentagens que variam, neste período os 40,4% e os 53,1% dos respondentes. Ainda assim, o atendimento médico e o aspeto das refeições continuaram a não satisfazer as necessidades, tendo melhorado a partir de 2021. Ao nível dos CSP, são de destacar o "não envolvimento nas decisões sobre os cuidados a ter com a saúde", a insatisfação com o atendimento telefónico, e com o atendimento médico após a hora agendada, aspeto, porém, que registou uma melhoria em 2021 (UGQR, 2021), (UGQR, 2022), (UGQR, 2023), (UGQR, 2024) e (UGQR, 2025).

Em suma, a visão global é de satisfação geral dos utentes, com uma ligeira tendência de melhoria na redução dos insatisfeitos (UGQR, 2025).

# 6. Discussão dos Resultados

Efetuada a apresentação dos resultados das entrevistas realizadas, assim como da análise documental, importa, agora, olhar para os mesmos e efetuar uma reflexão crítica, tendo em consideração os aspetos teóricos mais relevantes apresentados na presente dissertação, de forma a verificar a confirmação ou não das proposições enunciadas.

Como afirma Nunes (2024, p.3), "O principal objetivo do sistema de saúde é garantir o bem-estar das pessoas que serve", porque este objetivo só é alcançável através de uma gestão eficaz dos vários níveis de cuidados e da coordenação da rede de saúde, que envolve todos os intervenientes na prestação dos serviços de saúde, com o objetivo de alcançar uma integração de cuidados, priorizando-se a prestação dos mesmos, através do modelo de ULS, que visa consolidar os serviços de saúde e aproximá-los da população em todo o território nacional, para que esta tenha acesso a serviços de saúde alinhados com as suas necessidades específicas.

Relativamente à proposição 1, que incide na reforma do SNS e na generalização do modelo de ULS, os dados recolhidos nas entrevistas evidenciam que este movimento é positivo. De forma geral, os entrevistados mostraram-se favoráveis à generalização do modelo, mas alerta-se para as diferenças evidentes entre a ULS de Matosinhos, enquanto pioneira, neste modelo, e a ULS da Guarda, assim como as restantes ULS's, dadas as especificidades de cada região e da população que cada uma delas serve. As divergências incidem, sobretudo, no grau em que a integração foi alcançada, mas, globalmente, persiste a ideia de que o modelo é importante e resultou em melhorias significativas, realçando-se a necessidade da generalização, dentro da ULSG, do modelo de USF, no que respeita aos CSP. Quanto à capacidade de afirmação da ULS da Guarda, tendo em consideração os princípios teóricos, importa referir que esta serviu de modelo a ULS's mais recentes, que a procuram, no sentido de aprenderem com a sua experiência de dezassete anos. De acordo com Goiana-da-Silva et al. (2024), a literatura carece de relatos de integração vertical tão alargada, como sucedeu com a reforma de 2024, pelo que a generalização carece de avaliação de salvaguarda das especificidades, apesar de as experiências parciais revelam efeitos positivos. Para Drucker (2009), qualquer organização precisa de alterar a sua estrutura básica, caso o seu tamanho se altere de forma significativa, e ultrapasse os 40 ou 50 anos de existência, o que sucede com o SNS. Contudo, a experiência de dois antigos membros do Governo entrevistados leva a questionar se a reforma foi bem efetuada e se seria o mais correto generalizar o mesmo modelo a todas as unidades de saúde, em simultâneo, inclusivamente às mais diferenciadas. Assim, podemos considerar que P1 é parcialmente confirmada.

Na proposição 2, afirma-se que processo de implementação da ULS da Guarda foi marcado por resistências e constrangimentos, mitigados por fatores facilitadores que permitiram a consolidação progressiva do modelo. No decurso do processo de implementação do modelo de ULS, na Guarda, registaram-se, de facto, algumas dificuldades, como a inexistência de um período de transição, a elevada área geográfica da ULSG, o envelhecimento populacional e a resistência à mudança, referida por diversos entrevistados. No que se refere a este último aspeto, Goiana-da-Silva et al. (2024) e Nunes (2024) enfatizam a participação, não só dos cidadãos, mas, também, dos profissionais de saúde na definição, monitorização e avaliação das políticas de Saúde. Para além destes, também Torfing et al. (2020) contrapõem o papel dos funcionários, nos modelos burocrático clássico e na NGP, apresentando uma proposta pós-gestionária de cocriação, que convida os vários atores a participarem ativamente nos processos. Apesar destas dificuldades, a necessidade de aproximação e articulação entre os CSP e os CSH, a realização de reuniões conjuntas, a aposta clara na formação e a vontade clara de construção de um novo modelo para os cuidados de saúde na região da Guarda, anterior à própria imposição governamental, funcionaram como fatores que permitiram a construção de uma ULS que, como foi referido anteriormente, tem servido, em alguns aspetos, de referência para outras instituições do país. Pelo exposto, P2 é confirmada.

A proposição 3 pressupõe que o estabelecimento de mecanismos de coordenação e continuidade assistencial, variáveis críticas nos cuidados integrados (Kodner & Spreeuwenberg, 2002), favoreceu a articulação entre CSP e CSH, na ULS da Guarda, apesar da subsistência de limitações que condicionam a integração plena dos cuidados de saúde. Assim, como mecanismos adotados destacam-se a realização de reuniões multidisciplinares, entretanto interrompidas, segundo alguns clínicos, a existência de manuais de articulação e a formação que, entre outras vantagens, dá aos profissionais da ULSG o *know-how* sobre como fazer a referenciação ascendente e descendente, no campo clínico, mas, também, lhe permite a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos de áreas importantes no seu trabalho diário, como é a área da informática. A existência destes mecanismos corrobora o que afirma a ERS (2015), ao apresentar o modelo de ULS como tendo como um dos objetivos a interligação dos diferentes níveis de cuidados de saúde, bem como Lloyd e Wait (2006), que consideram que a integração dos cuidados de saúde se tornou uma componente essencial das reformas da Saúde em toda a Europa, devendo estes sistemas oferecer cuidados centrados na pessoa e conduzir a uma melhor eficiência, através da melhor coordenação dos cuidados. Rodriguez et al. (2016) destacam que o recurso a tecnologias de informação pode facilitar a coordenação dos cuidados. Machta et al. (2019) argumentam que a qualidade de sistemas integrados verticalmente pode

ser conseguida através de uma melhor coordenação, devido ao uso de tecnologias de informação em saúde e à melhoria da documentação dos processos. De facto, foram implementados mecanismos de coordenação e de integração, mas subsistem limitações que ameaçam e condicionam a plena integração de cuidados, como as características da população servida, a fraca literacia em saúde, não só da população, mas, também, da parte dos executivos locais, e a acentuada carência de recursos humanos, sobretudo médicos. Desta forma, P3 encontra confirmação empírica.

A proposição 4 remete para a implementação da ULS da Guarda, tendo-se verificado uma tradução em ganhos de acessibilidade, eficiência e qualidade, o que corrobora o descrito por Goiana-da-Silva et al. (2024), ao afirmarem que experiências parciais revelam ganhos na eficiência, na eficácia, e nos resultados em saúde da população, e o defendido, também, por Gröne e Garcia-Barbero (2001), que afirmam que a integração é um meio para melhorar os serviços no que respeita ao acesso, à qualidade, à satisfação dos utentes e à eficiência. Relativamente à satisfação, Kodner e Spreeuwenberg (2002) afirmam que alguns dos objetivos da integração passam, justamente, pela satisfação dos utentes e pela eficiência do sistema. As dimensões citadas na proposição são verificadas empiricamente. A maioria dos entrevistados reconhece que houve ganhos nas três. É abordada a importância da utilização das TIC, da inteligência artificial e do *big data*, na área da Saúde, em linha com Laugesen e France (2014), que afirmam que a implementação de sistemas de informação e de gestão facilita a comunicação, e a partilha de dados entre diferentes níveis de cuidados, aproveitando-se as vantagens da digitalização dos processos de saúde e da interoperabilidade dos sistemas de informação, o que, segundo Rodriguez et al. (2016), contribui para ganhos de eficiência, uma vez que que práticas pertencentes a sistemas integrados tendem a adotar com maior intensidade processos de gestão de cuidados e tecnologias de informação, o que pode facilitar a coordenação dos cuidados. No que concerne aos indicadores de desempenho, como a satisfação dos utentes, entre outros que, não tendo sido respondidos, apesar de constarem do guião, foram acrescentados outros pelos entrevistados, como a produção hospitalar e a comunicação, tendo-se registado melhorias. Aliás, a análise documental revela que a satisfação dos utentes, entre o período de 2020 a 2024, atingiu o nível 5, isto é, de "Muito satisfeito". Os principais focos de insatisfação, nos CSH, residem no atendimento médico e nas refeições, e, nos CSP, na falta de envolvimento do doente nas decisões sobre a sua saúde e no atendimento telefónico. Em suma, a visão global é de satisfação geral dos utentes, com uma ligeira tendência de melhoria na redução dos insatisfeitos (UGQR, 2025). Por fim, a análise documental revela que a satisfação dos profissionais, de forma global, entre 2021 e 2024, se situam nos níveis "Regular" e "Bom",

numa escala de *Likert*, de cinco níveis, sendo que as dimensões mais críticas mantiveram-se estáveis ao longo dos anos, destacando-se o vencimento, a dotação de recursos humanos, a comunicação interna, e com os órgãos de direção. Pelo exposto, P4 é confirmada parcialmente.

A proposição 5 remete para a sustentabilidade da ULS da Guarda. Este aspeto é considerado uma realidade por um conjunto considerável de entrevistados. No entanto, a proposição não se fica pela mera sustentabilidade do modelo, vai mais além. Esta sustentabilidade depende da capacidade de a ULSG enfrentar riscos associados à escassez de recursos, às especificidades demográficas da região, e às exigências de contratualização, sendo imprescindível a adaptação contínua do modelo, para garantir a sua eficácia e a sua relevância a médio e a longo prazo. Quando se introduzem estes aspetos, também se verifica um alinhamento com as respostas dos participantes. O risco da escassez de recursos humanos, sobretudo médicos, é confirmado pelos entrevistados, introduzindo-se, aqui, uma das principais ameaças à sustentabilidade da ULSG e do próprio SNS, a saber, a figura da prestação de serviços. Mas a preocupação com os recursos não passa, apenas, pela falta de RH. É introduzida a questão do modelo de financiamento do SNS e das próprias ULS's. No caso da ULSG, considera-se que esta é subfinanciada, mas, no que concerne ao modelo de financiamento do SNS, alerta-se para a necessidade da sua revisão urgente, dado o galopante crescimento da despesa em Saúde, sendo que é referido o iminente colapso do sistema. Para além disto, as especificidades demográficas da região colocam uma grande pressão sobre a ULSG, uma vez que esta serve uma população envelhecida e com comorbilidades associadas, o que faz dela uma população consumidora de muitos recursos e cada vez mais especializados. Tudo isto está em linha com o que Kodner e Spreeuwenberg (2002) referem. O lado económico da integração, num sistema como o português, acarreta custos muito avultados para o Estado, defendendo que os decisores políticos depositam uma grande esperança na integração dos cuidados de saúde, no que respeita à capacidade de poupar dinheiro ou de, pelo menos, garantir que os recursos de saúde são utilizados da forma mais sustentável. Em síntese, os entrevistados reconhecem a sustentabilidade do modelo, e estão cientes de que essa sustentabilidade tem sido colocada em causa por ameaças como a escassez de recursos humanos e financeiros, no caso da ULSG, que é considerada subfinanciada, apesar do ritmo de crescimento geral da despesa com o SNS, com as características da população por ela servida, assim como por um vasto conjunto de riscos que ameaçam a sustentabilidade da ULSG, como a prestação de serviços, a falta de lideranças bem preparadas, ou a falta de responsabilização das ULS's, e a necessidade de racionalização da despesa, corroborando o que afirmam Hood (1991), que defende uma maior disciplina na utilização dos recursos, pela necessidade de fazer mais com menos, e Correia (2011). Pelo exposto, P5 é confirmada.

Em face do exposto, confrontando as conclusões com as proposições de investigação, poderemos concluir o seguinte:

**Quadro 12 – Validação das proposições de investigação**

| Proposição | Confirmação pelos resultados | Justificação |
|---|---|---|
| P1: A reforma do SNS, com a generalização do modelo de ULS trouxe benefícios ao SNS, e a ULS da Guarda constitui um exemplo nacional. | Parcialmente confirmada | O modelo é visto como inovador e vantajoso, com ganhos em integração, mas a implementação e generalização careceram de avaliação prévia e salvaguarda da adaptação a especificidades. |
| **P2:** O processo de implementação da ULS da Guarda foi marcado por resistências e constrangimentos, mitigados por fatores facilitadores que permitiram a consolidação progressiva do modelo. | Confirmada | Foram identificados desafios de comunicação, resistência à mudança e dificuldades geográficas, mas houve vontade comum de mudança, autonomia e valorização da formação. |
| **P3:** A articulação entre CSP e CSH favoreceu mecanismos de coordenação e continuidade assistencial, mas subsistem limitações. | Confirmada | Há reconhecimento de avanços na articulação, mas persistem dificuldades de comunicação, falta de integração clínica plena e elevada carência de profissionais. |
| **P4:** A implementação da ULS da Guarda traduziu-se em ganhos de acessibilidade, eficiência e qualidade, diferenciados segundo os indicadores utilizados e a perceção de profissionais e utentes. | Parcialmente confirmada | A maioria reconhece ganhos qualitativos nestas dimensões, embora os impactos mensuráveis não sejam evidentes e persistam diferenças entre unidades e críticas aos indicadores. |
| **P5:** A sustentabilidade da ULS da Guarda depende da capacidade de enfrentar riscos associados à escassez de recursos, demografia e contratualização; exige adaptação contínua. | Confirmada | A sustentabilidade depende de fatores estruturais e é ameaçada por subfinanciamento, envelhecimento e falta de recursos humanos, exigindo reformas e adaptação territorial. |

**Fonte:** Elaboração própria

# 7. Conclusão

O Serviço Nacional de Saúde enfrentou, em 2024, a mais profunda reforma desde a sua criação, em 1979. Assim, pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, foi generalizado a todo o continente, à exceção dos três IPO's e do Hospital de Cascais, o modelo de Unidade Local de Saúde, pela integração vertical dos cuidados de saúde da mesma região, numa mesma organização. No caso da Guarda, a ULS existe desde 2008, após a experiência inovadora de Matosinhos, em 1999. A presente dissertação teve como objetivo avaliar, através de entrevistas a *stakeholders* importantes da ULSG e de antigos governantes, bem como de análise de documentos relevantes, a implementação do modelo no distrito da Guarda. Apresentam-se, de seguida, as principais conclusões do estudo, as limitações identificadas, e formulam-se algumas questões para investigação futura.

## 7.1. Principais conclusões

**Quadro 13 – Principais conclusões**

| Dimensão | Conclusões |
|---|---|
| **Perceção geral sobre o modelo de ULS** | Integração vertical dos cuidados; |
| | Foco na continuidade do percurso assistencial e centralidade do utente; |
| | Modelo mais eficaz e evoluído, mas generalização com reservas; |
| | Implementação percebida como top-down, com baixo envolvimento das partes. |
| **Desafios na implementação da ULS da Guarda** | Implementação abrupta, sem período de transição, nem estratégia de comunicação; |
| | Resistências culturais e constrangimentos geográficos; |
| | Aproximação entre CSP e CSH e criação de condições estruturais; |
| | Vontade local de construir novo modelo (ULS), servindo de referência para outras instituições. |
| **Integração e funcionamento da ULS da Guarda** | Articulação eficaz entre níveis de cuidados, com margem para melhoria; |
| | Carência de médicos dificulta a coordenação entre CSP e CSH; |
| | Características demográficas aumentam pressão sobre os recursos; |

| | |
|---|---|
| | Necessidade de Sistema Local de Saúde e fortalecimento da telemedicina. |
| **Impactos percebidos da implementação** | Ganhos em acessibilidade, eficiência e qualidade; |
| | Satisfação positiva de profissionais e utentes, com destaque para os utentes; |
| | Articulação CSH-CSP mais fluida, reduzindo a duplicação de procedimentos. |
| **Sustentabilidade do modelo** | Sustentável a médio/longo prazo; |
| | **Riscos:**<br>-Modelo de financiamento do SNS;<br>-Escassez de médicos; |
| | **Ameaça:**<br>-Manutenção da figura de prestador de serviços; |
| | **Recomendações:**<br>-Expansão de USF's e CRI's;<br>-Melhoria da comunicação;<br>-Sistemas informáticos;<br>-Formação de lideranças. |
| **Questões emergentes e recomendações** | Certificação de mais serviços e redução do encaminhamento devido para o Serviço de Urgência; |
| | Apoio a pessoas em situação de solidão ou carência alimentar; |
| | Melhoria das condições de trabalho e atração de médicos para regiões periféricas; |
| | Definição clara do vínculo dos médicos com o serviço público; |
| | Inclusão de competências não técnicas (*soft skills*) na formação médica e na seleção para os cursos médicos; |
| | Crítica à Direção Executiva do SNS, com sugestão de criação de instituto central de administração do sistema de saúde e revisão do nível regional. |

**Fonte:** Elaboração própria

## 7.2. Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Destaca-se a ausência de respostas de atores-chave, quer internos da ULS da Guarda, como dois membros do Conselho de Administração e dois Diretores de Serviço contactados, quer *stakeholders*

estruturantes do sistema, como a atual Ministra da Saúde, os Secretários de Estado da Saúde e da Gestão da Saúde, ou algum membro dos seus Gabinetes, bem como do Diretor Executivo so SNS, ou outro membro da DE-SNS, assim como do Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Para além destas, referem-se o possível viés de resposta dos participantes, a subjetividade ma interpretação dos dados, pelo investigador, a influência da memória e de perceções individuais dos entrevistados. Relatam-se, também, a limitação temporal das respostas, e a dimensão da amostra, que pode não captar toda a diversidade de experiências e perspetivas existentes. Por fim, importa referir que a análise centrou-se num único caso, o que, embora permita uma compreensão aprofundada, limita a generalização dos resultados a outras realidades do SNS, dadas as especificidades de cada região e da população servida por cada ULS.

## 7.3. Questões para investigação futura

Face às conclusões a que foi possível chegar, e às limitações identificadas, abrem-se várias linhas para investigação futura. Considera-se relevante analisar comparativamente diferentes ULS's, de modo a identificar fatores diferenciadores de sucesso e constrangimentos comuns, como foi sugerido, inclusivamente, por um dos entrevistados. Importa, igualmente, aprofundar a avaliação do modelo, através da análise de indicadores de acessibilidade, qualidade, eficiência e sustentabilidade financeira. Sugere-se, também, a investigação sobre o impacto da generalização do modelo de ULS no SNS, quer em termos organizacionais, quer no percurso assistencial dos utentes. Por último, coloca-se a necessidade de estudar a articulação entre o modelo de ULS e a governança multinível do sistema de saúde, nomeadamente a eventual necessidade de restaurar um nível intermédio, isto é, regional, de coordenação, que não tem de ser organizacional, mas funcional, assim como o papel da Direção Executiva do SNS.

Em síntese, a presente dissertação constitui um exercício de avaliação, com base em entrevistas a *stakeholders* relevantes da ULS e antigos governantes, da implementação no modelo de ULS, generalizado em 2024, e, em particular, da ULS da Guarda, constituída em 2008. Analisaram-se os principais desafios, o estado atual da integração de cuidados, os resultados da implementação do modelo e avaliou-se a sustentabilidade do mesmo. A formulação de políticas públicas deve, sempre, ser conduzida pela evidências resultantes da investigação e da empiria, e a sua avaliação deve constituir-se como etapa indispensável no ciclo das políticas. Espera-se, por isso, que o presente estudo possa contribuir para alavancar um estudo mais aprofundado sobre a ULS da Guarda, e que conduza à reflexão sobre a efetividade do modelo e do caminho que o país quer para o Serviço Nacional de Saúde, aquele

que deve assegurar a todos, sem exceção, cuidados de saúde dignos, expressão prática daquele que é, sem dúvida, um dos mais importantes direitos constitucionalmente consagrados: a Saúde.

# Referências Bibliográficas


Alonso, J. M., Clifton, J., & Díaz-Fuentes, D. (2015). The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, *119*(3), 333–340. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.001

Amado, G. C., Ferreira, D. C., & Nunes, A. M. (2022). Vertical integration in healthcare: What does literature say about improvements on quality, access, efficiency, and costs containment? *The International Journal of Health Planning and Management*, *37*(3), 1252–1298. https://doi.org/10.1002/hpm.3407

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: State of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, *9*(2). https://doi.org/10.5334/ijic.316

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). Edições 70. https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf

Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C., & Bankauskaite, V. (2004). *Health care systems in transition: Portugal*. *6*(1). https://iris.who.int/handle/10665/107564

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Brown, M., & McCool, B. P. (1986). Vertical integration: Exploration of a popular strategic concept: *Health Care Management Review*, *11*(4), 7–19. https://doi.org/10.1097/00004010-198601140-00002

Carvalho, M. T. G. (2006). *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal* [doctoralThesis, Universidade de Aveiro]. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf

Cichon, M., & Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck: Options for health care financing in Central and Eastern Europe. *World Health Forum*, *15*(4), 323–328.

Constituição da Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial da Saúde (1946). https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

Constituição da República Portuguesa, Assembleia da República, Diário da República, n.º 155 – I Série—A, de 12 de agosto de 2005 (2005). https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf

Correia, T. (2011). New Public Management in the Portuguese health sector: A comprehensive reading. *Sociologia On Line - Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, *2*. https://revista.aps.pt/wp-content/uploads/2018/02/N2_art-24_Tiago-Correia_visto.pdf

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3.ª). SAGE Publications.

Cruz, J. R. M. da, Rodríguez-Escanciano, S., Casares, A. B., & Pimentel, M. H. (2022). Unidade local de saúde: Um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI Série*(Nº 1). https://doi.org/10.12707/RV21061

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, 150, Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República 5 (2022). https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 215, Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República 4 (2023). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278

Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, 171, Ministério da Saúde, Diário da República 6225 (2008). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/183-2008-453991

Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, 133, Ministério da Saúde, Diário da República (1999). https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/06/133a00/32583265.pdf

Denhardt, R., & Denhardt, J. (2000). The New Public Service: Serving Rather Than Steering. *Public Administration Review*, *60*, 549–559. https://doi.org/10.1111/0033-3352.00117

Denhardt, R., & Denhardt, J. (2007). *The New Public Service: Serving, Not Steering* (Expanded Edition). M.E.Sharpe. https://books.ms/main/F2C6BB8150ECB1FCF207673AFC65C9DE

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Giardina, M. D., & Cannella, G. S. (Eds.). (2024). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (6.ª). SAGE Publications. https://books.ms/main/6CFD4A3CF6B70A633DBEDAF5D5EDEFB8

Drucker, P. F. (2009). *Managing in a Time of Great Change*. Harvard Business Press. https://books.ms/main/AD9258CBCEDCC194D0E9FD9BDCBF8BE1

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

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

Ferreira, D., & Marques, R. C. (2015). Did the corporatization of Portuguese hospitals significantly change their productivity? *The European Journal of Health Economics*, *16*(3), 289–303. https://doi.org/10.1007/s10198-014-0574-8

Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research* (5.ª). SAGE Publications. https://books.ms/main/AA70431B56BCF16D78DEDAACD348A331

Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration*, *38*(4), 467–489.

Goiana-da-Silva, F., Sá, J., Cabral, M., Guedes, R., Vasconcelos, R., Sarmento, J., Morais Nunes, A., Moreira, R., Miraldo, M., Ashrafian, H., Darzi, A., & Araújo, F. (2024). The Portuguese NHS 2024 reform: Transformation through vertical integration. *Frontiers in Public Health*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1389057

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, *1*(1), e21. https://doi.org/10.1016/S1096-4959(03)00375-0

Haddad, D. N., Resnick, M. J., & Nikpay, S. S. (2020). Does Vertical Integration Improve Access to Surgical Care for Medicaid Beneficiaries? *Journal of the American College of Surgeons*, *230*(1), 130. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.09.016

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, *69*(1), 3–19. https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x

Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., & Hill, M. (2007). *Public Policy Analysis* (1.ª). The Policy Press.

Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, *13 Spec No*, 6–15. https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091

Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, *2*(4). https://doi.org/10.5334/ijic.67

Laugesen, M. J., & France, G. (2014). Integration: The firm and the health care sector. *Health Economics, Policy and Law*, *9*(3), 295–312. https://doi.org/10.1017/S1744133114000139

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, 214, Assembleia da República, Diário da República 2357 (1979). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, 169, Assembleia da República, Diário da República 55 (2019). https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf

Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*.

Leutz, W. N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, *77*(1), 77–110, iv–v. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125

Lloyd, J., & Wait, S. (2006). *Integrated care: A guide for policymakers.* https://www.semanticscholar.org/paper/Integrated-care%3A-a-guide-for-policymakers.-Lloyd-Wait/a2735db9e0e3a05b899e2b5f7ee6df32ad957eb0

Machta, R. M., Maurer, K. A., Jones, D. J., Furukawa, M. F., & Rich, E. C. (2019). A systematic review of vertical integration and quality of care, efficiency, and patient-centered outcomes.

*Health Care Management Review*, *44*(2), 159–173. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000197

Mayston, D. J. (1999). The Private Finance Initiative in the National Health Service: An Unhealthy Development in New Public Management? *Financial Accountability & Management*, *15*(3–4), 249–274. https://doi.org/10.1111/1468-0408.00084

Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? *World Health Organization. Regional Office for Europe*, *11*. https://iris.who.int/handle/10665/332002

Nunes, A. (2024). Vertical Integration in Healthcare and Patient Satisfaction: An Exploratory Analysis of Portuguese Reforms. *Sustainability*, *16*(3), Artigo 3. https://doi.org/10.3390/su16031078

Pimenta, C. (2024). Nova Gestão Pública e Novo Serviço Público: Uma Análise Comparativa. *Revista Portuguesa de Gestão Contemporânea*, *5*(01), Artigo 01.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform* (4.ª). Oxford University Press.

Powell, W. (1990). Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization. *Research in Organizational Behaviour*, *12*, 295–336.

Ramsay, A., Fulop, N., & Edwards, N. (2009). The Evidence Base for Vertical Integration in Health Care. *Journal of Integrated Care*, *17*(2), 3–12. https://doi.org/10.1108/14769018200900009

Rodriguez, H. P., McClellan, S. R., Bibi, S., Casalino, L. P., Ramsay, P. P., & Shortell, S. M. (2016). Increased Use of Care Management Processes and Expanded Health Information Technology Functions by Practice Ownership and Medicaid Revenue. *Medical Care Research and Review*, *73*(3), 308–328. https://doi.org/10.1177/1077558715613233

Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: Aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *7*, 29–56.

Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão [SEPAG]. (2022). *Plano de Atividades e Orçamento 2022*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão [SEPAG]. (2023). *Plano de Atividades e Orçamento 2023*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão [SEPAG]. (2024). *Contratualização 2024*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão [SEPAG]. (2025). *Plano de Desenvolvimento Organizacional 2025-2027*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS Research Report*. https://www.semanticscholar.org/paper/What-is-

integrated-care-An-overview-of-integrated-Shaw-Rosen/78e6dbbea14252400eef836aef4429b42e9056dd

Simonet, D. (2011). The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective. *International Journal of Public Administration*, *34*(12), 815–826. https://doi.org/10.1080/01900692.2011.603401

Stake, R. E. (2024). Qualitative Case Studies. Em *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (6.ª, pp. 121–142). SAGE Publications.

Torfing, J., Andersen, L. B., Greve, C., & Klausen, K. K. (2020). *Public Governance Paradigms—Competing and Co-Existing* (1.ª). Edward Elgar Publishing.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2018). *Avaliação da Satisfação dos Utentes na ULS da Guarda, E.P.E. - Ano de 2017*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2019). *Avaliação da Satisfação dos Utentes da ULS da Guarda, E.P.E. - Ano de 2018*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2020). *Avaliação da Satisfação dos Utentes da ULS da Guarda, E.P.E. - Ano de 2019*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2021). *Avaliação da Satisfação dos Utentes da ULS da Guarda, E.P.E. - Ano de 2020*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2022a). *Avaliação da Satisfação dos Profissionais da ULSG - Ano de 2021*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2022b). *Relatório de Avaliação da Satisfação dos Utentes da ULS da Guarda, E.P.E. - Ano de 2021*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2023a). *Relatório Simplificado da Avaliação da Satisfação dos Utentes—Ano de 2022*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2023b). *Relatório—Avaliação da Satisfação dos Profissionais—Ano de 2022*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2024a). *Relatório Simplificado da Avaliação da Satisfação dos Utentes—Ano de 2023*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2024b). *Relatório—Avaliação da Satisfação dos Profissionais—Ano de 2023*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco [UGQR]. (2025). *Relatório Simplificado da Avaliação da Satisfação dos Utentes—Ano de 2024*. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016a). *Integrated care models: An overview: working document* (No. WHO/EURO:2016-6525-46291-66959). Artigo WHO/EURO:2016-6525-46291-66959. https://iris.who.int/handle/10665/375502

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016b). *Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: Framework for action on integrated health services delivery* [Working Document]. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338148/66wd15e-PeopleCentredSystems-160535.pdf?sequence=1&isAllowed=y

XXIV Governo Constitucional. (2024). *Governo de Portugal*. https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/portugal/a-democracia-portuguesa

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6.ª). SAGE Publications. https://books.ms/main/52D92532F3254E9A8495FE8B81D8F97C

# Anexos

**Anexo A – Guião de Entrevista** (Geral)




## Mestrado em Políticas Públicas

## "A Reforma do SNS e as Unidades Locais de Saúde: Avaliação da Implementação – O Caso da ULS da Guarda, E.P.E."

## Guião de entrevista:

### 1. Enquadramento e perceção geral sobre a reforma e o modelo de ULS

1.1. Como descreve a lógica e os objetivos principais da criação de Unidades Locais de Saúde, no contexto da reforma do SNS, tendo em consideração que a ULS da Guarda foi das primeiras ser criada, em 2008, depois da experiência inovadora da ULS de Matosinhos, em 1999?

1.2. Considera que a ULS da Guarda representa bem o modelo preconizado nacionalmente?

1.3. Qual foi, a seu ver, o papel do Ministério da Saúde, e da ARS do Centro na definição e acompanhamento do modelo de ULS na Guarda?

### 2. Implementação da ULS da Guarda – Desafios e processo

2.1. Teve envolvimento direto no processo de implementação da ULS da Guarda? Se sim, em que termos?

2.2. Quais foram, na sua ótica, os principais desafios encontrados durante a implementação do modelo?

2.3. Que fatores facilitaram ou dificultaram a integração de cuidados entre os diferentes níveis (CSP e CSH)?

## 3. Integração e funcionamento da ULS da Guarda

3.1. Considera que existe, atualmente, uma articulação eficaz entre os serviços de saúde na ULS da Guarda?

3.2. Que mecanismos concretos de coordenação e integração foram implementados?

3.3. Na prática, sente-se uma melhoria na continuidade e na qualidade dos cuidados prestados?

## 4. Impactos percebidos da implementação do modelo de ULS

4.1. Que impactos identifica, desde a criação da ULS da Guarda, aos níveis da acessibilidade, da qualidade, e da eficiência dos cuidados?

4.2. Verificaram-se alterações nos indicadores de desempenho (tempos de espera, satisfação dos utentes, utilização dos recursos)?

4.3. Qual tem sido a perceção dos profissionais e dos utentes relativamente à mudança? Foram implementados mecanismos de monitorização da satisfação dos utentes da ULSG?

## 5. Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS

5.1. Considera que o modelo de ULS é sustentável a médio/longo prazo?

5.2. Que riscos ou ameaças identifica para a sua continuidade ou eficácia?

5.3. Que recomendações deixaria para o aperfeiçoamento do modelo de Unidade Local de Saúde?

## 6. Resposta aberta

Para finalizar, gostaria de perguntar-lhe se há algum aspeto adicional que considera pertinente partilhar, e que não tenha sido abordados ao longo desta entrevista.

**Anexo B – Guião de Entrevista** (Coordenação de UCSP/USF)

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

# Mestrado em Políticas Públicas

## "A Reforma do SNS e as Unidades Locais de Saúde: Avaliação da Implementação – O Caso da ULS da Guarda, E.P.E."

## Guião de Entrevista – Coordenação de Unidade de Cuidados de Saúde Primários

### 1. Enquadramento e perceção geral sobre a reforma e o modelo ULS

1.1. Como caracteriza os objetivos e a lógica subjacente à criação das Unidades Locais de Saúde no contexto da reforma do SNS?

1.2. Na sua perspetiva, a ULS da Guarda tem conseguido concretizar os princípios do modelo ULS, nomeadamente no que respeita à articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares?

1.3. Como avalia o papel das entidades centrais e regionais, nomeadamente do Ministério da Saúde e da ARS Centro, no acompanhamento e apoio às UCSP/USF integradas na ULS da Guarda?

### 2. Implementação da ULS da Guarda – Desafios e processo (foco nos CSP)

2.1. Teve envolvimento direto no processo de transição para o modelo ULS? Como descreve esse processo na sua unidade?

2.2. Quais foram os principais desafios sentidos ao nível dos cuidados de saúde primários com a implementação da ULS?

2.3. Que fatores facilitaram ou dificultaram a articulação entre a sua UCSP/USF e as restantes unidades da ULS, em particular o hospital?

## 3. Integração e funcionamento atual da ULS – Perspetiva da UCSP/USF

3.1. Atualmente, sente que existe uma articulação funcional eficaz entre a sua unidade e os restantes serviços da ULS da Guarda?

3.2. Existem mecanismos ou práticas regulares de coordenação (ex. reuniões conjuntas, referenciação interna facilitada, plataformas informáticas partilhadas)?

3.3. Tem observado melhorias concretas na continuidade e qualidade dos cuidados prestados à população que acompanha?

## 4. Impactos percebidos da implementação – Foco nos CSP

4.1. Desde a criação da ULS, que mudanças têm sido sentidas na sua unidade em termos de acessibilidade, qualidade e eficiência dos cuidados?

4.2. Tem havido evolução nos indicadores de desempenho relacionados com os cuidados de saúde primários (ex. tempos de espera, taxas de referenciação, absentismo, etc.)?

4.3. Qual tem sido a reação dos profissionais da sua equipa ao modelo ULS? E os utentes – houve perceção de mudança?

## 5. Sustentabilidade e futuro do modelo ULS

5.1. A partir da sua experiência, considera que o modelo ULS é sustentável a médio/longo prazo para os cuidados primários?

5.2. Que riscos ou limitações identifica, do ponto de vista da sua unidade, à eficácia e continuidade deste modelo?

5.3. Que recomendações faria para melhorar a integração e o funcionamento da ULS ao nível dos cuidados de saúde primários?

## 6. Resposta aberta

Para terminar, gostaria de lhe perguntar se há algum aspeto que não tenha sido abordado e que considere relevante partilhar, tendo em conta a sua experiência como membro da Coordenação de uma UCSP/USF integrada numa Unidade Local de Saúde.

**Anexo C – Guião de Entrevista** (Antigos membros do Governo com a tutela da Saúde)

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

# Mestrado em Políticas Públicas

## "A Reforma do SNS e as Unidades Locais de Saúde: Avaliação da Implementação – O Caso da ULS da Guarda, E.P.E."

## Guião de Entrevista: Ex-membro do Governo com a tutela da Saúde

### 1. Enquadramento e perceção geral sobre a reforma e o modelo de ULS

1.1 Quais foram, na sua perspetiva, os objetivos políticos e estratégicos subjacentes à criação das Unidades Locais de Saúde, no contexto da reforma do SNS?

1.2. Considera que a ULS da Guarda, criada em 2008, após a experiência pioneira de Matosinhos, correspondeu ao modelo preconizado a nível nacional? Porquê?

1.3. Que papel tiveram o Ministério da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde — nomeadamente a ARS Centro — na conceção, apoio e acompanhamento do modelo ULS, no caso específico da Guarda?

### 2. Implementação da ULS da Guarda – Desafios e processo

2.1. Teve, enquanto responsável político, alguma intervenção ou proximidade com o processo de criação ou desenvolvimento da ULS da Guarda? Se sim, em que termos?

2.2 Quais foram, no seu entender, os principais obstáculos políticos, técnicos ou institucionais à implementação do modelo de ULS?

2.3. Que condições foram mais determinantes para facilitar ou dificultar a integração efetiva entre cuidados de saúde primários e hospitalares?

### 3. Integração e funcionamento da ULS da Guarda, E.P.E.

3.1. Considera que, no caso da Guarda, se conseguiu alcançar uma articulação funcional e organizativa eficaz entre os vários níveis de cuidados?

3.2. Que instrumentos, mecanismos ou modelos de coordenação considera fundamentais para garantir a integração clínica, organizacional e administrativa numa ULS?

3.3. Do ponto de vista político e institucional, que informação recebeu sobre os efeitos práticos da integração ao nível da continuidade e qualidade dos cuidados?

## 4. Impactos percebidos da implementação

4.1. Que impactos foram, na sua ótica, observáveis ou reportados desde a criação da ULS da Guarda ao nível da acessibilidade, qualidade e eficiência dos serviços?

4.2. Foram disponibilizados dados ou indicadores relevantes durante o seu mandato ou posteriormente — que permitam aferir os efeitos da implementação do modelo?

4.3. Como descreve a recetividade dos profissionais de saúde e dos utentes em relação à mudança organizacional associada às ULS? Existiram mecanismos formais de monitorização da satisfação?

## 5. Sustentabilidade e futuro do modelo ULS

5.1. Considera que o modelo das Unidades Locais de Saúde é sustentável a médio e longo prazo no contexto atual do SNS?

5.2. Que riscos ou vulnerabilidades identifica relativamente à consolidação ou generalização do modelo ULS em todo o território nacional?

5.3. Que alterações ou recomendações faria ao modelo ULS, com base na experiência acumulada desde a sua criação?

## 6. Falta de recursos humanos

6.1. Um dos aspetos mais referidos pelos profissionais de saúde, atuais e antigos membros do Conselho de Administração da ULS da Guarda entrevistados, prende-se com a falta de recursos humanos, sobretudo de médicos. Como é que se fixam profissionais de saúde e, sobretudo, médicos no SNS?

6.2. Como se fixam médicos e outros profissionais de saúde em regiões periféricas, como a da Guarda?

6.3. Considera que seria razoável obrigar os médicos a permanecerem um determinado número de anos no SNS, tal como acontece nas das Forças Armadas? Seria uma possível solução?

## 7. Resposta aberta

Para concluir, gostaria de lhe perguntar se há algum aspeto adicional que considere relevante partilhar relativamente à reforma do SNS, ao modelo de ULS, ou ao futuro da organização dos cuidados de saúde e do Serviço Nacional de Saúde.

### Anexo D – Lista de Códigos da Análise de Conteúdo das Entrevistas

| Código | Função | Ligação à ULS da Guarda (na função) |
|---|---|---|
| **E1** | Membro do CA | 2024 - Atual |
| **E2** | Membro do CA | 2024 - Atual |
| **E3** | Membro do CA | 2024 - Atual |
| **E4** | Ex-CA | 2005 - 2008 |
| **E5** | Ex-CA | 2020 - 2024 |
| **E6** | Ex-CA | 01/2012 - 10/2012<br>05/2017 - 10/2024 |
| **E7** | Ex-CA | 2017 - 2024 |
| **E8** | Diretor de Serviço | 2018 - Atual |
| **E9** | Diretor de Serviço | 2008 - Atual |
| **E10** | Diretor de Serviço | 2016 - Atual |
| **E11** | Coordenação UCSP | 2023 - Atual |
| **E12** | Coordenação USF | 2023 - Atual |
| **E13** | UGQR | 2018 - Atual |
| **E14** | Enfermeiro-Chefe | 2020 - Atual |
| **E15** | Ex-membro do Governo com a tutela da Saúde | 2008 - 2011 |
| **E16** | Ex-membro do Governo com a tutela da Saúde | 2015 - 2018 |
| **E17** | Ex-membro do Governo com a tutela da Saúde | 2018 - 2022 |

**Fonte:** Elaboração própria

## Anexo E – Enquadramento e perceção geral do modelo de ULS

| Categoria | Subcategoria | Excerto (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Objetivos e lógica da generalização do modelo de ULS, no contexto da reforma do SNS** | Integração como movimento estratégico do SNS | "Defensor acérrimo do modelo, considerando que veio colmatar uma fragmentação histórica na organização do SNS. Desta forma, possibilitou-se a integração vertical dos diversos níveis de cuidados." (E1)<br>"As ULS correspondem a um modelo organizacional mais evoluído." (E2)<br>"A expansão da rede das ULS a todo o país é muito importante, porque nós começámos a olhar verdadeiramente para o SNS como um todo, com melhorias na rede de referenciação." (E3)<br>"Com a generalização do modelo de ULS, não haverá distinção de aspetos determinantes, que deveriam ser tidos em conta, pelo que algumas ULS's vão ter mais dificuldades. Os hospitais universitários não deveriam estar integrados em ULS's, porque, quanto a mim, terão mais a perder do que a ganhar, tornando-se ULS's." (E5)<br>"A ULS é, essencialmente, uma integração de serviços e a integração de serviços permite um trabalho conjunto nas várias áreas da saúde." (E6)<br>"O modelo de ULS insere-se num movimento de integração, com objetivos claros de coordenar cuidados, reduzir redundâncias e melhorar o acesso, colocando a pessoa no centro pressupondo o abandono de um modelo hospitalocêntrico." (E15)<br>"A literatura e a experiência evidenciam, claramente, que há vantagens em proceder-se à integração de cuidados." (E16) |

| | | |
|---|---|---|
| | | "Quando o modelo de ULS foi expandido, se gerou alguma preocupação com a extinção das ARS's e a criação da DE-SNS." (E17) |
| | Centralidade da pessoa | "Centralidade da pessoa." "Possibilitou-se a integração vertical dos diversos níveis de cuidados, com foco na continuidade do percurso assistencial." (E6) |
| | Racionalidade organizacional e eficiência | "ganhos administrativos e de escala" (E9)<br>"A criação das ULS é vista como uma forma de centralizar recursos humanos e materiais e melhorar a organização interna." (E13)<br>"O facto de ter adquirido o estatuto de E.P.E. conferiu-lhe maior autonomia de gestão." (E15)<br>"A razão objetiva para o modelo de ULS prende-se com a melhoria da organização interna e da capacidade de gestão." (E17) |
| **2. Capacidade de concretização da ULS da Guarda face aos princípios do modelo de ULS** | Defesa do modelo e propósito integrador | "Defensor acérrimo do mesmo, considerando que veio colmatar uma fragmentação histórica na organização do SNS." (E1) |
| | ULS da Guarda como exemplo | "A ULS da Guarda serviu de modelo a algumas das ULS's criadas na sequência do DL n.º 103/2023, de 7 de novembro, aquando da generalização do modelo a todo o território continental." (E5) |
| | Mais-valia institucional (governação única) | "Considera o modelo uma mais-valia, porque os CSP e os CSH estão todos sob o mesmo Conselho de Administração." (E12) |
| | Cultura organizacional e motivação local | "Havia vontade de se construir um modelo funcional com benefícios para os utentes e para os profissionais." (E8) |
| | Transição vivida internamente | "A transição do modelo antigo para o atual constituiu um momento de regozijo a nível interno." (E13) |

| | | |
|---|---|---|
| | Lacunas de avaliação e aprendizagem institucional (Limitação) | "Ninguém avaliou as primeiras ULS." (E9) |
| | Integração clínica efetiva (Limitação) | "A integração clínica não aconteceu, nem é uma realidade; persiste um divórcio entre CSP e CSH." (E9) |
| | Articulação plena entre níveis/serviços (limitação) | "Nunca se concretizou uma verdadeira articulação entre centros de saúde, hospital e saúde pública." (E10) |
| | Colaboração e partilha interserviços (limitação) | "A partilha continua a não ser adequada e os serviços permanecem de costas voltadas." (E10) |
| | Motivações locais da criação (condicionantes) | "A ULS da Guarda foi criada sobretudo para garantir acesso a capitais para construção da nova ala hospitalar." (E10) |
| **3. Papel do Ministério da Saúde e da ARS Centro no acompanhamento às unidades integradas na ULS da Guarda** | Proximidade institucional e governação multinível | "Realça a importância de garantir a presença, a proximidade dos municípios e o envolvimento do poder local." (E17) |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Crítica ao processo de implementação (ritmo e abordagem) | "Fui muito crítico da última reforma levada a cabo no SNS, com a generalização das ULS's, e a extinção das ARS's, pois considero que não se mexe em sistemas com mais de 40 anos com um decreto de um ano. Sou crítico da extinção, em simultâneo, de todas as ARS's, da generalização do modelo de ULS, assim como da criação da DE-SNS, que considero não servir para nada"<br>"Poderia ter sido interessante, em vez da generalização orgânica massiva, que fez com que se criassem unidades de enorme dimensão, com riscos de gestão associados, efetuar uma experiência comparativa entre integração orgânica, de um lado, e integração funcional, do outro, através de uma aposta forte na desmaterialização de processos." (E16) |

| | | |
|---|---|---|
| | | "A implementação do modelo de ULS foi muito '*big-bang'*, com pouco envolvimento e muito 'de cima para baixo'." (E17) |
| | Incentivo à inovação tecnológica | "É muito importante a utilização das tecnologias de informação e da inteligência artificial."; "aposta forte na desmaterialização de processos de na interação por via de sistemas de informação." (E16) |

**Fonte:** Elaboração própria

## Anexo F – Implementação da ULS da Guarda - desafios e processo

| Categoria | Subcategoria | Excertos (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Implementação da ULS da Guarda** | Envolvimento direto no processo de implementação da ULSG | "Estive diretamente envolvido na criação da ULS da Guarda, realçando a importância da proximidade com a tutela." (E4) |
| **2. Desafios encontrados durante a implementação do modelo** | Caminho percorrido | "Já se percorreu um caminho significativo"; "cada vez mais é importante a definição de articulação entre níveis de cuidados, com a criação de articulação ascendente e descendente." (E1) |
| | Maiores dificuldades | "Inexistência de um período de transição entre modelos, uma vez que o DL que criou a ULSG produziu efeitos um mês após a sua publicação." (E2)<br>"No início do processo, ninguém explicou nada a ninguém." (E3)<br>"A elevada área geográfica da ULSG, assim como as fracas acessibilidades." (E7) |
| **3. Fatores que facilitaram ou dificultaram a integração dos diferentes níveis de cuidados** | Articulação entre níveis de cuidados | "Necessidade de aproximação dos CSP e dos CSH." (E7) |
| | Reuniões conjuntas (Facilitador) | "A implementação da ULS aproximou mais os clínicos, com reuniões conjuntas entre MGF's e médicos hospitalares." (E12) |
| | Formação (Facilitador) | "Relevância dada à formação dos profissionais, não só na vertente clínica, mas em áreas como o direito e a informática." (E12) |
| | Resistência à mudança (Dificuldade) | "Reconhece-se resistência à mudança, sobretudo nos quadros mais antigos." (E5, E8, E10 e E17) |
| | Provisória separação da Direção Clínica (Dificuldade) | "Faz todo o sentido a existência de dois Diretores Clínicos, uma vez que, quando a ULS esteve sem Diretor para os CSP, |

| | | |
|---|---|---|
| | | tornou-se muito mais difícil chegar ao CA.” (E12) |
| | Comunicação (Dificuldade) | “É fator de dificuldade.” (E5) |
| | Inexistência de estratégia | “Destaca-se a inexistência de uma estratégia eficaz para ultrapassar as fronteiras entre serviços e áreas de competência.” (E9) |
| | Separação entre níveis de cuidados | “CSP ainda são considerados o ‘parente pobre’ do sistema público de saúde.” (E12) |

**Fonte:** Elaboração própria.

## Anexo G – Integração e funcionamento da ULS

| Categoria | Subcategoria | Excertos (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Eficácia na articulação dos serviços de saúde** | Articulação eficaz | “A ULS não se encontra na situação ideal, verificando-se margem para melhoria, mas, neste momento, considera-se que a articulação já é muito eficaz e que, apesar de poder haver, ainda, algumas resistências, os médicos sabem como fazer a referenciação ascendente e descendente.” (E1)<br>“A articulação nunca foi tão eficaz.” (E8)<br>“Os Conselhos Clínicos e de Saúde constituíam uma peça-chave na melhor articulação entre níveis de cuidados, mas que, apesar da sua inexistência, atualmente, essa integração é uma realidade.” (E13) |
| | Articulação como consequência de melhor comunicação | “A articulação é tanto maior quanto mais e melhor comunicarem os profissionais de saúde.” (E5) |
| | Articulação CSP-CSH | “A grande dificuldade prende-se com o nível hospitalar, na medida em que a carência de profissionais faz com que os serviços tenham dificuldade em dar |

| | | |
|---|---|---|
| | | resposta às necessidades, isto é, ao encaminhamento efetuado nos CSP." (E11) |
| **2. Implementação de mecanismos de coordenação e integração** | Reuniões multidisciplinares | "Defendo a retoma de reuniões multidisciplinares entre médicos hospitalares, sendo que a presença do médico de família é fulcral, uma vez que é este o gestor de base do utente, o que permitiria a discussão de casos clínicos." (E8)<br>"implementação de reuniões de trabalho com responsáveis médicos e de enfermagem para a discussão de casos clínicos concretos, assim como a deslocação dos clínicos hospitalares aos CSP." (E9) |
| | Conselho Clínico em USF | "A existência de um Conselho Clínico (…) funciona como uma microequipa responsável, a título de exemplo, pela contratualização." (E12) |
| | Manuais de articulação | "Do ponto de vista dos mecanismos de coordenação e integração implementados, são de destacar os manuais de articulação dentro de cada especialidade, que permite um melhor controlo das LEC, assim como a internalização de MCDT na ULS, bem como a realização de determinados exames médicos nos CSP, uma vez que a base tem de passar pelos CSP, importando olhar para as doenças e os determinantes de saúde da população e juntar o melhor dos CSP e dos CSH." (E2)<br>"Discordo profundamente da manutenção, na análise SWOT, da fraqueza «pouca expressão de manuais de procedimentos e de manuais de articulação entre unidades funcionais, |

| | | |
|---|---|---|
| | | serviços e níveis de cuidados», quando a ULSG é das mais antigas do país." (E13) |
| | Articulação entre níveis de cuidados | "necessidade de aproximação dos CSP e dos CSH." (E7) |
| | Reuniões conjuntas (Facilitador) | "A implementação da ULS aproximou mais os clínicos, com reuniões conjuntas entre MGF's e médicos hospitalares." (E12) |
| | Formação (Facilitador) | "Considero que a melhor estratégia para a melhor coordenação e integração de cuidados é 'formação, formação, formação'." "É preciso ter as pessoas abertas à aprendizagem, criar uma cultura de abertura a novas formas de trabalhar, propondo 'ouvir, ouvir, ouvir', permitindo à pessoa ser escutada" (E4) "Relevância dada à formação dos profissionais, não só na vertente clínica, mas em áreas como o direito e a informática." (E12) |
| | Gestão RH | "Destaca-se a maior facilidade de gestão de recursos humanos, tendo sido possível perceber onde havia profissionais em excesso ou em défice e mobilizá-los, de acordo com as necessidades, conjugando, também, com a sua vontade." (E14) |
| **3. Melhoria na continuidade e qualidade dos cuidados prestados** | Qualidade e continuidade | Verifica-se uma melhoria na continuidade e na qualidade dos cuidados prestados à população. (Unanimidade dos entrevistados) |
| **4. Categorias iniciais (para completo enquadramento)** | Criação de SLS | "Criação efetiva de um SLS, porque, através da colaboração das autarquias locais, o funcionamento em SLS poderia contribuir para uma efetiva melhoria das condições de saúde da população, utilizando o conhecimento de quem se encontra mais próximo das mesmas." (E2) |

| | | |
|---|---|---|
| | Elevada área geográfica da ULSG e deficiência de transportes públicos | "Tendo em consideração a elevada área geográfica servida pela ULSG, e a existência de uma parca rede de transportes públicos, os utentes têm dificuldade em deslocar-se à sede de concelho, para uma consulta de MGF, o que piora quando a deslocação tem de ser feita à sede de distrito, para uma consulta hospitalar." (E11) |
| | Características da população servida pela ULSG (Ameaça) | "Necessidades da população explodiram exponencialmente, dado ao envelhecimento da mesma, e ao 'turismo sénior', para os lares da região, o que faz, naturalmente, aumentar as listas de espera." (E1) |
| | Fraca literacia em saúde (Ameaça) | "Aponto a falta de literacia em saúde, por parte dos executivos autárquicos, para discernir as reais necessidades da população do que a população afirma necessitar, algo não acontece por falta de sensibilidade dos representantes locais." (E2) |
| | Carência de médicos (Ameaça) | Unanimidade dos entrevistados. |
| | Lideranças | "Coloco a ênfase nas lideranças, pois não é o modelo em si que vai fazer com que a continuidade e a qualidade dos serviços prestados sejam incrementadas." (E2) |
| | Incremento da telemedicina | "Considero muito importante o incremento da telemedicina, algo que pratico, através de consulta telefónica." "A nível hospitalar, deveria implementar-se uma teleconsulta mais robusta, não tanto telefónica, mas videoconsulta, que mitiga a impessoalidade de uma chamada telefónica." (E11) |
| | Relação com autarquias locais | "Apesar de ser uma questão cultural, o não reconhecimento de uma consulta telefónica como uma consulta de facto, a |

| | | |
|---|---|---|
| | | videoconsulta poderia mitigar essa eventualidade, mais uma vez com o apoio das Juntas de Freguesia, que constituem a forma mais próxima do poder político junto da população." (E11)<br>"Saliento o papel que os municípios podem desempenhar, através do fomento da atividade desta região." (E12) |

**Fonte:** Elaboração própria

## Anexo H – Impactos percebidos da implementação

| Categoria | Subcategoria | Excertos (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Impactos ao nível da acessibilidade, qualidade e eficiência dos cuidados** | Acessibilidade | "É possível que tenha melhorado, dada a articulação entre CSP e CSH, e a referenciação ascendente e descendente." (E1)<br>"Maior facilidade no acesso a consultas e exames, em contexto hospitalar, assim como a realização de MCDT nos CSP, como as espirometrias." (E8) |
| | Eficiência | "Aponto a diminuição das listas de espera para consultas e exames." (E8) |
| | Qualidade | "Registou-se um incremento da qualidade." (E8) |
| | Nas três dimensões (de forma geral) | "Considero que a maior parte do impacto é positiva, com uma melhoria contínua nestas dimensões." (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E12 e E14)<br>"Os utentes lucraram muito com o modelo." (E4) |
| **2. Alterações nos indicadores de desempenho (tempos de espera, satisfação dos utentes, utilização dos recursos)** | Indicadores de desempenho (geral) | "De uma forma geral, considero que houve melhoria em alguns deles, e agravamento noutros." E1 |
| | Satisfação dos utentes | "Esta tem melhorado, também por ser monitorizada, pois faz com que se verifique um maior esforço para melhorar as condições de prestação de |

| | | |
|---|---|---|
| | | cuidados, como por exemplo a melhoria das instalações ” (E1)<br>“A satisfação dos doentes tem aumentado, assim como a dos profissionais, à exceção dos assistentes operacionais.” (E2)<br>“A satisfação dos utentes era superior a 90%” (E5 e E6)<br>“Os questionários de satisfação revelam resultados globais muito positivos, com tempos de espera para consulta de uma a duas semanas.” (E12)<br>“A satisfação dos utentes é muito positiva, verificando-se a necessidade de alterar as questões colocadas, porque se tem verificado a manutenção de níveis elevados de satisfação dos mesmos.” (E13)<br>“Confirma-se uma redução das reclamações no Serviço de Urgência, e que, na generalidade, se tem verificado uma maior satisfação, ao longo dos anos.” (E14) |
| | Produção hospitalar | “Têm-se verificado melhorias nas duas linhas de produção, em termos de cirurgias. No caso das programadas, conseguiu-se uma lista de espera curta, e, nas de ambulatório, a redução da LIC em 30 a 40%, acrescentando que, no geral, o feedback da satisfação é positivo.” (E9) |
| | Comunicação | “Quanto melhor for a comunicação entre os dois níveis de cuidados, a acessibilidade e o acompanhamento dos utentes é mais eficaz e efetivo.” (E5) |
| **3. Perceção dos profissionais e dos utentes relativamente à mudança. Mecanismos de monitorização da** | Avaliação dos profissionais | “Concordo que os profissionais sejam avaliados com base em indicadores, como sucede nas USF’s, mas muitos indicadores não refletem a prática clínica, devendo ser ajustados.” (E11) |

| | | |
|---|---|---|
| **satisfação dos profissionais e utentes da ULSG.** | USF vs. UCSP | "O modelo de USF é o que faz mais sentido ao nível dos CSP, pois verifica-se uma melhor prestação de cuidados de saúde ao utente, que deve estar sempre no centro do modelo." (E11) |
| | Necessidade de reajustamento dos questionários de satisfação | "Verifica-se a necessidade de alterar as questões colocadas, porque se tem verificado a manutenção de níveis elevados de satisfação dos mesmos." (E13) |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Crítica à acessibilidade | "A acessibilidade não mudou, referindo tristeza por não termos criado uma imagem de ULS mais unificada." (E10) |
| | Crítica à acessibilidade nas UCSP | "A acessibilidade é muito mais difícil numa UCSP do que numa USF, e a qualidade não é melhor." (E11) |
| | Indicadores que pesam contra a ULSG | "As elevadas LIC e LEC, e a falta de recursos humanos, sobretudo nas áreas cirúrgicas." (E7) |
| | Inexistência de mudanças estruturais | "Para os especialistas hospitalares, não houve grandes mudanças, e, há cerca de duas décadas, a comunicação era melhor, por sermos menos. Conversávamos mais, discutíamos casos clínicos; as ULS têm tudo de bom para trazer, mas é necessário que se ponha em prática, não só na vertente financeira." (E10) |

**Fonte:** Elaboração própria

## Anexo I – Sustentabilidade e futuro do modelo de ULS

| Categoria | Subcategoria | Excertos (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Sustentabilidade do modelo a médio/longo prazo** | Sustentabilidade do modelo | "O modelo de ULS é sustentável." (E1)<br>"Acredito na sustentabilidade do modelo." (E5)<br>"O modelo é o mais sustentável de todos." (E10)<br>"O modelo é sustentável, mas implica intervenções nos níveis da formação dos profissionais, na melhoria do circuito dos |

| | | |
|---|---|---|
| | | doentes e na forma como é efetuada a referenciação, pois não se pode perder a centralidade do doente, porque se este se sentir satisfeito, deverá diminuir a procura por serviços de saúde, algo que deveria ser monitorizado." (E15)<br>"Quanto à sustentabilidade clínica e operacional, a Guarda tem uma dimensão correta, sendo gerível, algo que não acontece com ULS's gigantes, em que as pessoas nem se conhecem." (E16) |
| **2. Riscos ou ameaças para a sua continuidade e eficácia** | Modelo de financiamento do SNS e o subfinanciamento da ULS | "Há a necessidade de revisão do modelo do próprio SNS, que considera insustentável, a curto prazo." (E1)<br>"O Estado está, continuamente, a despejar dinheiro, camuflando o sistema, e que há um conjunto de interesses instalados que derruba ministros." (E5)<br>"Quando estive no Governo, tinha 9 mil milhões de euros, enquanto, atualmente, estamos a caminho dos 20 mil milhões de euros, pelo que, com esta dinâmica de crescimento da despesa, coloca-se em causa a sustentabilidade do SNS, em geral, parecendo que se está a aproveitar o clima de uma aparente folga para pensar que não vai haver dias negros lá à frente, quando vai haver dias negros." (E16) |
| | Escassez de recursos humanos | "Verifica-se um abandono completo, por parte dos médicos, do SNS, pois continua a ser mais vantajoso trabalhar como prestador de serviços." (E1) |
| | Colapso iminente do sistema | Estamos perante uma ameaça de meses, alertando imperiosamente para a reversão da situação, ou o sistema colapsa em poucos meses." (E1) |
| | Lideranças | "É problemático não conseguir encontrar lideranças efetivas para guiar este |

| | | |
|---|---|---|
| | | modelo, salientando a importância da formação das mesmas.” (E2) |
| | Maior grau de autonomia de unidades periféricas | “Há uma dificuldade em conferir um maior grau de autonomia a unidades mais periféricas, porque as especificidades são tantas que estas podem não conseguir colocar-se dentro do modelo do que são as ULS’s; é necessário que o próprio modelo seja sensível a esse aspeto e que não se confunda igualdade com equidade.” (E2) |
| | Resistência à mudança | “Verifica-se resistência à mudança, sobretudo, porque, no caso da constituição de USF’s, pode haver profissionais que ficam de fora, tendo de ser integrados noutros serviços.” (E4) |
| | SAP’s abertos | “Os CSP não podem funcionar com aquilo que considero ‘pseudo-urgências’ abertas, pois, na maior parte das vezes, os SAP’s não ajudam, sendo frontalmente contra alguns deles.” (E7) |
| | Existência de uma população muito envelhecida | “Uma população muito envelhecida e com comorbilidades é consumidora de mais recursos, o que pode trazer problemas a nível de sustentabilidade.” (E3 e E8) |
| | Mercado médico | “A questão dos médicos não se prende, apenas, com a escolha entre os setores público e privado, porque o mercado dos médicos não é, exclusivamente, Portugal, mas toda a Europa.” (E9) |
| | Prestação de serviços (Ameaça mais relatada pelos entrevistados) | “Esta foi uma figura criada para um período temporal que se previa curto e que constitui, neste momento, um mal necessário, mas que intoxica todo o sistema, considerando que deveria acabar.” (E5) |

| | | |
|---|---|---|
| | | "Por definição, os 'tarefeiros' não deveriam existir." (E9)<br>"A prestação de serviços tem de acabar, correndo-se o risco de encerrar mais Serviços de Urgência, até que o problema esteja resolvido, ou seja, até que os médicos entrem na carreira e nos quadros do SNS." (E10)<br>"Relativamente aos prestadores de serviços, considero que foi a pior coisa que aconteceu ao sistema, defendendo o fim desta figura." (E12)<br>"Considero que deveria terminar, mas não é algo com que se possa acabar de forma repentina." (E15)<br>"Considero que é um 'cancro' que foi criado no sistema, em 2007, e que, dentro de poucos anos, não podemos ter mais de 10% nesse regime, para suprir, por exemplo, os períodos festivos e de férias, mas não fazer desta figura a norma. Deve tratar-se melhor quem opta pela carreira, do que quem quer trabalhar no SNS em prestação de serviços." (E16) |
| | Inexistência de gabinete de projetos | "A inexistência de um gabinete de projetos levou, segundo à perda de candidaturas a fundos europeus, por falta de *know-how* na área, resultando na execução de projetos por cada um dos gabinetes, em que cada um faz o seu." (E13) |
| | Imagem da ULS | "Faz-se show daquilo que não interessa." (E13) |
| | Mudanças na DE-SNS | "Não se sabe ao certo qual é a função do CEO do SNS." (E14) |
| | "Cegueira ideológica" | "Como algumas ULS's deverão passar a PPP, poderão, futuramente, comparar-se o desempenho de ULS's públicas e de outras no regime supracitado. Acrescento, a propósito da "cegueira |

| | | |
|---|---|---|
| | | ideológica" que, por vezes, possa surgir, relativamente à implementação de PPP, alguns entraves às reformas que possam vir a acontecer, referindo que a ideologia não pode fazer com que o país não seja competitivo, olhe para os melhores, e tente sair do fundo da tabela." (E16) |
| **3. Recomendações para o aperfeiçoamento do modelo de ULS** | Continuidade do modelo | "Aponto para a continuidade do modelo e da interação dos diversos níveis de cuidados, a gestão por objetivos partilhados e indicadores cujo trabalho passe pelos dois níveis de prestação de cuidados (CSP e CSH), assim como o desenvolvimento de um trabalho que permita melhorar a referenciação descendente, e que os CSP entrem, cada vez mais, nos lares de idosos e nos ERPI's, permitindo aos utentes dos mesmos um maior conforto e a desnecessária deslocação a uma unidade de saúde por questões menos relevantes, como, por exemplo, uma ferida. (E1) |
| | Mudança nos indicadores | Sugiro, também, que os indicadores sejam cada vez mais em ganhos em saúde e não em indicadores numéricos, pois considera que os números podem ser forjados, enquanto que os reais ganhos em saúde não." (E1) |
| | Generalização do modelo de USF e CRI's | "O futuro passará pela expansão de USF's e CRI's, estruturas funcionais com maior grau de autonomia, com indicadores definidos e contratualizados." (E1)<br>"Uma ULS tem de ser um conjunto de USF's, porque, caso seja um conjunto de UCSP's, o modelo não funciona." (E4)<br>"Aponto como caminho a generalização do modelo de USF, que só melhora os CSP, o atendimento e a satisfação dos utentes." (E12) |

| | | |
|---|---|---|
| | Maior acompanhamento por parte da tutela | "As ULS deveriam ter um maior acompanhamento por parte da tutela ou da DE-SNS, para além do aumento de reuniões periódicas, que permitissem perceber as maiores dificuldades, no sentido da sua resolução." (E2)<br>"Elenco, como recomendação, uma maior proximidade da tutela, de modo a compreender os motivos locais e reais que possam estar a impedir a melhoria da prestação de cuidados." (E14) |
| | Melhorias na avaliação | "A avaliação deveria ser mais baseada em dados, medindo, não apenas os serviços clínicos, como os não clínicos, porque, questiona «De quantos trabalhadores tenho necessidade na ULSG?» «Não sei, porque não consigo medir a carga de trabalho de cada um deles e, não conseguindo fazê-lo, não é possível que o orçamento seja o mais fidedigno possível». Uma instituição do Estado, como a ACSS ou a SPMS, poderia ficar responsável pela ajuda na recolha dos dados e na criação de indicadores para o território nacional e para as ULS's, de forma a criar *KPI*'s". (E2)<br>"Os hospitais deveriam ser auditados, como sucede nos CSP, pois, desta forma, não haveria, metade dos gastos que há no hospital." (E12) |
| | Criação de SLS | "A adoção do modelo de SLS criaria sinergias entre a ULS, as autarquias e as organizações não governamentais, como prevê o DL que criou os SLS's, para benefício de todos os utentes servidos pela ULSG." (E2) |
| | União dos profissionais | "Manifesto o desejo de que todos os profissionais estejam unidos em torno da entidade como um todo, com base na |

| | | |
|---|---|---|
| | | prestação de cuidados e na melhoria do atendimento, e não tanto em torno de incentivos." (E2) |
| | Comunicação | "Reforço a ideia do desenvolvimento da comunicação, como pilar fundamental de uma ULS, considerando que esta tem de ser cada vez mais natural e espontânea." (E5) |
| | Mais médicos no quadro e abertura de vagas carenciadas | "Seria importante ter mais médicos no quadro, bem como a abertura de mais vagas carenciadas, sobretudo nas especialidades hospitalares." (E6) |
| | Encerramento dos SAP's sem fluxo suficiente | "Defendo o encerramento dos SAP's, nos casos em que não se justificam, ou pela escassa afluência, durante a noite, por exemplo, ou para que os CSP não funcionem como 'pseudo-urgências', que, na maior parte das vezes, não ajudam, se se tratar de algo urgente, devendo, para o efeito, ser contactada a emergência médica. Em caso de situações agudas, mas não urgentes, o doente pode esperar até à consulta aberta do dia seguinte." (E7) |
| | Aperfeiçoamento dos sistemas informáticos | "Aponto o aperfeiçoamento dos sistemas informáticos." (E8) |
| | Melhoria da rede de transportes | "assim como a melhoria da rede de transportes, relacionado com os SLS's, em que as autarquias poderiam colaborar, no sentido de melhorar a rede de transportes públicos no distrito." (E8) |
| | Retoma de reuniões multidisciplinares | "a retoma de reuniões entre profissionais de saúde, interrompidas no período pandémico, e que trariam ganhos para o utente." (E8) |
| | Consulta aberta | "a existência de consulta aberta faz todo o sentido." (E8) |
| | Lideranças | "Destaco a importância de ter lideranças motivadas, com objetivos bem definidos, |

| | | |
|---|---|---|
| | | e que envolvam todos os profissionais.” (E9) |
| | Fim da prestação de serviços | “Recomendo o fim da prestação de serviços, que que ainda se verifica, dada a necessidade do Estado, porque os médicos do quadro fazem, atualmente, menos horas do que antes.” (E10) |
| | Contratos com médicos internos | “Uma das recomendações passa por fazer contratos com os internos das diversas especialidades, tendo como condição o trabalho, como especialista, por um determinado período de tempo mínimo. Caso contrário, não fazem a formação na especialidade.” (E10) |
| | Colaboração com o setor privado | “O sistema deve englobar mais o setor privado na prestação de serviços, pois considera que cada vez mais se verifica que o SNS não tem capacidade de resposta a tudo, apontando a necessidade de melhorar o SIGIC.” (E10) |
| | Análise e avaliação do modelo atual | “É de extrema importância analisar e avaliar o modelo atual, de forma a perceber o que está ou não a funcionar, porque mais importante do que mudar o modelo é perceber o que não está correto no atual”. (E11)<br>“Considero fundamental estudar muito as experiências passadas, a nível nacional e internacional, assim como as que estão, atualmente implementadas, comparar, ver quais as melhores práticas.” (E16) |
| | Reforço da DE-SNS | “reforço da DE-SNS, à frente da qual deve estar alguém de referência para o SNS, e que possa fazer a ponte entre as ULS e a tutela. Considerando que os académicos já identificaram os principais problemas e indicaram o que deve ser feito, cabe ao Governo a adoção de ‘políticas rígidas’, para fazer face àquilo |

| | | |
|---|---|---|
| | | que considera serem os interesses instalados e que se sobrepõem à real necessidade.” (E14) |
| | Formação | “Refiro a importância da formação conjunta, entre CSP e CSH”, da formação em gestão da saúde e em comunicação médica com os utentes.” (E15) |
| | Aposta na transformação digital | “É fundamental apostar fortemente na transformação digital, numa região como a da Guarda, que tem uma população dispersa e isolada, e que precisa muito de tecnologias, e de telemedicina.” (E16)<br>“Destaco a importância da utilização das TIC, da inteligência artificial e do *big data*, na área da Saúde.” (E16) |
| | Investir em nichos de diferenciação | “É fulcral investir em alguns nichos de diferenciação, para atrair jovens médicos, como ter, por exemplo, ter a melhor unidade de uma determinada especialidade do país, ou seja, ter “clusters de diferenciação”, e não ficar por aquilo que considera a “mediania”, para que aquilo que seja mais avançado ser uma vantagem competitiva entre ULS’s.” (E16) |
| | Maior competência aos enfermeiros | “Considero importante apoiar a diversificação do trabalho, dando maior competências e protagonismo aos enfermeiros, na atividade assistencial.” (E16) |
| | Importância de “nivelar sempre por cima” | “Como última recomendação, afirmo que deve sempre nivelar-se por cima e nunca por baixo, porque uma ULS tem de ser sustentável em três aspetos: o clínico, tem de ter qualidade, no humano, tem de ser capaz de gerir e atrair bons profissionais, e no orçamental, não podendo descurar a sustentabilidade |

| | | |
|---|---|---|
| | | financeira, porque os recursos são finitos." (E16) |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Necessidade de revisão do modelo do SNS | "Há a necessidade de revisão do modelo do próprio SNS, que considera insustentável, a curto prazo. Com uma subida tão significativa, do ponto de vista orçamental, de 9 mil milhões de euros, no período pré-pandemia, para 16 mil milhões de euros, atualmente, verifica-se que a produção global subiu, apenas, umas décimas, quando as reais necessidades da população são vários pontos percentuais acima. Pergunta-se, então, o que está a acontecer; a prestação de serviços médicos está a encarecer grandemente, devido à subida do setor privado e à prestação de serviços. "Estamos a pôr mais dinheiro, mais dinheiro, mais dinheiro, para ir resolvendo os problemas, afirmando que não sabe qual vai ser o limite que o Ministério das Finanças, enquanto acionista, irá colocar ao orçamento da Saúde, reconhecendo que este poderá já ser o limite. É imperioso aprender a fazer mais com o mesmo, através da criação de sinergias, que são cada vez mais importantes, e em que chegaremos a um ponto em que os responsáveis políticos terão de assumir um teto de financiamento para a prestação de cuidados, como sucede no NHS." (E1) "Evidencio a falta de controlo, que considero muito grande, com a despesa do SNS a crescer exponencialmente." (E5) |
| | Crítica à falta de responsabilização | "Se um hospital ultrapassa o ser orçamento, o que acontece? Nada. Porquê? Porque, no final do ano, a tutela cobre a diferença orçamental, |

| | | |
|---|---|---|
| | | defendendo, por isso, um controlo mais apertado, porque há mais despesa hoje em dia do que no período pandémico, não percebendo para onde vai este dinheiro todo." (E5) |
| | Inexistência efetiva do modelo | "Não considero que seja ou não sustentável, porque o modelo não existe, só está implementado muito parcialmente." (E9) |
| | Fraca possibilidade de implementação de modelos *new management* | "Por uma questão cultural, lamento a fraca possibilidade da implementação de modelos *new management*, em Portugal." |
| | Necessidades da ULS da Guarda | "A ULS da Guarda precisa de recursos, de sistemas de informação, de técnicas de gestão moderna, precisa de ser capaz de atrair jovens profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros, pelo que não reverteria o modelo, pelo contrário, aprofundá-lo-ia." (E16) |
| | Visão mais ambiciosa e de futuro | "Ademais, alerto para o facto de Portugal ser um país com elevadas taxas de pobreza, e com muitos jovens a emigrarem, num país que vive dependente do Estado e cita, concordando, uma entrevista em que é dito que é o «país do tendencialmente gratuito, em que tudo é de graça», ou seja, um país que é pobre e em que é «tudo de graça», rematando que " nós temos de pôr os olhos no futuro e na modernidade e, um pouco por toda a Europa e nos EUA, tem havido uma vaga no sentido de uma maior libertação do Estado, com as ideologias contrárias a esta a serem diluídas e derrotadas." É, portanto, necessário modernizar o país e o espírito reformista é fundamental." (E16) |

**Fonte:** Elaboração própria

## Anexo J - Resposta aberta (Guião geral)

| Categoria | Subcategoria | Excertos (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Resposta aberta** | Certificação de serviços | "É importante que a ULS tenha mais serviços certificados, alertando para o facto de muitas unidades não terem procedimentos." (E1) |
| | Cautela na tomada de medidas estruturais | "Quando se verifique a necessidade de adotar medidas que considera mais drásticas, estas devem ser divididas em 'peças' mais pequenas." (E4) |
| | Papel da Ordem dos Médicos | "Destaca-se, também, o fraco papel da Ordem dos Médicos." (E4) |
| | Inadequação no encaminhamento para o Serviço de Urgência | Refiro, também, alguma inadequação que, ainda, se verifica, no encaminhamento para o Serviço de Urgência." (E5) |
| | Serviço de Urgência visto como "abrigo" | "Alerto para o facto de o Serviço de Urgência ser procurado por pessoas com fome e com solidão, porque sabem que, lá, as suas necessidades são atendidas: é-lhes dado alimento, no primeiro caso, e companhia, no segundo, ou, até, ambos." (E5) |
| | Discriminação positiva | "Necessidade imperiosa da adoção de medidas de discriminação positiva para regiões como a da Guarda." (E9) |
| | Ensino universitário e inovação | "Realço a importância do ensino universitário e da inovação, que pode atrair mais profissionais de saúde, colocando a tónica na necessidade de um maior desenvolvimento da cidade da Guarda e da região." (E9)<br>"O ensino e o fomento da investigação constituem condições para o melhor funcionamento dos serviços." (E12) |
| | Crítica ao SIADAP | "Serviu para atrasar a progressão nas carreiras." (E9) |
| | Fixação de profissionais | A fixação de profissionais numa zona como a da Guarda prende-se, entre outros |

| | | |
|---|---|---|
| | | aspetos, pela existência de raízes familiares, o que contribui para a fixação neste território, porque, de uma forma geral, os médicos procuram melhores condições salariais e o reconhecimento da sua carreira, apontando que esse reconhecimento é um dos caminhos a seguir pela tutela, referindo que os clínicos que trabalham nos sistemas públicos de saúde europeus ganham muito mais que os portugueses." (E12) |
| | Privatização do sistema | "A atual intenção da tutela é a de privatizar cada vez mais o sistema." (E12) |

**Fonte:** Elaboração própria

## **Anexo K – Falta de recursos humanos** (Guião dos antigos membros do Governo)

| Categoria | Subcategoria | Excertos (Entrevistados) |
|---|---|---|
| **1. Fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, no SNS** | Condições da classe médica | Considero que as condições da classe médica têm de ser melhoradas, uma vez que os clínicos consideram que são mal pagos, não reconhecidos, e não é valorizado o trabalho de investigação que possam levar a cabo, mas, apenas, as consultas realizadas." (E15)<br>"Tem de haver regras que passam por valorizar a carreira médica profissional, tratando melhor quem opta pela carreira, do que quem quer trabalhar no SNS em prestação de serviços." (E16)<br>"Defendo uma melhor gestão das carreiras, bem como o incremento da autonomia dos profissionais." (E17) |
| | Escassez de médicos, a nível nacional e em regiões como a da Guarda | "Alerto para o facto de faltarem médicos de família e hospitalares, nomeadamente em zonas como a da ULSG, mas afirmar-se que faltam dezenas de milhares de |

| | | |
|---|---|---|
| | | médicos não corresponde à realidade, até porque, em termos absolutos, Portugal está acima da média europeia. Trata-se, sobretudo, de um problema de organização. De facto, verifica-se falta de médicos em alguns locais e falta de organização noutros." (E16) |
| **2. Fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, em regiões periféricas, como a Guarda** | Falta de oferta cultural e desportiva na região | "A eventual falta de oferta cultural e desportiva constitui uma falsa questão, uma vez que as pequenas cidades já dispõem de uma boa oferta nestes campos." (E15)<br>"A aposta na atração de mais médicos para o SNS, e, sobretudo, para regiões mais periféricas, deve passar pela melhoria das acessibilidades e das condições de trabalho, para que os clínicos possam, de facto, ganhar autonomia e progredir na carreira profissional. (E17) |
| | Papel dos municípios | "Realço o papel que os municípios podem desempenhar na facilitação do aluguer de alojamento ou na concessão de benefícios fiscais, algo que passaria, também, pelo nível central da governação." (E15) |
| | Atração para regiões periféricas | "Torna-se evidente a necessidade de atrair, não só o clínico, mas, também, a família, uma vez que, quando um médico termina a especialidade pode já ter família constituída." (E15)<br>"O primeiro problema da ULSG é a limitação de recursos humanos, e não temos conseguido ultrapassar aquilo que é a definição exata do *staffing* para as missões que as instituições têm. Deixamos acumular camadas e camadas de médicos no Porto, em Lisboa e em Coimbra e, sendo assim, os médicos nunca chegarão, porque há sempre mais |

| | | |
|---|---|---|
| | | um nicho que se abre, ou uma superespecialização, e não tem havido a capacidade política de dizer 'não'. Concretizo: «o Hospital de Santa Maria trabalha com 2000 médicos, e não trabalha com mais», para libertar médicos para outras regiões do país, pelo que, da Guarda para Coimbra só deveriam ir situações que a ULSG, no seu perfil de competências e de serviços, não tem de fazer. O problema das ULS's do Interior é, de facto, a dificuldade em conseguir fixar e ajustar os recursos à população, pelo que reconheço a dificuldade que é mobilizar clínicos para regiões periféricas." (E16)<br>"Criar oportunidades de chefias: um médico de 40 anos poder chegar a Diretor de Serviço na Guarda, e em Lisboa não ser possível, encarando isso como uma opção. Decidir que todos os médicos que acabam a especialidade tenham, por exemplo, de fazer dois anos em unidades que tenham carência de recursos." (E16) |
| | Proximidade a uma grande ULS e muito diferenciada (Coimbra) | "O problema da Guarda é o problema do Interior e, no caso concreto da ULSG, está demasiado perto de Coimbra, que tem excesso de médicos, considerando que deveria ser racionalizada a atividade em Coimbra, pois muita da atividade que vai para Coimbra indevidamente deveria ficar na Guarda, pelo que a Guarda deveria ter os recursos adaptados à sua população." (E16) |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| **3. Obrigatoriedade de os médicos permanecerem um determinado número de anos no SNS** | Inconstitucionalidade da medida | "Relativamente à ideia de exigir um tempo mínimo de serviço no SNS aos jovens médicos, de maneira a compensar o Estado pelo valor gasto na formação destes profissionais, como acontece com os militares, que têm vinculação a um determinado ramo das Forças Armadas, durante um determinado período de tempo, destaca que seria uma medida inconstitucional, uma vez que o estatuto dos militares é, constitucionalmente, diferente do dos civis." (E16) |
| | Tipo de relação de trabalho com o SNS | "Algo diferente seria estabelecer que tipo de relação de trabalho eu tenho. Neste sentido, o que defendo é que os especialistas que pretendam trabalhar no SNS devem ter contrato, para que, depois, não queiram trabalhar no mesmo, como prestadores de serviços. Desta forma, ou trabalhariam com contrato, ou, então, teriam de procurar outro local para exercer medicina, como o setor privado, por exemplo. Não se trata de uma imposição. O SNS tem a liberdade de estabelecer as condições que entende para os seus clínicos." (E16) |
| | "Solução rápida" | "A fixação obrigatória de médicos seria um 'penso rápido', não uma solução definitiva." (E17) |
| **4. Categorias adicionais (para completo enquadramento)** | Introdução de componente não técnica na seleção para os cursos médicos | "Um aspeto relevante passa pela introdução de uma componente não técnica na seleção para o ensino universitário, de fatores que não apenas a elevada classificação, mas que incluam as chamadas *soft skills*. A este respeito, apresento o exemplo da Universidade do Algarve, que, no processo de seleção dos candidatos ao MIM, introduziu, não |

| | | |
|---|---|---|
| | | apenas a avaliação da capacidade cognitiva, mas, também, das competências humanas: uma metodologia seguida por esta instituição, que passa pela realização de uma pequena encenação, em que é questionado aos candidatos, por exemplo, algo como: «Imagine que chega a casa, de carro, atropela o gato da vizinha, e este morre. Como é que dá a notícia à sua vizinha?» Este aspeto apresenta-se como inovador e introduz nos candidatos a importância de saber, enquanto futuros médicos, caso sejam admitidos, a capacidade de saber comunicar de forma correta e digna com os utentes, nomeadamente no que se refere à comunicação de más notícias. Este é, sem dúvida, um fator diferenciador." (E15)<br>"Nós temos um problema com a vocação. Defendo que, na seleção das pessoas, deveriam ser integrados outros critérios que não apenas a média do ensino secundário e as classificações dos exames nacionais, mas a avaliação de *soft skills*." (E17) |
| | Introdução de componente não técnica na formação médica | "Defendo, também, introdução de uma componente não técnica na formação médica, como a comunicação. Considero, também, muito relevante, a introdução de unidades curriculares não clínicas, e que permitam aos estudantes desenvolver um conjunto de capacidades que não passem, exclusivamente, pela formação médica propriamente dita. (E15) |
| | DE-SNS | "Apresento uma postura crítica, considerando que, atualmente, não |

| | | |
|---|---|---|
| | | existe, e que deveria uma clarificação do papel da mesma.” (E15)<br>“Critico a criação da DE-SNS, que considero não servir para nada. Foi criada para ‘proteger a Ministra da Saúde então em funções, como para melhorar a articulação, que, pelo contrário, piorou. O balanço que faço destes quatro anos de DE-SNS é que o sistema, em termos de coordenação, piorou, até, porque, por exemplo, nunca houve tantas urgências obstétricas encerradas desde que existe a DE-SNS. Aliás, a DE-SNS é um ‘quisto’ anormal numa estrutura estabilizada há 40 anos, constituindo, verdadeiramente, um exercício de irresponsabilidade para o conflito de competências. A DE-SNS tem, em certos aspetos, sobreposição com a ACSS. Noutros, a ACSS está esvaziada de competências. A DE-SNS não faz o que as ARS’s faziam, pelo que “ninguém sabe, hoje em dia, o que a DE-SNS faz, pelo que, se dependesse de si, revertia, integrava, e criava um instituto central de administração do sistema de saúde, que juntasse, por exemplo, a ACSS e a DE-SNS.” (E16)<br>“Algumas vozes disseram e dizem que DE-SNS não era necessária, mas que a ideia da sua criação nasce em pandemia. No caso português, o SNS evidenciava as suas falhas sem ser em pandemia, por ausência de coordenação técnica, isto é, clínica (médica e de enfermagem). Assim, questões técnicas acabavam na secretária do Ministro da Saúde, pelo que a Direção Executiva serviria para colmatar essa lacuna. Na análise que faço, assinalo que a DE-SNS tem pouca apetência pelo terreno, e que não é para |

| | | |
|---|---|---|
| | | fazer estudos, não é teórica, serve para coordenar. (E17) |
| | Ministério da Saúde | "Considera que não há um caminho definido, e que o Ministério da Saúde está sem uma estratégia definida, tendo dúvidas de que haja vontade e força política para levar a cabo mudanças estruturais." (E15) |
| | Possibilidade de algumas ULS's passarem a PPP | "Em relação à possibilidade de algumas ULS's passarem a regime de PPP, poderá, futuramente, comparar-se o desempenho de ULS's públicas e de outras no regime supracitado. |
| | Consulta aberta | "Considero importante a manutenção da consulta aberta." (E15) |
| | Conhecimento da população servida | "Cada ULS deve definir a população que está em risco." (E15) |
| | Menor dependência de mão de obra humana | "À medida que a autonomização dos procedimentos administrativos e o apoio à atividade clínica forem aumentando, vamos entrar num tempo, em que, provavelmente, em menos de uma década, algumas especialidades dependerão, cada vez menos, da mão de obra humana, exemplificando o caso da patologia clínica, em que a intervenção humana se limita a controlar e a validar o trabalho efetuado pela máquina." (E16) |
| | Finitude dos recursos | Os portugueses, em média, ganham 70% do rendimento europeu, pelo que não é possível pagar a um determinado grupo profissional em linha com a Europa e esquecer todos os outros." (E16) |
| | Reforma do SNS | "Suprimiu-se, de repente, o nível regional de coordenação, que afirma ser absolutamente essencial, sejam as CCDR's, ou outras estruturas, não tem de ser uma estrutura, pode ser uma agência regional de coordenação, no sentido funcional e não obrigatoriamente uma |

| | | |
|---|---|---|
| | | estrutura. Tem de haver uma coordenação regional, pois as regiões têm as suas especificidades.” (E16) |

**Fonte:** Elaboração própria

## Anexo L – Deliberação do Conselho de Administração (Ata N.º 23/2025)

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE — SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GUARDA

Ata N.º 23/2025, data 04-06-2025
Referência UI-NS-250047
Autorizada a realização do estudo "A Reforma do SNS e as Unidades Locais de Saúde: Avaliação da Implementação – O Caso da ULS da Guarda".

Assinado por: RITA SOFIA GUERRA DA CRUZ TEIMÃO FIGUEIREDO
Data: 2025.06.04 18:07:41+01'00'
Localização: Guarda, Portugal

Rita Teimão Figueiredo
Presidente do Conselho de Administração

Assinado por: MARIA IMACULADA CONCEIÇÃO PONCIANO
Num. de Identificação: 11999302
Data: 2025.06.04 11:34:02+01'00'
Localização: Guarda, Portugal

Imaculada Ponciano
Vogal Executiva

Assinado por: NUNO MIGUEL ALEXANDRE DE SOUSA
Num. de Identificação: 11460610
Data: 2025.06.04 19:39:01+01'00'
Localização: Guarda, Portugal

Dr. Nuno Sousa
Diretor Clínico para os C. S. Hospitalares

Assinado por: BRUNO MIGUEL MORGADO MORRÃO
Num. de Identificação: 13248899
Data: 2025.06.04 20:25:39+01'00'
Localização: Guarda, Portugal

Dr. Bruno Morrão
Diretor Clínico para os C. S. Primários

Assinado por: HUGO MIGUEL BERNARDO TERRAS
Num. de Identificação: 12087599
Data: 2025.06.04 17:16:03+01'00'
Localização: Guarda, Portugal

Hugo Terras
Enfermeiro Diretor

## Anexo M – Modelo de Consentimento Informado ISCTE-IUL

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.**

O estudo tem por objetivo avaliar a implementação do modelo de Unidade Local de Saúde, na Guarda.

O estudo é realizado por Nuno Afonso Furtado Matela (nafma1@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação, que será muito valorizada por contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio científico, consiste em responder a um conjunto de questões, em contexto de entrevista, sobre a implementação e a performance da ULS da Guarda, E.P.E. As entrevistas terão a duração máxima de uma hora e serão gravadas em áudio e vídeo, através das plataformas Zoom ou Teams, exclusivamente para efeitos de transcrição e codificação. Não existem riscos expectáveis associados à sua participação.

A participação é inteiramente **voluntária**: poderá escolher livremente participar ou não participar, e, caso aceite, poderá interromper a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

Os dados recolhidos destinam-se unicamente à análise por parte do Investigador, de acordo com os objetivos do projeto. Os participantes serão identificados de acordo com a função desempenhada, quando tal for essencial para a análise, e sempre salvaguardando a confidencialidade.

**Declaro** ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo investigador, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que **aceito** nele participar.

_____(local), _____/_____/_____(data)

**Nome:**_____

**Assinatura:**