



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ricardo Daniel Lopes Simões

**DESCENTRALIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA
ÁREA DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
PORTUGUESES - UM PRIMEIRO RETRATO**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado de Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo e pelo Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Ricardo Daniel Lopes Simões

**DESCENTRALIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA
ÁREA DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
PORTUGUESES - UM PRIMEIRO RETRATO**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo e pelo Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção grau de Mestre.

Setembro de 2023

“A ambição é o caminho para o sucesso e a persistência é o veículo no qual se chega lá”

Bill Eardley

Índice

Resumo	VI
Abstract	VII
Lista de siglas e abreviaturas	VIII
Lista de figuras, gráficos e quadros	IX
Lista de tabelas	X
1. Enquadramento da investigação	11
1.1. Introdução	11
1.2. Enquadramento do tema e formulação do problema	16
1.3. Objetivos	16
1.4. Estrutura da tese	16
2. A descentralização em saúde	19
2.1. Conceito e tipos de descentralização	20
2.1.1. Concentração e desconcentração	27
2.1.2. Centralização e descentralização	28
2.1.3. Administração direta, indireta e autónoma	29
2.2. Funções, objetivos e princípios da descentralização	31
2.3. Experiências internacionais de descentralização	33
2.4. Prós e contras da descentralização	41
3. Saúde em todas as políticas e cidades saudáveis	46
3.1. Saúde em todas as políticas	46
3.2. Cidades saudáveis	53
4. A descentralização da saúde em Portugal	59
4.1. Administração pública e descentralização	59
4.1.1. Administração Pública	63
4.1.2. Principais reformas da Administração Pública	64
4.2. A organização administrativa da saúde	66

4.3.	Sistemas Locais de Saúde.....	72
5.	Municipalização, poder local e saúde em Portugal	73
5.1.	Conceitos enquadradores	73
5.2.	Evolução do processo de transferência de competências	74
5.3.	Transferência de competências na área da saúde (DL 23/2019)	80
5.4.	Revisão do quadro de transferência de competências (DL 84-E/2022)	85
5.5.	A municipalização em saúde – prós e contras	86
5.6.	Projeto de capacitação em promoção da saúde	88
5.7.	Plano municipal de saúde	90
6.	Metodologia	96
6.1.	Tipo de estudo	96
6.2.	Amostra	97
6.3.	Recolha de dados	98
6.4.	Análise de dados	99
6.5.	Procedimentos e riscos éticos	100
7.	Resultados	100
7.1.	Análise da evolução.....	100
7.2.	Análise dos custos associados	104
7.3.	Análise do processo de descentralização.....	107
8.	Discussão.....	109
9.	Conclusão.....	113
10.	Limitações do estudo.....	114
11.	Investigação futura	115
12.	Bibliografia.....	116
	Anexos.....	123

Resumo

Os municípios portugueses são a base territorial da administração pública (AP) e têm muitas políticas sociais ou de proximidade adaptadas às necessidades da população e à realidade regional. Em 2019, o Governo, numa perspetiva de descentralização, concretizou a transferência de algumas competências da saúde para os municípios (municipalização da saúde), implicando alterações no modelo de governação local.

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de municipalização da saúde (2019-presente) sob 3 perspetivas distintas: (1) a evolução do processo de transferência; (2) a evolução dos custos e transferências anuais da Administração central para os municípios; (3) o cumprimento dos requisitos legais, nomeadamente os aspetos relacionados com a Estratégia Municipal de Saúde (EMS) e o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Foi construída uma base de dados para suportar uma análise nacional e regional recorrendo a diversas fontes: dados do Portal Autárquico relativos à transferência de competências e aos custos anuais associados (edifícios, logísticos, pessoal operacional); dados estatísticos do INE relativos aos municípios; dados de organização do Portal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); e dados relacionados com a descentralização de competências recorrendo aos sítios dos municípios.

Atualmente, 86 dos 201 municípios elegíveis aceitaram transferir responsabilidades na saúde, com aumento significativo na população afetada desde 2019 (147,59%). Os custos totais aumentaram em média 36,20% devido a negociações entre o Governo e a Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP). No entanto, apenas 11 municípios (12,79%) elaboraram a EMS e 18 (24,93%) criaram o CMS. Apenas 7 dos 11 municípios (63,64%) tornam o EMS público nos seus sítios.

Os resultados mostraram um aumento no número de municípios que aceitam a transferência de competências na saúde ao longo dos anos, refletindo o interesse em ter mais controlo sobre políticas e serviços de saúde locais. No entanto, não é ainda claro quais os impactos desta mudança e quais as razões que ditaram a decisão dos municípios de assinarem a transferência de competências. A descentralização, em teoria, permite uma gestão mais eficiente dos cuidados de saúde, embora haja preocupações com a distribuição desigual de profissionais de saúde em áreas carentes e possíveis impactos negativos associados.

Palavras-chave: Descentralização; Transferência de Competências; Cuidados de Saúde; Autarquias

Abstract

Portuguese municipalities are the territorial base of the public administration (AP) and have many social or neighbourhood policies adapted to the needs of the population and the regional reality. In 2019, with a view to decentralisation, the government transferred some health competences to the municipalities (municipalisation of health), implying changes to the local governance model.

This work aims to analyse the process of municipalisation of health (2019-present) from 3 different perspectives: (1) the evolution of the transfer process; (2) the evolution of annual costs and transfers from the central administration to the municipalities; (3) compliance with legal requirements, namely aspects related to the Municipal Health Strategy (EMS) and the Municipal Health Council (CMS).

A database was built to support a national and regional analysis using various sources: data from the local government Portal on the transfer of competences and the associated annual costs (buildings, logistics, operational staff); INE statistical data on municipalities; organisational data from the National Health Service (SNS) Portal and the Central Administration of the Health System (ACSS); and data related to the decentralisation of competences using municipal websites.

Currently, 86 of the 201 eligible municipalities have agreed to transfer health responsibilities, with a significant increase in the population affected since 2019 (147.59%). Total costs have increased by an average of 36.20 per cent due to negotiations between the government and the National Association of Portuguese Municipalities (ANMP). However, only 11 municipalities (12.79%) have drawn up the EMS and 18 (24.93%) have created the CMS. Only 7 of the 11 municipalities (63.64%) make the EMS public on their websites.

The results showed an increase in the number of municipalities accepting the transfer of health competences over the years, reflecting an interest in having more control over local health policies and services. However, it is not yet clear what the impacts of this change will be and what the reasons were for the municipalities' decision to sign the transfer of competences. Decentralisation, in theory, allows for more efficient healthcare management, although there are concerns about the unequal distribution of healthcare professionals in deprived areas and possible associated negative impacts.

Keywords: Decentralization; Transfer of Competencies; Healthcare; Municipalities

Lista de siglas e abreviaturas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AP – Administração Pública

ANMP – Associação Nacional de Municípios Portugueses

ARS – Administração Regional da Saúde

CMS – Conselho Municipal da Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE-SNS - Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PMS – Plano Municipal da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PROCAPS – Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Lista de figuras, gráficos e quadros

Figura 1: Processo, finalidades e modalidades de descentralização	32
Figura 2: Quadro Técnico de Referência da CDSS.....	50
Figura 3: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	56
Figura 4: Eixos estratégicos para a promoção da saúde.....	57
Figura 5: Crescimento de trabalhadores do SNS, entre 2016 e 2021.....	63
Figura 6: Aspetos mais importantes da evolução do SNS e dos CSP	71
Figura 7: O sistema de saúde como determinante social da saúde.....	89
Figura 8: Áreas de intervenção para a Promoção da Saúde nas autarquias	90
Figura 9: Ciclo de implementação do Plano Municipal de Saúde	92

Lista de tabelas

Tabela 1: Sistema dos processos associados à descentralização	24
Tabela 2: Resumo das vantagens da descentralização no setor da saúde.....	43
Tabela 3: Valor por metro quadrado transferido para os municípios consoante a idade dos edifícios	83
Tabela 4: Avaliação da evolução aceitação transferências competências na área da saúde no período de 2019 a 2023	100
Tabela 5: Evolução do processo de desconcentração no sector da saúde por município.....	102
Tabela 6: Custos associados à descentralização das competências.....	104
Tabela 7: Encargos totais de 2019 para os municípios que aceitaram a transferência de competências	105
Tabela 8: Encargos totais de 2023 para os municípios que aceitaram a transferência de competências	105
Tabela 9: Evolução dos encargos totais entre 2019 e 2023, para os municípios que aceitaram a transferência de competências.....	106
Tabela 10: Transparência do processo - informação disponível no site das autarquias.....	107
Tabela 11: Evolução da aprovação do CMS em assembleia municipal no período de 2019 a 2023	108

1. Enquadramento da investigação

1.1. Introdução

Portugal dispõe de um SNS universal, geral e, tendencialmente gratuito, criado em 1979 pela Lei n.º 56/79 da Constituição da República Portuguesa, executando o direito ao acesso e prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua situação financeira e social (Lei n.º 56/79, 15 de setembro).

Desde a sua criação, este foi capaz de gerar ganhos em saúde aumentando a qualidade de vida, a esperança média de vida saudável à nascença para ambos os sexos e a percentagem de portugueses que classificam a sua saúde como boa ou muito boa, o que leva a que haja uma diminuição da percentagem de pessoas que consideram não ter as suas necessidades de saúde satisfeitas (OCDE, 2019).

De acordo com Raposo et. al. (2020) desde a criação do SNS existiu uma estratégia de descentralização adotada por sucessivos governos, embora com intensidade diferente; contudo, no período 2011-2014, após a assinatura do Memorando de Entendimento, foram adotadas algumas medidas de centralização. Apesar desta estratégia, na prática, o SNS era predominantemente gerido a nível central, com o Ministério da Saúde (MS) tendo uma grande influência nas decisões e políticas de saúde. No entanto, a fraca definição de políticas da saúde e a crise financeira conduziram o SNS a gastos dos recursos existentes gerando graves problemas de desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Portanto, a reinvenção das políticas da saúde robustas e com qualidade, tornou-se num dos mais árduos reptos do Estado (OCDE, 2019, SNS, 2020).

A importância de focar nestas dimensões políticas deve-se ao facto de serem elementos necessários num processo sistemático pelo qual os principais agentes de decisão podem orientar o sistema de saúde em direção a um melhor desempenho, ou seja, resultados de saúde, de maneira eficaz e baseada em evidências (Machaqueiro, 2010).

O facto de Portugal ser um dos países da zona Euro com um perfil de gestão mais centralizada na saúde, torna-se fundamental a discussão e implementação de estratégias facilitadoras de delegação de competências regionais e locais, tal como em outras áreas políticas. Desta forma, a descentralização e a municipalização da saúde são um tema cada vez mais debatido pelas demais ordens políticas (Barbosa, 2018).

Segundo Laura Dwyer-Lindgren (2017) “A saúde pública é local, e informações locais semelhantes são necessárias para aumentar a conscientização entre os residentes e legisladores de políticas”. Nesta linha, reconhece-se que, “para obter ganhos de saúde, deve-se intervir nos diversos determinantes da saúde de forma sistémica, sistemática e integrada”, acrescentando um apelo pela inclusão do setor da saúde com a conjugação de outros domínios, como a educação, a prestação social, o ambiente, entre outras, dentro do lema “saúde em todas as políticas e todas as políticas na saúde“, que deve se constituir estratégia fundamental para alavancar e criar o quadro de apoio para a sustentabilidade da ação política (Loureiro, 2013).

Como tal, seguindo o lema, é consensual que os diversos determinantes em saúde, quer económicos como biológicos, ambientais, sociais, comerciais e estilos de vida, determinam o estado de saúde do indivíduo, tanto a nível individual, como familiar e comunitário (Raposo & Ferreira, 2022). Programas participativos bem elaborados e orientados a comunidades específicas para a melhoria da qualidade de vida e da saúde, mostram que os investimentos nestas áreas são bem direcionados e amplamente benéficos para a sociedade. Demonstrativo dessa experiência, existe a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis que têm demonstrado a importância destes programas na mobilização da comunidade para a promoção da saúde, nas suas múltiplas dimensões (Decreto-Lei n.º 126/2020, de 1 de julho).

As populações saudáveis são elementos chave para a obtenção dos objetivos de qualquer sociedade. No seguimento desta premissa, ergueu-se o movimento das cidades saudáveis que vê a saúde muito para além dos cuidados de saúde. (Soares et. al., 2017). Segundo Kickbusch (2004), “nas sociedades desenvolvidas a saúde tornou-se não só um tema dominante nos discursos sociais e políticos, como também um objetivo major na vida das pessoas. Num curto espaço histórico do tempo, uma vida longa e mais saudável tornou-se um facto demográfico num objetivo da sociedade e numa expectativa pessoal”.

No mesmo sentido, foi publicada a Declaração de Xangai (2017) assente no compromisso da escolha de políticas audazes na área da saúde e com maior ênfase para as conexões entre os domínios da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento sustentável. Para tal, definiram dez áreas de atuação prioritárias para atingirem os objetivos a que se propõem, que envolvem a qualidade de vida, o ambiente, a educação, a segurança, a igualdade de género, o combate à discriminação, a promoção da mobilidade sustentável, a diminuição das doenças infecciosas, a promoção de uma alimentação equilibrada e deter uma cidade sem tabaco. Estas áreas de atuação são assentes em três eixos estratégicos de compromisso para a promoção da saúde, ou seja, a boa governação, as cidades saudáveis e a literacia em saúde.

O pendur para esta permuta, levanta novas e fundamentais questões sobre a estratégia de descentralização de competências no setor da saúde, onde ganha algum relevo a municipalização da saúde. Essas mudanças têm como objetivo descentralizar a gestão de serviços de saúde, aproximando as decisões e ações das necessidades locais e das comunidades (Levcovitz, 2001).

Portugal, dispõe de um sistema de saúde descrito por muitas entidades internacionais, como de excelência, contudo não basta apenas praticá-lo e celebrá-lo, é fundamental desenvolvê-lo. O seu desenvolvimento é, evidentemente, prosseguir nas linhas estratégicas do fortalecimento da responsabilidade do sistema de saúde, incluindo medidas destinadas ao progresso e, conseqüentemente à reforma da rede de cuidados de saúde, à simplificação das condições de acesso, à densificação de novas valências e à integração das prestações de saúde como as da Segurança Social, tanto a nível local como a nível regional e central, e também no domínio da descentralização de competências na área da saúde (WHO, 2017).

Atualmente, a descentralização na área da saúde é palavra-chave no quadro constitucional da saúde em Portugal, afirmada pela gestão do SNS a nível regional, atribuindo maiores responsabilidades pelo estado de saúde da comunidade, pela alocação dos subterfúgios financeiros em concordância com as carências da população e pela coordenação da prestação dos serviços de saúde a todos os graus. Segundo Barbosa (2018), Estas responsabilidades encontram-se em consonância com os pendores de reforma aplicados em alguns países europeus, que atentam a descentralização como a forma mais eficaz de aperfeiçoar a alocação de recursos e melhorar a prestação de serviços de saúde, de acordo com as necessidades, assim como aprimorar um maior envolvimento das comunidades na tomada de decisões em saúde, contribuindo de forma efetiva para a redução das desigualdades em saúde (Barbosa, 2018, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Pelos dispostos enunciados, a temática da descentralização da saúde, bem como, a análise da transferência de competências para os municípios no domínio da saúde, tornou-se num assunto da atualidade e numa temática de enorme relevância para o nosso estudo.

A municipalização da saúde permite que as autarquias assumam responsabilidades como a gestão operacional (edifícios, custos logísticos e assistentes operacionais) de centros de saúde, unidades de saúde familiar, cuidados de saúde primários (CSP) e serviços de saúde pública. Essas competências abrangem não apenas a prestação direta de serviços, mas também a

promoção da saúde, a prevenção de doenças e a coordenação dos cuidados ao nível local (Smith, 2022).

Com a transferência de competências na área da saúde para as autarquias, espera-se que haja uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, bem como uma maior integração com outros setores, como a ação social, o planeamento urbano, entre outros. A ideia é promover uma abordagem mais holística e integrada, focada nas necessidades específicas de cada comunidade e na promoção de estilos de vida saudáveis (Jones, 2022).

No entanto, é importante ressaltar que esta transferência de competências não ocorre de forma uniforme em todo o país. As autarquias têm autonomia para decidir sobre a assunção de competências na área da saúde, e nem todos os municípios optam por fazê-lo de imediato (Morgado, 2019).

Além disso, existem desafios inerentes a esse processo de descentralização. A capacidade financeira e os recursos humanos disponíveis em cada município podem variar significativamente, o que pode afetar a qualidade e a equidade dos serviços de saúde prestados. É fundamental garantir que todos os municípios tenham capacidade adequada para assumir essas competências, a fim de evitar disparidades entre as diferentes regiões (Brown, 2001).

Em resumo, a transferência de competências na área da saúde, em Portugal, podem representar uma mudança significativa no sistema de saúde e nas autarquias. Essas medidas visam aproximar a gestão e a prestação de serviços de saúde das necessidades locais, promovendo uma maior eficiência e uma abordagem mais centrada na comunidade. No entanto, é necessário um acompanhamento cuidadoso e investimento adequado para garantir que todos os municípios possam assumir essas competências de forma eficaz e equitativa (Jones, 2022).

Apesar de se equacionar o papel dos municípios na gestão e, conseqüente assunção de maiores competências nas diversas áreas, desde a remota época do império romano, apenas ganhou maior relevo após o século XX (Pinhal, 2004). A primeira vez que surgiu a questão da transferência de competências na área da saúde foi através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, onde surge a possibilidade de delegação da responsabilidade de contratualização e execução de contratos de serviços de saúde primários. No entanto, e segundo Campos (2002), até 2001 nenhum progresso nesta área foi registado.

Através dos Decretos-Leis n.º 156/99 e n.º 157/99, de 10 de maio, foram estabelecidos os Sistemas Locais de Saúde (SLS), e representam um marco importante no âmbito do sistema de saúde português são compostos por um conjunto de recursos organizados com base na

complementaridade e critérios geográfico populacionais. O principal objetivo dos SLS é facilitar a participação social e, em articulação com a rede de referência hospitalar, contribuir para o efetivo desenvolvimento e fortalecimento do SNS em Portugal.

Esses sistemas de saúde surgiram a partir do conceito de unidades de saúde, já previstas no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, que buscava a articulação entre o setor público e privado. Posteriormente, foram consagradas pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que aprovou o Estatuto do SNS, como unidades integradas de cuidados de saúde formadas pelos hospitais e grupos personalizados dos centros de saúde de uma determinada área geográfica.

Na sequência desta linha temporal, o Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro, veio estabelecer o regime de delegação de competências das autarquias locais e as entidades intermunicipais no domínio das funções sociais, abrangendo o setor da saúde, lançando um debate sobre a municipalização na saúde.

Na sua continuidade, o Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro, “estabeleceu-se como pedra angular da reforma do Estado a concretização dos princípios da subsidiariedade, da autonomia das autarquias locais e da descentralização democrática da AP, através do reforço das competências das autarquias locais, bem como das suas estruturas associativas, as entidades intermunicipais, tendo, assim, em conta o melhor interesse dos cidadãos e das empresas que procuram da parte da AP uma resposta mais ágil e eficiente”.

Contudo, apenas o Decreto-Lei n.º 84-E/2022 de 14 de dezembro “prevê a conclusão do processo de descentralização de competências na área da saúde, em especial através da participação dos órgãos municipais na gestão de unidades de prestação de CSP e no investimento de construção e equipamento”, conforme reconhecido no Acordo Setorial de Compromisso entre o Governo e a ANMP.

Assim, em Portugal, segue-se este alicerce do SNS, quer pela maior proximidade dos municípios quer por políticas mais ativas na prevenção primária de doença e maior capacitação de infraestruturas físicas e humanas. Ou seja, surge com o intuito de promover uma maior eficiência, flexibilidade e proximidade às necessidades locais, ocorrendo um processo gradual de transferência de competências na área da saúde para as autarquias locais. Essa transferência de competências visa capacitar os municípios para gerir e coordenar os serviços de saúde em suas áreas de jurisdição (Morgado, 2019).

No entanto, existem posições cautelosas que contrariam as expectativas relacionadas com a municipalização da Saúde. A Ordem dos Médicos (2015), considera que a escassa literatura

sobre este tema dificulta a análise e operacionalização que poderia ser aliciante numa perspectiva de aproximação da população aos prestadores de saúde, assim como a relevância que os municípios poderão ter na promoção da saúde, em prol do risco de ter 278 sistemas de saúde com diferentes níveis de equidade, ou seja, um sistema de saúde por autarquia, pese embora, a colossal relevância que os municípios poderão ter na promoção da saúde (Raposo et. al., 2020). Assim, elegemos a descentralização do presente estudo no quadro das competências da saúde e respetivo processo de transferência existente à disposição dos municípios, procurando perceber a sua evolução e as condicionantes existentes.

1.2. Enquadramento do tema e formulação do problema

1.3. Objetivos

Os municípios portugueses são a base territorial da AP e têm muitas políticas sociais ou de proximidade adaptadas às necessidades da população e à realidade regional. Em 2019 o Governo, numa perspectiva de descentralização, concretizou a transferência de algumas competências da saúde para os municípios (municipalização da saúde), implicando alterações no modelo de governação local.

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar o processo de municipalização da saúde desde 2019 até ao presente sob três perspetivas distintas: (1) a evolução do processo de transferência de competências; (2) a evolução dos custos e transferências anuais da Administração Central para os municípios que servem de base à assinatura dessa transferência de competências; (3) o cumprimento dos requisitos legais por parte das autarquias tendo em conta os protocolos assinados em matéria de saúde, nomeadamente a EMS e o CMS.

1.4. Estrutura da tese

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: enquadramento da investigação, a parte conceptual, a parte empírica e conclusões.

No enquadramento da investigação, é apresentada a introdução, bem como o enquadramento do tema, a formulação do problema e a apresentação do objetivo principal do presente estudo.

A parte conceptual (capítulos II, III, IV e V), é dedicada à revisão da literatura relativa à descentralização de competências da AP, nomeadamente no setor da saúde e à apresentação do panorama em Portugal. Com estes capítulos procuramos identificar e caracterizar, de uma forma geral, as transferências de competências que têm sido introduzidas, a nível da descentralização

e do regime jurídico, ao longo dos últimos anos. Igualmente, irão ser abordados alguns conceitos teóricos necessários para melhor compreensão do tema, nomeadamente a descentralização em saúde, transferência de competências na área da saúde e outros relacionados. Por fim, procuramos interligar os conceitos revistos com as competências e atribuições dos municípios em matéria de saúde no atual contexto português.

Na parte empírica, (capítulos VI, VII, VIII e IX) é exposta a investigação efetuada. O capítulo VI descreve os objetivos e a metodologia adotada. Os capítulos VII e VIII contêm a caracterização da amostra e procede-se à discussão dos resultados obtidos. Para finalizar, no capítulo IX são apresentadas as principais conclusões que nos possibilitarão responder à nossa pergunta inicial, ou seja, se se pode falar em municipalização da saúde, em Portugal. Também serão apresentadas as dificuldades encontradas, as limitações do trabalho e as perspetivas de investigação futura.

- PARTE CONCEPTUAL -

2. A descentralização em saúde

As sucessivas tentativas de descentralização, através das competências para os municípios em matéria de saúde e no contexto de Portugal Continental, nomeadamente ao nível da organização e da gestão, têm sido muito descritas e debatidas. No entanto, os motivos que têm condicionado esse processo de descentralização e, conseqüente, a municipalização da saúde, têm sido pouco escritos e explicitados. Portanto, procurou-se a identificação de um problema relevante que ainda não tivesse sido sujeito a investigação. A necessidade de compreender as causas que têm limitado a descentralização da saúde permitiram a problemática da ideia para o desenvolvimento desta investigação.

A gestão eficiente ao nível municipal pode ser impedida pela falta de estratégias de descentralização. Esta seria especialmente relevante para o conhecimento das carências das necessidades de saúde das comunidades e dos fatores que lhes estão correlacionados, para a afirmação de estratégias locais de saúde e delimitação de respostas mais concretas, globais, atempadas, integradas e ajustadas a cada situação, com o intuito de melhorar o estado de saúde da população, garantindo uma prestação de saúde adequada às necessidades da população (Barbosa, 2018).

Com o objetivo de uma boa governação, o governo central deve descentralizar as responsabilidades e os recursos nas situações em que serve para o cumprimento ótimo das tarefas governamentais. Por outro lado, deve reter sob a sua própria responsabilidade as tarefas que podem ser melhor executadas e de forma mais eficaz (Jiménez-Rubio, 2023).

Não obstante, a abordagem descentralizada é um processo complexo pelo qual as responsabilidades são atribuídas de forma diferenciada e de acordo com os fatores locais, bem como pelas vantagens comparativas. Idealmente, as autoridades centrais devem manter a sua competência de tomada de decisão em questões de importância estratégica, e fornecer a orientação geral e, deixarem a sua implementação operacional para as autoridades locais (Faguet et. al., 2014).

A descentralização na saúde tem sido relatada num contexto de diferentes perspectivas teóricas, como um conceito complexo e envolvendo variadas dimensões alicerçadas em diferentes quadros de referência teóricos de análise e perspectiva, entre os quais a AP, escolha do orçamento local, capital social e agente principal (Saltman, 2006).

Conseqüente, a descentralização na saúde tem ganho cada vez mais importância por parte dos decisores políticos na sua implementação, dado ser vista como um processo de reforma

destinado ao aumento da qualidade e eficiência dos serviços. Assim, esta é considerada como um veio de condução na promoção da democracia e responsabilização dos gestores e governantes dos sistemas de saúde (Raposo et. al., 2020).

Diversos autores asseguram que o progresso da descentralização da saúde depende da possibilidade e da capacidade destas decisões serem tomadas com a participação dos cidadãos e das comunidades e não com órgãos distantes, insensíveis e menos conhecedores dos problemas e necessidades em causa (Tulchinsky, 2009). A estimulação da participação ativa da comunidade nos determinantes da saúde local influencia as estratégias de reforma para o setor com impacto na saúde local (Raposo et. al., 2020).

Segundo Barbosa (2018), a descentralização no setor da saúde pode ser justificada por aspetos de ordem técnica, através da melhoria da eficiência da gestão e dos serviços, de ordem política com o intuito da promoção da participação da população e atribuição de poder e autonomia e de ordem financeira conseguida com o aumento de custo-efetividade e custo-eficiência.

Nos últimos anos têm existido inúmeras alterações das necessidades de saúde da população como fatores associados às doenças crónicas e multimorbilidades, fatores associados ao envelhecimento e estilos de vida saudáveis, traduzindo-se numa pressão cada vez maior na procura de repostas efetivas de promoção e prevenção da saúde, mas também de maior aproximação equitativa dos cuidados saúde à população e de meios de controlo da despesa. Portanto, é primordial a promoção da responsabilização, o cumprimento de objetivos comuns e uma aplicação racional e eficiente dos recursos disponíveis. No entanto, tendo conhecimento que os recursos são escassos nesta área, é fundamental potenciar a eficiência no seu uso garantindo a qualidade, pelo que a descentralização e a autonomia dos municípios assumem um importante papel neste âmbito (Saltman, 2006).

Segundo Barbosa (2018), “nem sempre a equação da redistribuição tem uma resolução fácil, todavia, esta resolução é condição necessária para a prossecução do interesse público, pelo que a governação dos serviços de saúde assume um papel importante, nomeadamente o mérito e qualificações dos gestores que materializam essa governação”.

2.1. Conceito e tipos de descentralização

A descentralização é um conceito utilizado para descrever o processo de transferência de poder, autoridade e responsabilidades de uma entidade central ou governo para níveis inferiores da organização, como governos locais, entidades regionais ou outras instituições autónomas. Esse processo visa trazer a tomada de decisão e a prestação de serviços públicos mais próximos da

população, permitindo maior participação e engajamento dos cidadãos nas questões que afetam suas comunidades (Kessy, 2013).

A descentralização teve o seu primórdio nas décadas de 50 e 60, diligenciado pelas administrações coloniais como essencial para um Estado democrático independente (Mills, 1990). Os vários problemas financeiros que os países em desenvolvimento enfrentaram no final dos anos 70, conduziram à necessidade da aplicação mais eficiente dos escassos recursos existentes, surgindo a descentralização como um formato de gestão mais próxima e participada. No entanto, apenas ganhou maior preponderância no início dos anos 80 através da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo vista como uma configuração de atuação contra a burocracia e a identificação das primazias e carências locais, promovendo a distribuição dos recursos de forma equitativa (Tobar, 1991).

A partir da década de 80, obteve maior relevo como reestruturação do Estado, tendo ocorrido com a alteração dos regimes políticos autoritários e com uma forte caracterização de centralização administrativa e política (Junqueira, 1997). Na década 90, os procedimentos de descentralização passaram a ser métodos de reforma administrativa com vista à melhoria da eficiência e da qualidade, bem como, um meio de indigitamento da democracia, da responsabilização e da prestação de contas (Regmi, 2014).

Os processos de descentralização estão associados a diferentes expectativas e são instrumentalizados para vários objetivos. Os organismos públicos atribuem prioridade ao apoio de processos de descentralização que contribuam para os objetivos de política de desenvolvimento. Neste contexto, a descentralização deve promover processos que visem alcançar a cooperação construtiva e dinâmica entre o governo, o setor privado e a sociedade civil, entre poderes e autoridades políticas centrais e locais. Podem ser definidos três objetivos principais que se sobrepõem em parte e são mutuamente interdependentes na descentralização da AP:

a) Melhorar as relações entre o Estado e o seu povo, através de:

- Maior legitimidade política do Estado, também do Estado central;
- Maior participação (democrática) da população local, das minorias e das mulheres nos processos de formação de opinião política;
- Melhor integração social de mulheres e grupos marginais;

- Maior controlo do poder por meio da divisão mais ampla do poder político entre vários atores;
- O fortalecimento de uma sociedade civil estruturada de forma descentralizada para melhor desempenhar o seu papel como agente local;
- A proteção das minorias e os seus interesses e necessidades específicas.

b) Melhorar a eficácia dos serviços governamentais:

- As tarefas governamentais são executadas no nível mais adequado para realizar a tarefa. De acordo com o princípio da subsidiariedade, as tarefas que requerem principalmente *know-how* local e o envolvimento deve ser realizado pelas autoridades locais;
- Os serviços públicos são prestados por atores governamentais ou não governamentais, dependendo da competência e qualificação;
- Mais e melhores serviços locais que beneficiam também os pobres;
- Uso mais eficaz dos recursos graças à maior transparência, distribuição mais clara de responsabilidades e prestação de contas;
- Serviços respondendo melhor às necessidades locais;
- A mobilização de recursos locais adicionais.

c) Promover o desenvolvimento local:

- Programas e projetos de desenvolvimento mais adaptados ao contexto;
- Maior aproveitamento dos potenciais de desenvolvimento local;
- Melhor equilíbrio económico entre o centro e a periferia;
- Crescente competência e capacidades no nível local;
- Maior propriedade local.

Em muitos locais, a descentralização também é observada como uma alternativa ao Estado centralizador que não possui recursos financeiros nem a capacidade organizacional para fornecer serviços eficazes. Assim, alguns governos vinculam a descentralização com o objetivo de economizar custos. E, mesmo, a descentralização pode fomentar a privatização dos serviços do Estado, quando se depara com um vácuo local de fornecedores de serviços públicos.

Dependendo do contexto, este aspeto pode ter resultados positivos, mas também pode servir aos interesses políticos que buscam lucrar com as tarefas do governo central, trazendo desvantagens para os segmentos populacionais mais pobres (Faguet, 2014, Khandakar, 2018).

Para além das questões de medição existe outro ponto de discussão entre as formas de descentralização que são as suas vantagens e desvantagens entre si. Assim, a descentralização orçamental, ou seja, a transferência das funções de gastos e receitas, por si só não implica necessariamente um forte esquema de descentralização, principalmente se o governo central retiver um poder significativo na distribuição de recursos e na decisão de como e quem pode alcançar as receitas (Bahl & Bird, 2018).

O princípio de “financiamento” segue a função e afirma que as funções e responsabilidades que se exigem a um governo local devem ser acompanhadas por uma atribuição de receita correspondente e, a este aspeto, alguns estudos argumentam que, particularmente no desenvolvimento de determinados países, a falta de capacidade dos governos locais para gerar fundos para as despesas e as funções que lhes foram atribuídas limitaram a eficácia da descentralização na promoção do desenvolvimento (Shen et. al., 2012, Capuno, 2017).

Segundo diversos autores, a definição do conceito de descentralização é um processo de transferência de autoridade na planificação e tomada de decisões, ou seja, a transferência de competências (poder, autoridade, capacidade de decisão, planeamento e gestão) que envolve uma redistribuição destas aptidões assentes na autonomia, de um nível superior para um nível inferior de administração, comumente encontrado do nível central para o nível local. Também, pode ser explicado como um processo de redistribuição de poderes funcionais e financeiros entre os diferentes níveis de administração, sendo um instrumento elevado de ação governativa (Mills, 1990).

Segundo Folque (2004), entende-se por descentralização a “repartição de poderes entre o Estado e os municípios” no exercício das “funções do Estado que se mostram partilháveis: a administrativa [...]”. Portanto, implica autonomia, mesmo não sendo o seu sinónimo, ou por outra, autonomia nem sequer exclui a centralização, pois “o reconhecimento de interesses próprios de uma coletividade territorial – o que implica uma certa autonomia de tratamento de interesses – pode coexistir com um modelo centralizado quanto à designação dos órgãos de gestão da coletividade e quanto à sua subordinação hierárquica”.

No âmbito político, a descentralização tem por finalidade a promoção da participação no planeamento local e na tomada dos processos de decisão com intuito do reforço da

democratização (Regmi, 2014). Segundo Rondinelli, et. al. (1983) a descentralização contribui para a efetividade administrativa e para a eficiência da gestão e económica, bem como, para o aumento da autoconfiança e da autodeterminação dos órgãos locais e alocação de programas e políticas apropriadas às necessidades locais. A tomada de decisão para junto das pessoas e das comunidades pode ter um maior impacto a nível local. No contexto financeiro, a descentralização pretende cooperar no aumento da custo-eficiência, dado o controlo mais apertado dos recursos existentes por parte dos órgãos locais (Regmi, 2014).

A conceção de unidades locais de gestão administrativa, com a capacidade de legislar e governar entidades ou organizações com personalidade jurídica, de forma totalmente autónoma e com políticas próprias, são outras formas caracterizadoras da descentralização (Castillo, 1998). A descentralização dispõe de diversos processos que podem ser de origem política, administrativa ou planeamento, encontrando-se esquematizados na tabela 1.

Tabela 1: Sistema dos processos associados à descentralização

Políticos
Transferência de poder político para o nível regional ou local
Transferência de responsabilidades para órgãos legislativos regionais ou locais
Criação de unidades governamentais de menor dimensão
Planeamento
Desenvolvimento de <i>inputs</i> económicos regionais no planeamento nacional
Possibilidade de maior participação individual dos cidadãos
Administrativos
Transferência de funções hierárquicas administrativas de níveis superiores para níveis inferiores
Tomada de controlo, por diversos indivíduos, numa organização

Adaptado de Barbosa (2018)

De um modo geral, a descentralização pode ser descrita como um processo de dispersão da autoridade e poder governamental da administração central para outros níveis governativos e administrativos, geralmente, para autoridades regionais ou locais. Em termos formais, esta pode ser compreendida como o processo de investimento das estruturas políticas e administrativas locais de autoridade legal e formal, de modo a permitir-lhes formular diretrizes políticas de âmbito local e executar serviços públicos locais (Vieira, 2012).

Já Freitas do Amaral (2006) diferencia a descentralização no plano jurídico de descentralização no plano político-administrativo. No plano jurídico, a descentralização ocorre quando a função administrativa não se encontra exclusivamente entregue ao Estado, estando dispersa por outras pessoas coletivas regionais, particularmente, pelas autarquias locais. Na sua dimensão jurídica, a descentralização apresenta-se como um conceito absoluto e objetivo, não havendo possibilidade de posições intermédias. No plano político-administrativo, para se considerar a presença de descentralização é necessário o cumprimento dos seguintes requisitos: os órgãos das autarquias locais devem ser livremente eleitos pelas respetivas populações; os órgãos das autarquias locais devem ser independentes nas áreas respeitantes às suas atribuições e competências; e, por fim, a tutela administrativa exercida sobre os órgãos das autarquias locais deve ser ténue, restringindo-se ao controlo de legalidade dos seus atos. No plano político-administrativo, o conceito de descentralização apresenta-se relativo, podendo existir vários graus de descentralização consoante o sistema em análise.

O conceito de descentralização integra três dimensões distintas: a administrativa, a política e a orçamental. O significado destas três dimensões permite-nos proceder à medição da componente substantiva da descentralização, fomentando a comparação entre diferentes contextos e sistemas. Na sua dimensão administrativa, a descentralização refere-se à autonomia detida pelas unidades governamentais periféricas face ao governo central. Esta autonomia requer a ausência de controlo ex ante no que diz respeito à política de recursos humanos, de criação de impostos e de produção regulamentar nas áreas em que detenha competência para tal. Em termos políticos, a descentralização mede o grau em que o governo central permite às unidades periféricas desempenhar as funções políticas de governação. Para tal, é conveniente que os membros dos órgãos não-centrais sejam eleitos pelos cidadãos dos seus territórios, que o seu estatuto legal seja reconhecido constitucionalmente. Por fim, a dimensão orçamental da descentralização alude à medida que os governos centrais transferem a sua responsabilidade orçamental para as unidades locais. A responsabilidade orçamental das administrações locais engloba três componentes: responsabilidade sobre a realização de despesas, capacidade de produção de taxas e existência de transferências intergovernamentais. A eficácia da descentralização estará sempre dependente da coordenação destas três dimensões (Bockenforde, 2011).

A descentralização territorial origina as autarquias locais, enquanto a descentralização institucional procede à criação de institutos públicos e empresas públicas, e a descentralização associativa está na origem das associações públicas. Quanto ao grau de descentralização, este

pode apresentar variáveis formas numa escala crescente de descentralização. Em primeiro lugar, na sua forma mais contida, denominada de descentralização privada, assistimos à simples atribuição de personalidade jurídica de direito privado. Em segundo lugar, num ponto intermédio, que se subdivide em quatro hipóteses, podemos encontrar a descentralização administrativa. Por um lado, esta ocorre quando é atribuída personalidade jurídica de direito público. Por outro, ocorre quando, para além da atribuição de personalidade jurídica de direito público, uma entidade é dotada de autonomia administrativa. Ainda, pode ocorrer descentralização administrativa, quando uma entidade com personalidade jurídica de direito público detém, também, autonomia financeira. Por fim, estaremos perante uma descentralização de tipo administrativo, se se verificar a atribuição de poderes regulamentares. Em terceiro lugar, próxima da autogovernação, a descentralização política ocorre quando, para além de todas as atribuições anteriormente enumeradas, uma entidade detém igualmente poderes legislativos próprios (Freitas do Amaral, 2006).

De acordo com diversos autores, a descentralização pode ser efetuada pelas seguintes quatro vias:

- A **Desconcentração** define-se por um processo de transferência vertical de autonomia em termos administrativos, ou seja, a existência de uma transferência de competências sem a transição do poder de decisão. Por conseguinte, os serviços da administração central “exercem, os seus poderes por delegação mantendo a sua subordinação hierárquica” (Mills, 1990, Folque, 2004). Este conceito implica a inserção de um ou mais níveis de gestão, garantindo a existência de recursos humanos para o efeito, a definição da população e a área geográfica atingível, dispor de um orçamento próprio e de um sistema de comunicação eficiente com os níveis hierárquicos superiores. Nesta forma de descentralização os poderes de decisão seguem as decisões exercidas pelos titulares do poder central, não existindo uma transferência de responsabilidade e autoridade para os órgãos locais. Segundo Folque (2004), “os poderes de decisão continuam a pertencer ao poder central, podendo mesmo afirmar-se que a desconcentração é apenas uma variante da centralização”. Portanto, o seu grande desígnio é a representação da administração central e prestação dos serviços na sua figura, sem qualquer poder de decisão (Regmi, 2014).
- A **Delegação** é entendida como um método de transferência das responsabilidades de gestão relativamente a funções elucidadas para um grau organizacional inferior e exterior à administração central, sendo apenas controlado, por esta, de forma indireta

(Mills, 1990, Regmi, 2014). Para a existência da delegação organizacional e administrativa exigem-se conjunturas associadas à existência de capacidade local de gestão, administração e de descentralização financeira, por forma aos níveis locais não criarem dependência da ação das estruturas hierárquicas superiores, tendencialmente, mais distantes da realidade e burocratizadas. Contudo, todo o processo local deve ser acompanhado pela administração central, seguindo, supervisionando e assegurando padrões equitativos de prestação, desempenho e qualidade. Como tal, são imprescindíveis mecanismos de prestação de contas e de responsabilização (*accountability*), ou seja, instrumentos de transparência nos processos e de prestação de contas (Saltman, 2007). Como tal, existe uma transferência efetiva de responsabilidades do poder central para o poder local ou para instituições com alguma autonomia com o intuito de tornar os serviços mais eficientes e com maior autonomia na tomada de decisões próprias (Regmi, 2014).

- A **Privatização** caracteriza-se pelo arcar de funções da administração central por parte de organizações privadas. Neste caso, o Estado apenas mantém a regulação da monitorização da oferta e da qualidade dos serviços saúde prestados (Mills, 1990).
- A **Devolução** é compreendida como um processo de descentralização política, embora sem capacidade para a autonomia total, mas com uma transferência das capacidades decisórias e de poder para níveis inferiores e com alguma independência das suas funções pré-definidas, sobre o nível central (Mills, 1990). Neste caso, existe a conceção de órgãos locais com capacidade jurídica e autoridade estatutária, com o intuito da participação no planeamento e, respetiva, tomada de decisão. Estes, são caracterizados por autoridades locais autónomas, embora reguladas e com um nível de dependência reduzida em relação ao poder local (Mills, 1990, Regmi, 2014).

2.1.1. Concentração e desconcentração

A desconcentração e a concentração são sustentadas pela organização vertical dos serviços públicos, dentro da mesma entidade e com a inexistência de repartição de competências entre os diversos graus hierárquicos do serviço (Freitas do Amaral, 2006).

A desconcentração é um conceito eminentemente administrativo, que se refere ao ato de um governo desconcentrar as suas atividades administrativas, dizendo, portanto, respeito à organização administrativa de uma dada determinada pessoa coletiva pública, nomeadamente, o Estado. Esta está, igualmente, relacionada com a distribuição vertical de competências entre os diversos graus ou escalões da hierarquia administrativa. Resumidamente, a desconcentração

pode ser definida como um “sistema em que o poder decisório se reparte entre o superior e um ou vários órgãos subalternos”, sendo que o órgão superior mantém, na maioria dos casos, poderes de direção e supervisão sobre os seus subalternos. É, concomitante, uma instância e um instrumento de democratização, de responsabilização e de participação (Freitas do Amaral, 2015). A desconcentração pode assumir duas formas. Por um lado, falamos de desconcentração originária quando esta decorre imediatamente da Lei, que reparte a competência entre um órgão administrativo superior e os seus órgãos subalternos. Por outro lado, a desconcentração derivada apenas se verifica mediante um ato específico por parte do órgão administrativo superior, praticado especificamente para esse efeito (Bockenforde, 2011).

A concentração de competências existe quando o superior hierárquico mais graduado é o único órgão competente para tomar decisões, estando os subalternos escassos às tarefas de preparação e execução das decisões por ele emanadas (Barbosa, 2018). Segundo Freitas do Amaral (2006) “por competências entende-se o conjunto de poderes que uma entidade pública tem por Lei, para praticar atos e tomar decisões. Não se devem confundir com atribuições, que são as finalidades ou as funções específicas da pessoa coletiva”.

2.1.2. Centralização e descentralização

A centralização refere-se à organização e centralidade das tarefas administrativas numa única entidade ou repartidas por diversas entidades dotadas de algum grau de autonomia (Barbosa, 2018). Segundo Belchior (2014) “Temos uma AP que, no seu essencial, é napoleónica, é centralista, é setorialmente segmentada, com grandes dificuldades de coordenação horizontal e muito burocratizada no seu funcionamento”.

A descentralização pode ser descrita como um processo de dispersão da autoridade e poder governamental da administração central para outros níveis governativos e administrativos, geralmente, para autoridades regionais ou locais. Em termos formais, a descentralização pode ser entendida como o processo de investimento das estruturas políticas e administrativas locais de autoridade legal e formal, de modo a permitir-lhes formular diretrizes políticas de âmbito local e executar serviços públicos locais. (Bockenforde, 2011). Portanto, a descentralização consiste num processo de transferência de competências da Administração central para as autarquias locais. Ou seja, a descentralização está relacionada com as relações entre o Estado e demais pessoas coletivas públicas. Assim, a descentralização é um conceito eminentemente político, uma vez que implica uma certa medida de governo próprio por parte das entidades descentralizadas, ou seja, pressupõe a autonomia das mesmas (Freitas do Amaral, 2015).

A descentralização é acompanhada com um vasto conjunto de vantagens, tais como a aproximação da AP às comunidades locais abarcando uma maior eficiência na resolução dos problemas e maior proveito dos recursos locais; Proporciona a democratização e maiores proveitos de custo eficiência face a um sistema centralizado; Configuração de limitação do poder local, evitando casos de abusos de poder; Apresenta soluções mais vantajosas em termos de custo eficácia; Simplifica a mobilização das energias e iniciativas locais; Garante liberdades locais, limitando o poder político; Usufrui da sensibilidade das populações em prol da realização do bem comum; Proporciona a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas; entre outras (Barbosa, 2018).

Contudo, também se denotam algumas desvantagens em relação à descentralização, tais como a existência de numerosos centros de decisão; Eventualidade no mau uso dos poderes administrativos, sendo imprescindível a criação de mecanismos de coordenação, regulação e controlo; Presença de diversas autonomias financeiras e patrimoniais; Possibilidade descoordenação na função administrativa; Proporciona a abertura de uma frecha para o mau uso dos poderes discriminatórios da administração, por parte dos indivíduos com incapacidades ou mal preparados para as exercer (Barbosa, 2018).

2.1.3. Administração direta, indireta e autónoma

A expressão “administração” tem origem no latim *ministerare* associada a ad. O significado do termo *ministerare* corresponde a servir, dispensar, e dar ou assistir, uma pessoa ou instituição; já ad relaciona-se com dirigir, “guiar” “controlar” algo de interesse nomeadamente, assuntos, bens ou negócios e a palavra pública, ou seja, coisa pública em português, significa em latim *Res publica*¹. Para analisar a evolução da Administração e as relações que esta tem com os princípios normativos deve-se compreender, que de forma holística, a evolução do Estado. O Estado é uma instituição humana antiga, que remonta há cerca de 10 mil anos às primeiras sociedades agrícolas que cresceram na Mesopotâmia.

Carvalho (2017) considera a “administração a soma de pessoas e órgãos envolvidos, sob a direção do governo, na prestação de serviços públicos comuns que devem ser prestados diariamente para que o sistema de leis, deveres e direitos seja devidamente cumprido”, no entanto, “o surgimento da administração e gestão pública moderna aguardava dois desenvolvimentos históricos: a ascensão do absolutismo na Europa após a Paz da Vestfália em

¹ OLIVEIRA, F. (1996). Breve glossário de latim para juristas. 4ª ed. Lisboa: Cosmos.

1648 e a ideia revolucionária de soberania nacional institucionalizada na França após 1789” (Tavares, 2019).

A AP reparte-se em administração direta, indireta e autónoma. No que se refere à administração direta as organizações respeitam uma relação hierárquica subordinada e estão sujeitas ao poder de gestão do Governo central e incluem os serviços centrais de âmbito nacional (direções gerais) e os serviços periféricos de âmbito regional (direções territoriais, dependentes da administração central) (Freitas do Amaral, 2006).

A administração direta é regulada pela Lei n.º 64/2011 de 22 de dezembro (4ª alteração à Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro, que estabelece os princípios e normas a que deve obedecer a organização da administração direta do Estado), possuindo o especial interesse no que se alude à interpretação da organização administrativa da saúde (Freitas do Amaral, 2006). O artigo 12º descreve que o desempenho de funções dirigentes é acompanhado pela realização de formação profissional específica em gestão. Já os artigos 18º, 19º e 20º referem que os titulares dos cargos de direção superior e intermédios são recrutados por procedimento concursal (Barbosa, 2018).

A administração indireta surge em consequência do constante alargamento e gradual complexificação das funções administrativas do Estado. Neste tipo de administração inserem-se os organismos com personalidade jurídica, sujeitas ao poder de fiscalização, orientação, tutela e superintendência, no entanto, e devido à sua especificidade, não são sujeitas ao poder de direção do Governo. Trata-se de entidades dotadas de autonomia financeira e administrativa, com vista a uma mais eficiente e eficaz administração do Estado (Freitas do Amaral, 2006).

Este tipo de administração não é uma “atividade” executada pelo Estado, mas sim transferida para uma entidade distinta. Esta transferência é designada por devolução de poderes, mantendo o Estado a possibilidade de recuperação desses mesmos poderes por intermédio de legislação específica. Os institutos públicos (serviços personalizados), pessoas coletivas de natureza patrimonial, pessoas coletivas de natureza institucional e as entidades públicas empresárias que o estado detém a totalidade do capital são integrantes da administração indireta. Destes, no caso da organização administrativa da saúde, atribui-se maior relevo aos institutos públicos (Barbosa, 2018).

A literatura descreve estes institutos públicos de QUANGOS: *quasi autonomous non governmental organisations*. Em Portugal, calcula-se a existência de cerca 400 institutos, embora tenha existido a aplicação de uma política de extinção e fusão destes serviços, desde o

57º Governo de Durão Barroso (2002) estendendo-se pelos seguintes governos. (Freitas do Amaral, 2006).

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

A administração autónoma possui autonomia e independência na sua atividade e orientação. Contudo, encontra-se sujeita à tutela e ao poder de controlo e fiscalização. A administração autónoma não parece ter grande relevo para a organização administrativa da saúde, ao invés dos anteriores mencionados (Barbosa, 2018). A administração regional autónoma, a administração local autónoma e as associações públicas autónomas, como é o caso das ordens profissionais, são integrantes da administração autónoma.

2.2. Funções, objetivos e princípios da descentralização

A OMS (2007) reconheceu a governação como um pilar importante do quadro de blocos de construção do sistema de saúde. A importância da governança descentralizada dos sistemas de saúde para melhorar a tomada de decisões nos níveis locais em diferentes níveis de prestação de serviços de saúde está a aumentar de forma constante em toda a Europa (Kogan et. al., 2015).

Determinado órgão descentralizado pode assumir diversas e determinadas funções seguindo as vias enunciadas anteriormente. Através da sua análise, constata-se que os processos de desconcentração são os que menos responsabilidades atribuem às autoridades locais (Barbosa, 2018, Mills, 1990).

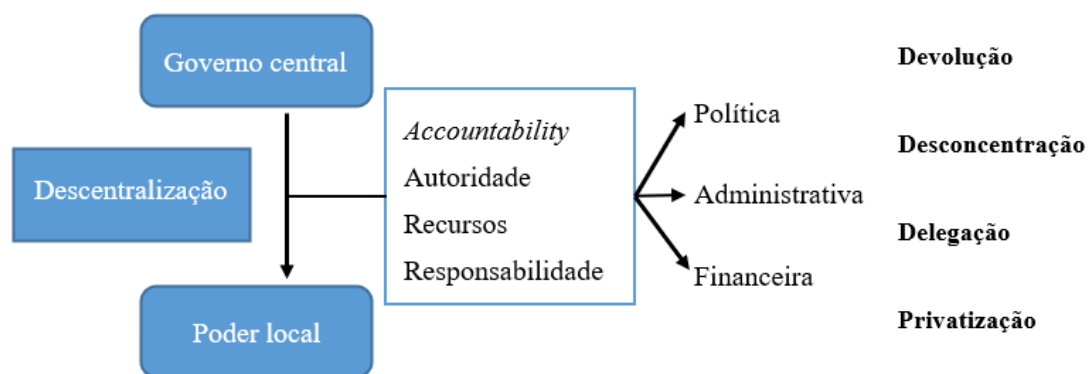
Os processos de devolução apenas têm resultado sobre a descentralização das funções legislativas. A autoridade central tem a capacidade de legislar sob as outras formas de descentralização e o setor da saúde, compete ao MS. No que concerne aos mecanismos de financiamento, a capacidade é maior através dos processos de privatização e menor no caso de desconcentração, existindo uma pequena responsabilidade quando se trata de delegação ou devolução (Barbosa, 2018).

No que se refere à definição de políticas da saúde, existe alguma aprovação relativamente à devolução, privatização e delegação, no entanto, não permitem o processo de desconcentração. A alocação de recursos e o planeamento é totalmente abrangido pela privatização e a delegação,

com alguma responsabilidade dos processos de devolução e desconcentração. Muito semelhante a este processo, exceto no processo de desconcentração onde será limitada, encontra-se a gestão diária das organizações da saúde, que alcança o orçamento e despesa, a gestão dos recursos humanos, a aquisição de serviços e manutenção, onde a responsabilidade dos órgãos locais é elevada nos restantes processos (Barbosa, 2018).

De forma geral, a descentralização tem como objetivos a melhoria da eficiência técnica, o aumento da eficiência dos recursos alocados, a incrementação da inovação dos serviços, a capacitação dos gestores e/ou administradores locais e aumentar a equidade, a potenciação da qualidade dos serviços e a promoção do nível de responsabilização (Rondinelli, 1983).

Figura 1: Processo, finalidades e modalidades de descentralização



Adaptado de Barbosa (2018) & Regmi (2014) & Saltman (2007).

Os processos de descentralização e a sua implementação dependem de um conjunto de diferentes condições, destacando-se a presença de uma estrutura institucional em pleno funcionamento com pessoal formado e qualificado, assim como, um forte planeamento por parte da estrutura local e com capacidade administrativa. Também existem princípios básicos que devem ser tidos em conta como a flexibilidade, a progressão, a transparência no processo de decisão, o gradualismo e o controlo social (Barbosa, 2018).

Também, ainda deve de ser aplicado como um método aprendente, devendo ser acompanhado de muito próximo pelos atores locais, garantindo a aquisição de competências necessárias para gerir novas competências e responsabilidade (Rondinelli, 1983).

A prestação de contas e a responsabilização (*accountability*) são termos que estão diretamente relacionados com a conceção de descentralização. O conceito de prestação de contas e responsabilização está assente na obrigação de responder pelos resultados e ao cumprimento da Lei, naquilo que se refere ao controlo organizacional e orçamental. Este conceito, oriundo do

setor privado e que tem sido transferido para a AP, especialmente, mas não só, como um instrumento de controlo financeiro, também é preconizado para incentivar a obtenção de ganhos económicos e de eficiência. Este conceito aparenta ser fundamentável em determinadas conjunturas de um país, tais como a crise social e económica, o considerável peso do setor público na economia, incremento do défice e o aumento de custos relacionados com os recursos humanos. Um nível adequado de *accountability* é basilar na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (Mozzicafreddo, 2002).

Segundo Mozzicafreddo (2002), a *accountability* suporta uma essência que se representa por *answerability*, ou seja, a obrigatoriedade em dar resposta a todas as questões colocadas para a tomada de decisão e de ação. Assim, a *accountability* deve permanecer imperiosamente relacionada a um regime de consequências.

Na área da saúde, o correto funcionamento do sistema está intimamente relacionado com a efetividade da prestação de contas, tornando-se num dos maiores determinantes da sua atividade. Esta envolve um processo de tomada decisão e divisão das responsabilidades bem definidas, bem como a forma como as estruturas estão organizadas (Collins, 2014).

Já o processo de responsabilização abrange uma dimensão mais política e institucional, do funcionamento do sistema administrativo e não apenas a organização em si. Este refere responsabilidade pelas decisões, pelos atos, pelo desempenho profissional, pelo cumprimento de prazos e pelos procedimentos pré-determinados (Mozzicafreddo, 2002).

Alguns estudos, apontam o crescimento da “autoridade” dos cidadãos e para o aumento da exigência de responsabilização das entidades competentes, a melhor coordenação e a maior *accountability* como fatores incrementais da descentralização (Saltman, 2007).

2.3. Experiências internacionais de descentralização

A descentralização na área da saúde não é um tema exclusivo de Portugal e tornou-se numa parte integrante do funcionamento de diferentes sistemas de saúde internacionais ao longo dos anos. Ao longo das últimas décadas, os governos têm vindo a descentralizar responsabilidades políticas, administrativas e financeiras no domínio da saúde, para governos regionais ou locais (López-Casasnovas, 2003).

A ordem seguida para apresentar as experiências internacionais de descentralização começa com as experiências de descentralização em países como Dinamarca e Finlândia, onde se observam diferentes abordagens de descentralização e os resultados alcançados.

Posteriormente, explora-se a experiência de descentralização na Espanha, Reino Unido, França e na Alemanha, ressaltando a forma como o sistema de saúde é gerido e financiado em diferentes regiões desses países. O texto continua com a apresentação de algumas tendências gerais de descentralização em diversos países, como a prevalência da descentralização orçamental na saúde. Além disso, são mencionadas algumas críticas e desafios relacionados à descentralização, bem como os estudos empíricos que têm sido realizados sobre o tema. Por fim, conclui-se com uma experiência mais recente, no Brasil, que adotaram a descentralização na saúde como uma abordagem para melhorar a prestação de serviços e atender às necessidades específicas das comunidades locais.

Em todo o mundo há uma notável tendência para a descentralização em nações caracterizadas pelo centralismo padrão de organização, embora em vários graus e com diferentes bases. Nos últimos anos, a transição de uma economia planeada para sistemas de mercado livre na Europa Central e Oriental seguiram uma tendência de eliminar o poder onnipresente do Estado Centralizado, e com a necessidade de melhores serviços locais muitas com a prioridade máxima. De acordo com Dougherty et. al. (2022) a descentralização não exige que o governo central se retire completamente de uma área de responsabilidade, sendo que a realização otimizada das tarefas governamentais exige a cooperação e a articulação entre os vários níveis de organização governamental.

Paulo Vieira (2012) efetuou um estudo no qual integrou 45 países e adotou uma medição de descentralização assente em dois critérios. O primeiro diz respeito à proporção entre a receita total obtida pelos governos locais de cada país e a receita dos seus governos centrais, enquanto o segundo está relacionado com a proporção entre a despesa realizada pela administração local face à despesa total realizada pelo governo central. O estudo permitiu concluir que quanto maior o número de unidades de governo local, maior é o grau de descentralização de um país. De igual modo, verificou-se uma correlação significativa entre a idade de um país e o seu grau de descentralização, sendo que quanto maior a idade, tendencialmente, maior o grau de descentralização. Também o grau de urbanização demonstrou ter um impacto positivo sobre o grau de descentralização de um país. De forma semelhante, o grau de industrialização de um país também influi sobre o seu grau de descentralização. A riqueza de um país, medida em termos de produto nacional bruto, também demonstrou ter influência sobre o seu grau de descentralização. Por fim, o estudo conclui também a existência de uma correlação significativa entre o desenvolvimento dos meios de comunicação e o grau de descentralização, logo, um maior desenvolvimento dos meios de comunicação nacionais parece determinar um maior

desenvolvimento da descentralização. Em sentido inverso o autor não foi capaz de comprovar a existência de correlações significativas entre o grau de descentralização de um país e as seguintes variáveis analisadas: área do país, número de habitantes e densidade demográfica, organização constitucional, heterogeneidade da sua população e despesas do setor público (Vieira, 2012).

A descentralização foi realizada em muitos países de baixo e alto rendimento nas últimas décadas. De acordo com os dados recentes da OCDE disponível para 22 países, quase metade destes relata um nível mais alto de descentralização em 2018 em relação a 2008, enquanto somente sete relataram uma pontuação mais baixa no índice de descentralização ao longo deste período (Dougherty et. al., 2022).

Desde os anos 60, na Europa, tem-se assistido a variadas reformas na dimensão e funcionamento das estruturas orgânicas e de governação local no setor da saúde. Como por exemplo, a Dinamarca transformou as suas 1300 unidades administrativas em 275 “*kommune*”, após a reforma de 1970. Esta reforma relaciona-se diretamente com o incremento exponencial das tarefas a cargo do setor público e com a expansão das localidades. O sistema de saúde dinamarquês, paralelo à Finlândia, é caracterizado pelo país com maior descentralização na saúde da Europa dado ser descentralizado ao nível político, financeiro e operacional (Saltman, 2007).

A descentralização da saúde na Finlândia é caracterizada pelo princípio de que os serviços de saúde utilizados localmente devem aí ser geridos e produzidos. Os finlandeses admitem ser a configuração que proporciona um maior contributo para o bem-estar geral, pois os órgãos centrais atuam de acordo com as preferências e necessidades locais. Também, ressalva-se a despesa per capita relativamente baixa em termos de saúde neste país, ainda que disponha de um nível de descentralização muito elevado, contrariando os fundamentos de que sistemas descentralizados envolvem maiores custos (Barbosa, 2018).

Um dos principais argumentos efetuados para a descentralização é que permite adequar as políticas às necessidades locais, como exemplo, a Espanha é um país altamente descentralizado e, regionalmente diverso, sendo que algumas regiões aproveitaram o seu grau de autonomia para promover as iniciativas especificamente voltadas para atender às preferências e necessidades locais heterogéneas. Assim, enquanto algumas regiões com a população acima da média aumentaram as camas para pacientes de longa permanência e, noutros, os esforços tem-

se concentrado na promoção da proximidade dos serviços de saúde e as instalações para a população local (Jiménez-Rubio & García-Gómez, 2017).

Em Espanha, o desenvolvimento da descentralização da saúde iniciou-se no ano de 1981 e desenrolou-se em duas fases distintas: Na 1ª fase, os poderes do setor da saúde foram descentralizados para as 7 principais regiões históricas do território, até 1994; na 2ª fase, em 2002, os cuidados de saúde foram transferidos para as restantes comunidades autónomas (Saltman, 2007). O SNS espanhol caracteriza-se por uma descentralização, abrangendo 17 serviços regionais de saúde, correspondentes às 17 comunidades autónomas em que o país se encontra dividido, que planeiam, financiam, gerem e prestam cuidados de saúde. Este processo de descentralização surgiu como um procedimento global de descentralização da AP espanhola enquanto resultado de exigência política das comunidades autónomas e não como um processo específico para induzir melhorias no domínio da saúde (Saltman, 2007). No entanto, a descentralização conseguiu induzir resultados positivos, nomeadamente a inserção da inovação na gestão e nas políticas de saúde implementadas, na aptidão da administração central em progredir para reformas institucionais com base nos saberes obtidos a nível local e de instrumentos informais de cooperação (Barbosa, 2018). Como resultado destas medidas, metade da população espanhola, admite a contribuição da descentralização para um incremento da capacidade de o governo objetar melhor quais as reais necessidades e preferências dos cidadãos. Os cuidados de saúde são concedidos essencialmente pelo SNS e financiados pelos impostos (Saltman, 2007).

No Reino Unido, a descentralização dos cuidados de saúde é caracterizada por um nível de autonomia variável, o financiamento é sobretudo concretizado pelos impostos e as responsabilidades da prestação dos cuidados de saúde são desconcentradas para as autoridades locais (*Primary Care Trusts* em Inglaterra, *Social Services Boards* na Irlanda do Norte, *Health and Health Boards* na Escócia e *Local health Groups* no País de Gales). A vertente da despesa pública e impostos são fiscalizados pela administração central, e, este, redistribui pelos diferentes países (Saltman, 2007). Neste exemplo de descentralização dos cuidados de saúde, distinguem-se a descentralização dos CSP e o papel dos seus coordenadores. São estruturas locais responsáveis pela gestão dos serviços saúde, pela referenciação para serviços especializados, pela inclusão dos cuidados de saúde com o setor social e que compreendem uma população entre os 80.000 e os 300.000 indivíduos. Os seus coordenadores detêm o dever em garantir a qualidade dos cuidados e o controlo financeiro, através de negociações prévias com a administração central (Barbosa, 2018).

Entre as diferentes formas de descentralização, a descentralização orçamental em que os gastos com a saúde e as responsabilidades tributárias são transferidos para os níveis subnacionais do governo é um dos mais prevalentes (OCDE, 2019). Existem ainda algumas exceções temporárias a esta tendência crescente que coincidem com a crise financeira de 2008 e as medidas de austeridade que se seguiram e a necessidade de tomar medidas imediatas para coordenar as respostas nacionais, especificamente durante a primeira fase da pandemia de COVID-19 (Waitzberg et. al., 2022).

Notavelmente, a saúde é a segunda grande área de gastos para os governos subnacionais em muitos países da OCDE, somente depois da educação. Geralmente, existe uma tendência de implementação assimétrica de reformas de descentralização em países como a França, Itália e Portugal (Jiménez-Rubio & García-Gómez, 2017).

As principais razões para a descentralização na saúde são diversas e incluem a melhoria e promoção da responsabilidade do setor público local, principalmente em ambientes de desenvolvimento, além de que, a descentralização é utilizada geograficamente e culturalmente em diversos países como uma ferramenta para reduzir ou aliviar as tensões decorrentes das razões políticas, culturas e históricas em determinadas regiões (Di Novi et. al., 2019). Apesar destas motivações, diversos estudos sugeriram uma ligação clara entre a descentralização e os resultados económicos, como a eficiência, equidade e crescimento (Di Novi et. al., 2019).

Do mesmo modo, a descentralização tem os seus custos e pode trazer desafios próprios, de acordo com o descrito por Rotulo et. al. (2021). Particularmente, um dos argumentos mais comuns contra a descentralização é a perpetuação ou o aumento das disparidades regionais devido à capacidade financeira mais fraca de algumas regiões, especialmente se a descentralização do financiamento estiver envolvida. Não obstante este poderia ser o caso, mesmo que o financiamento para os cuidados de saúde seja distribuído de forma equitativa, devido a diferenças nas prioridades e preferências locais (Gallo & Gené-Badia, 2013).

Como consequência, as pressões políticas por padronização e equalização entre as regiões muitas vezes surgem para reduzir as desigualdades como resultado de reformas orientadas para aumentar o nível de descentralização a nível local. Geralmente, um resultado recorrente na literatura é que a descentralização não tem um impacto claro nas desigualdades entre regiões, mas poderia ajudar a reduzir as desigualdades entre as regiões, embora as regiões mais ricas podem estar numa posição melhor para contê-las (Costa-Font & Turati, 2018).

A popularidade da descentralização e os argumentos contrastantes a favor e contra gerou muitos estudos empíricos. A maior parte dessa literatura estudou a relação entre a descentralização e o crescimento econômico ou governança; mas outros também analisaram o seu efeito sobre alguns outros resultados do desenvolvimento. No entanto, os artigos sobre este tópico deram resultados muito variados, e a eficácia da descentralização permanece inconclusiva (Smoke, 2015).

A descentralização representa uma palavra francesa para um conceito de política e um termo utilizado para descrever os resultados da evolução do contexto espacial, econômico e institucional no país. De acordo com o filósofo francês e pensador da democracia moderna do século XIX, Alexis Tocqueville a “descentralização não tem apenas um valor administrativo, mas também uma dimensão cívica, uma vez que aumenta as oportunidades para os cidadãos se interessarem pelos assuntos públicos; isso os acostuma usando a liberdade. E da acumulação dessas liberdades locais e ativas nasce a mais eficiente contrapeso às reivindicações do governo central, ainda que apoiadas por uma vontade coletiva”. Assim, na experiência francesa, a descentralização territorial consiste em dar às autoridades as responsabilidades e recursos separados e definidos e, prever a eleição dos representantes pelos cidadãos desses territórios (Cole, 2006, Le Lidec, 2007, Kuhlmann, 2009).

O sistema administrativo francês é verticalmente subdividido em quatro níveis principais: Comunas, estruturas intercomunais, departamentos e regiões, sendo as comunas, departamentos e regiões são as mais relevantes e são governados por conselhos e executivos democraticamente eleitos. Sendo que, o primeiro estágio da descentralização transferiu os poderes tradicionais do prefeito para as regiões recém-criadas e os departamentos históricos que se tornaram formas locais de governo com poder de decisão. As regiões e os departamentos ganharam liberdade de organizar técnicos e serviços públicos e as comunas ganharam mais poderes autônomos, as quais fortaleciam as funções tradicionais (Ebinger & Bogumil, 2008).

A França estava até 31 de dezembro de 2015, dividida em 27 regiões administrativas, 22 das quais estão na área metropolitana e cinco no exterior (departamentos ultramarinos). A ilha da Córsega é um território coletivo (*coletivité territoriale français*), mas, também, considerada como uma região administrava referida como uma região, tanto no uso comum quanto nas divisões administrativas oficiais. As regiões continentais e a Córsega são subdivididas em departamentos, variam entre 2 e 13 por região para as regiões metropolitanas (Continente e Córsega); as regiões ultramarinas consistem de apenas um Departamento cada. A Lei da

Descentralização introduziu as áreas administrativas reminiscentes das províncias históricas francesas (Wollmann & Bouckaert, 2006).

Ao contrário dos estados federais europeus como a Alemanha, as regiões francesas carecem de autoridade legislativa separada, ou seja, com autonomia legislativa e, portanto, não podem escrever a sua própria Lei estatutária. Estas regiões cobram os seus próprios impostos e, em troca recebem uma parte decrescente do seu orçamento do governo central. De salientar ainda que os Conselhos Regionais foram criados por Lei em 5 de julho de 1972, e estes conselhos eram considerados órgãos consultivos constituídos pelos representantes parlamentares da região mais semelhante em número de membros nomeados pelos departamentos e comunas.

Na Alemanha, após um período de mais de 25 anos de implementação de políticas de descentralização e fortalecimento de governos locais, o entusiasmo inicial diminuiu. Em muitos casos, a descentralização não resultou de uma sequência planeada de reformas, mas ocorreu em ambientes politicamente voláteis onde os níveis de confiança eram baixos e onde os responsáveis pelas políticas respondiam em grande parte de forma ad hoc e sistemática às necessidades emergentes de cidadãos, grupos de interesse locais e doadores (Smoke et. al., 2006).

Apesar da imagem positiva no país, a descentralização não foi fácil de implementar, embora a descentralização tenha trazido um conjunto de desenvolvimentos positivos em todo o mundo, e principalmente na Alemanha (Kuhlmann et. al., 2014, Kuhlmann e Wayenberg, 2016). Sendo que, a Alemanha é uma federação unitária com uma forte posição dos seus estados, mas a unidade é constitucionalmente protegida de direito, economia e condições de vida. Como resultado, todos os três níveis estaduais (federal, *Länder*, local) possuem uma legislação distinta e, os seus próprios órgãos executivos.

A formulação de políticas na Alemanha segue o princípio de um “federalismo executivo”. E, este princípio estipula uma divisão funcional de competências entre o nível federal e o nível dos *Länder*. Considerando que o nível federal é principalmente responsável pela formulação de políticas, o nível *Länder* está principalmente envolvido na implementação de políticas (Lehmbruch, 2002). Essa noção geral de uma federação unitária sob o princípio do federalismo executivo tem várias implicações. O nível federal não tem controlo hierárquico, sem supervisão legal e também sem apropriação financeira ao nível dos *Länder*. Como consequência, o executivo federal tem muito pouco envolvimento direto na implementação e prestação de

serviços, e, portanto, não opera com escritórios regionais ou locais (as exceções incluem defesa, alfândega, vias navegáveis interiores, e Polícia Federal).

Na década de 70, no Brasil, devido aos efeitos negativos da centralização autoritária e da concentração de poderes, desenvolveram-se movimentos e ações necessárias para a criação e desenvolvimento do processo da descentralização. Estes movimentos estenderam-se rapidamente e a partir de 1987 iniciou-se a transferência de competências, recursos financeiros, instalações, equipamentos e profissionais de saúde, para a gestão da saúde local. Este novo modelo de descentralização possibilitou o alargamento da cobertura assistencial à população, através da implantação de um novo modelo de cuidados designado Programa de Saúde da Família, adaptado ao estabelecimento de novas formas de contratualização de pessoal, às restrições de gastos públicos e adaptadas e mais flexíveis às necessidades (Barbosa, 2018). Para o processo de descentralização do Brasil, em muito contribuiu a pressão exercida pelos profissionais dado o cansaço da pressão centralizadora e dos excessivos poderes concentrados. Para tal, a descentralização na saúde trouxe autonomia administrativa, política e financeira ao nível local, bem como poder decisório respeitante à gestão e planeamento dos serviços de saúde. No decorrer do ano 2000, a descentralização foi considerada basilar para cumprir os “Objetivos do Milénio”, dado cooperar no combate aos problemas causados pela centralização, tais como a inflexibilidade, a corrupção, a burocracia e a ausência de políticas orientadas para as necessidades da população (Barbosa, 2018).

Em Portugal, o processo de descentralização territorial e administrativa dos cuidados de saúde teve início depois do 25 de abril de 1974 com repercussão na melhoria de alguns indicadores de saúde, tais como a mortalidade infantil, o aumento da qualidade e do acesso aos cuidados e a maior interação entre o setor social e o setor da saúde (Raposo et al., 2020). Os indicadores do acesso e da qualidade aparentam estar relacionados com a ampliação dos CSP. No entanto, ainda se evidenciam algumas desigualdades no SNS português, como consequência na desigualdade de acesso aos cuidados que se devem essencialmente a fatores políticos. Exemplo desses fatores são a carência de políticas de continuidade na saúde, de uns governos para os outros, e a duplicação de estruturas, o que incentiva à centralização ao nível do planeamento, da gestão, da avaliação do desempenho e da alocação de recursos humanos e materiais (Saltman, 2007).

As principais conclusões das experiências de descentralização são:

- Dinamarca: A experiência dinamarquesa é mencionada primeiro, destacando a transformação das suas unidades administrativas em "*kommune*" e a consequente descentralização na saúde como um exemplo pioneiro e bem-sucedido.
- Finlândia: Em seguida, é mencionada a experiência finlandesa, enfatizando o princípio de que os serviços de saúde utilizados localmente devem ser geridos e produzidos localmente, resultando em um maior contributo para o bem-estar geral.
- Espanha: A experiência espanhola é abordada, observando a descentralização da saúde em diferentes fases e as iniciativas específicas voltadas para atender às preferências e necessidades locais.
- França: A experiência francesa é detalhada, enfatizando a divisão vertical em diferentes níveis administrativos (Comunas, estruturas intercomunais, departamentos e regiões) e o aumento das liberdades locais nas regiões e departamentos.
- Alemanha: A experiência alemã é apresentada, destacando o "federalismo executivo", onde a divisão funcional de competências entre o nível federal e o nível dos *Länder* resulta em um menor envolvimento direto do nível federal na implementação e prestação de serviços.
- Brasil: Em seguida, a experiência brasileira é mencionada, ressaltando a transferência de competências, recursos financeiros e gestão da saúde para o nível local como uma resposta aos problemas causados pela centralização.

2.4. Prós e contras da descentralização

A descentralização da saúde é “considerado um meio promotor da democracia e da responsabilização dos que governam os sistemas de saúde, não como um instrumento para melhorar o desempenho, mas sim como um fim em si mesmo. Por conseguinte, como item autónomo, deve fazer parte de um conjunto de objetivos de estratégias de reforma para o sector da saúde” (Raposo et. al., 2020).

A descentralização organizacional e a da gestão da saúde têm sido indicadas como um procedimento altamente contributivo para a maior satisfação das carências de equidade em saúde e como um fator de estímulo à integração da prestação dos cuidados de saúde. Esta coopera no aumento da satisfação dos profissionais, para a redução das duplicações dos processos e serviços e para a contenção de custos. Permite, ainda, a definição de

responsabilidade e a contribuição para a igualdade entre regiões, dada a redistribuição seletiva de recursos. Esta evidência tem sido demonstrada através de organizações mais complexas, como é o caso das da saúde, obtendo-se melhores resultados se a sua estrutura organizacional for descentralizada (Fernandes, 1998).

Segundo o estudo de Fernandes (1998), os inquiridos asseguraram que “a descentralização do sistema de saúde permite adequar melhor o critério de localização da prestação em função das necessidades das pessoas” e que pode “contribuir para a racionalização da utilização dos serviços de saúde, facilitando a interligação entre os diferentes níveis de cuidados e promovendo a melhoria contínua da satisfação do utilizador”. Na mesma investigação concluiu-se que a descentralização proporciona a resolução dos problemas de saúde locais através da aplicação de programas específicos.

Na literatura foram, igualmente, encontrados outros aspetos importantes na implementação da descentralização da saúde como a delineação de processos em pequena escala, com impacto limitado e com resultados mais positivos e mais controláveis. O processo em pequena escala possibilita um controlo e uma avaliação mais apertada, evitando resistências à mudança. Dispor de um plano a longo prazo também é mais benéfico dado tratar-se de um processo mais moroso e que implica uma fase antecedente (planeamento e preparação) (Barbosa, 2018).

O relatório do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2017) comprova que a descentralização nos domínios da desconcentração e da delegação promove o aumento dos resultados, do desempenho e uma maior agilidade do funcionamento das unidades locais de prestação de cuidados da saúde, dada a sua maior liberdade de atuação. Também, possibilita o aumento da eficácia e o estímulo da capacidade de inovação, cooperando para um sistema mais orientado e dedicado para o cidadão (Collins, 2014, Saltman, 2007).

A maior responsabilização dos órgãos locais e regionais e, conseqüente, incremento da melhoria das estratégias de saúde sustentadas nas carências reais, são conseqüências da maior autonomia de gestão a nível local. No mesmo sentido, surge a melhor adequação dos recursos existentes, a maior adaptabilidade e maleabilidade que beneficiam a coordenação do controlo de desempenho. A implementação destas estratégias a nível local possibilita aos órgãos centrais, uma maior disponibilização de recursos disponíveis para o planeamento estratégico do sistema de saúde (Collins, 2014, Saltman, 2007).

Tabela 2: Resumo das vantagens da descentralização no setor da saúde

Para a Satisfação
Cuidados difundidos e orientados para o cidadão Maior liberdade na atuação das unidades prestadoras Aumenta a satisfação profissional e dos utentes
Para o desempenho do sistema de saúde
Melhoria dos resultados em saúde Simplifica a prestação adequada às necessidades Promove a implementação de estratégias para a saúde Apropria os programas aos reais problemas locais da saúde
Para a economia
Otimiza a contenção de custos Otimiza a utilização dos recursos Aumenta a eficiência e melhora a gestão
Para a sociedade
Incrementa a equidade Difunde a igualdade entre regiões Aumenta a responsabilização das autoridades regionais e locais Contribui para a democracia e o envolvimento das comunidades

Adaptado de Barbosa (2018)

Na preconização da descentralização, ambas as administrações, central e regional, não deixam de ter o seu papel preponderante na promoção da prestação dos cuidados de saúde, devendo garantir a existência dos padrões de qualidade, assim como a execução dos objetivos e metas propostos. Como tal, precisam de um conjunto de ferramentas como a contratualização de indicadores e de instrumentos de monitorização da prestação de cuidados, ou seja, planos de atividade, sistemas de informação, contratos-programa e regulamentos internos (Barbosa, 2018).

Segundo Raposo et. al. (2020) “transformar as estruturas regionais e locais e as suas organizações em cadeias de transmissão de decisões tomadas centralmente nega eficácia, competência e capacidade de inovação para encontrar soluções que só são possíveis com o conhecimento local dos problemas. O centralismo na saúde pode atualmente representar um fator de alto risco no desempenho futuro e sustentabilidade do SNS português”.

No sentido inverso, a descentralização apresenta dificuldades na quantificação dos resultados associados à autonomia, tomada de decisões, responsabilização e ao processo escolhido (Saltman, 2007). No mesmo sentido, a descentralização pode ter efeitos negativos e prejudiciais à sua implementação, comprometendo a estabilidade e a eficiência, contribuindo para a ampliação das disparidades no acesso aos cuidados de saúde, caso este processo não seja implementado no tempo certo e com o objetivo certo (Prud'homme, 1994).

Conforme descreve Saltman et. al. (2007), a descentralização em saúde apresenta alguns resultados dúbios sendo a desigualdade territorial a mais mencionada, especialmente as crescentes disparidades entre as áreas ricas e pobres.

Da mesma forma, pode conceber o aumento da despesa pública (promovida pelo maior número de cargos eleitos e correspondentes despesas salariais) e a duplicação de esforços, na medida em que ocorre o risco de se procriar a descoordenação no exercício da função administrativa. Ou seja, para além da possível duplicação das funções governamentais, a descentralização pode originar várias políticas da saúde locais, concorrentes ou mesmo que se sobreponham em diferentes partes do país (Barbosa, 2018).

Na mesma linha das desvantagens da descentralização é encontrado o risco de subotimização, dado as entidades locais poderem focar-se demasiado nos resultados do seu desempenho próprio em prol do desempenho global, bem como, cooperar com uma variedade de práticas inapropriadas (Collins, 2014).

Também, acompanha o risco de putrefação ao nível local quando os grupos políticos têm capacidade de captura, no processo político junto das suas comunidades eleitoras, dado a sua proximidade junto à população e, conseqüente, influência e controlo das políticas públicas locais, satisfazendo as preferências da comunidade local (Collins, 2014).

No que concerne à eficiência produtiva e técnica, a descentralização pode ostentar a incapacidade de gerar economias de escala, dada a sua excessiva fragmentação. O facto de as unidades locais e territoriais poderem ser excessivamente menores e não demonstrarem capacidade para o desempenho das competências atribuídas pode, também, provocar ineficácia devido carências ao nível dos recursos financeiros e humanos (Barbosa, 2018).

Quanto à descentralização na saúde, do governo central para áreas locais mais pequenas, do ponto de vista económico, concluíram a existência de ganhos em saúde, no entanto, também sugerem a existência de custos mais avultados, com conseqüências duvidosas em termos de eficiência (Alves et. al., 2013).

Portugal, apresenta um dos valores mais baixos no domínio da descentralização, delegação de competências e atribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governação, onde as decisões são maioritariamente centralizadas (Joumard et. al., 2010).

A descentralização da saúde em Portugal tem sido descrita como lenta e conta com diversas resistências à sua implementação. A recentralização das políticas da saúde, ao nível da aquisição, provisão e planeamento dos serviços de saúde, e algum reforço do papel do setor privado nos cuidados de saúde, ao abrigo do Memorando de Entendimento, no período da profunda crise na Europa em 2011, é exemplificativo das dificuldades encontradas neste processo de descentralização (Raposo et. al., 2020).

Os sucessivos governos portugueses foram adotando diferentes estratégias para a descentralização da saúde. No entanto, segundo Raposo et. al. (2020) “algumas partes do processo de descentralização foram feitas utilizando semiprivatização (por exemplo, externalização da segurança, alimentação e limpeza serviços ao sector privado), incentivos à procura de serviços de saúde privados (por exemplo, taxas moderadoras inferiores às do sector público), novos acordos com instituições privadas de solidariedade social, a entrega de instituições públicas para o sector privado (e.g, Misericórdias) ou novos contratos de gestão com instituições privadas”.

As resistências dos níveis intermédios da prestação dos cuidados de saúde, Administração Regional da Saúde (ARS) e seus serviços sub-regionais, foram uma das hipóteses explicativas avançadas pelo Grupo Técnico para os CSP, com maior destaque, para o insucesso das várias tentativas de descentralização da gestão (Barbosa, 2018).

3. Saúde em todas as políticas e cidades saudáveis

A "Saúde em todas as políticas" e "cidades saudáveis" são conceitos fundamentais para promover a saúde e o bem-estar das populações. Ambos visam abordar os determinantes sociais da saúde e trabalhar em colaboração entre diversos setores para alcançar resultados mais favoráveis para a saúde pública.

3.1. Saúde em todas as políticas

A saúde dos cidadãos é um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais, sociais e as capacidades físicas, não são somente um produto das ações no domínio da saúde, como em diferentes domínios, quer sejam pelas ações locais ou nacionais. Em grande parte, são determinadas por fatores económicos e sociais, e daqui por políticas e atividades indiretas do setor da saúde (WHO, 2008).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta descrição supera a definição negativa de saúde como ausência da doença e inclui os domínios físicos, sociais e mentais, assim como a inclusão da adequação do indivíduo ao meio onde se insere (Machteld, 2011).

No entanto, esta descrição da OMS contém algumas limitações dada a alteração considerável da demografia populacional e a natureza da doença. Dada a saúde ser um fator fundamental para o desenvolvimento da sociedade, a ênfase foi então disposta na capacidade de autogestão e ajuste dos indivíduos e das populações saudáveis. Esta perspetiva de adequação e adaptação social insere-se num panorama conceptual planificador dos recursos coletivos e individuais (Loureiro, 2013).

A definição ou a perceção em saúde, em concordância com as circunstâncias e os valores das sociedades, varia no espaço e no tempo. Contudo, a saúde deve constituir-se, permanentemente, como um instrumento para a promoção da qualidade de vida. A saúde pode ser mensurada através do contributo na garantia dos padrões de vida social, cultural e material, essenciais ao progresso pleno das capacidades humanas. Sob esta perspetiva, o nível de saúde é um modelo de referência sob o qual se pode estabelecer se uma sociedade é bem ou mal sucedida (Hall, 2009).

A Saúde em Todas as Políticas (STP) é um facilitador da equidade em saúde e uma estratégia colaborativa para integrar as considerações de saúde na tomada de decisões em setores e

domínios políticos de uma forma mais decisiva e eficaz. Assim, o plano regional de ação está geralmente de acordo com o espírito da Declaração de Alma-Ata de 1978 (1), da Carta de Ottawa de 1986 para a Promoção da Saúde (2), a Declaração Política do Rio de 2011 sobre Determinantes Sociais da Saúde (3), e o enquadramento interdependente e multissetorial da Agenda 2030 para o Desenvolvimento sustentável.

A STP promove uma abordagem abrangente e intersectorial e uma ação para lidar com os determinantes sociais, económicos, ambientais e políticos subjacentes da saúde da população e, foi adotada em setembro de 2014 pelo 53º Conselho Diretor da OPAS (Resolução CD53.R2 e Documento CD53/10)² e, estabeleceu os objetivos e metas específicas para um período de cinco anos, de 2014-2019 e, ao mesmo tempo, corresponde à estrutura de saúde em todas as políticas da OMS para o país³.

O objetivo da STP é melhorar a saúde da população, equidade em saúde e o contexto em que os sistemas de saúde funcionam, alterando a formulação de políticas públicas em todos os setores, com a finalidade de alcançar os impactos mais favoráveis. As políticas públicas que definem o papel do setor público e o espaço regulatório e as capacidades, assim como as políticas educacionais, económicas, comerciais e orçamentais, são importantes na definição do contexto de funcionamento dos sistemas de saúde. As decisões fora do âmbito direto do setor da saúde também influenciam o mandato, o objetivo regulatório e os recursos para a proteção da saúde, segurança ocupacional, ambiental e de trânsito e, para a proteção contra as doenças transmissíveis e não transmissíveis

A garantia do desenvolvimento sustentado e da luta contra a pobreza requer um forte investimento no desenvolvimento social e económico. Nesse seguimento, a Agenda Global de Saúde da OMS, apela a maior ênfase nas políticas da saúde, devendo ter uma repercussão na agenda económica, em resultado no impacto negativo da má saúde e na sua acuidade para a eficiência global dos países, assim como na agenda da justiça social, dada a saúde ser um valor e um direito fundamental do ser humano (WHO, 2011).

² Pan American Health Organization. Plan of action on health in all policies [Internet]. 53rd Directing Council of PAHO, 66th Session of the WHO Regional Committee for the Americas; 2014 Sep 29-Oct 3; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2014 (Resolution CD53.R2) [cited 2017 Mar 2]. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27549&Itemid=270&lang=en.

³ Pan American Health Organization. Plan of action on health in all policies [Internet]. 53rd Directing Council of PAHO, 66th Session of the WHO Regional Committee for the Americas; 2014 Sep 29-Oct 3; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2014 (Document CD53/10, Rev. 1) [cited 2017 Mar 2]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26797&Itemid=270&lang=en

A Estratégia Saúde 2020 fortalece esta visão, preconizando a estratégia de «Saúde em todas as políticas». Esta visa a sua aplicabilidade em diversos setores como os da economia, do emprego, da educação e da infância, da agricultura e da alimentação, dos transportes, do ambiente e da sustentabilidade, da gestão do território e da cultura, entre outros, o que incita particular importância na avaliação do impacto na saúde destas políticas nos seus diversos domínios. Por sua vez, a saúde, tem repercussões políticas e sociais (WHO, 2010).

Esta estratégia, também vem reforçar a relevância e a importância das ações transversais para o bem-estar e a saúde, nos governos e na sociedade, ou seja, todas as abordagens do governo e da sociedade, identificando a necessidade de reforço das capacidades de intervenção no domínio da saúde pública (WHO, 2010).

Desde a conferência de Ottawa, marco de referência para capacitação dos investigadores e das instituições para a medição em saúde, a saúde é assumida como um investimento em todas as dimensões da vida e está inserida numa estratégia global de proteção à saúde que visa o seu desenvolvimento nos diversos setores: saúde ambiental, saúde ocupacional, saúde oral, entre outros. Também, ganhou maior ênfase, o paradigma salutogénico que se focaliza nos fatores que interferem positivamente nos indivíduos e nos grupos, multidirecional e multidimensional, procurando promover as potencialidades e os recursos existentes (Loureiro, 2013).

As mudanças económicas e sociais e, conseqüente possibilidade coletiva de ajustamento, tem implicações na saúde e no modo como os indivíduos tem capacidade para lidar com elas, delimitando até que ponto alcançam soluções apropriadas para a resolução dos problemas e fortalecem a sua resiliência a nível individual como a nível social local ou nacional (Loureiro, 2013).

Exemplificativo deste fenómeno surge o relatório da Comissão da Medição do Desempenho Económico e do Progresso Social, denotando que rápidas alterações económicas, a saúde encontra-se imediatamente em risco e aumenta a pressão sobre o sistema de saúde, salientando ser fundamental a existência de fortes sistemas de proteção e coesão social e a estreita relação entre os ganhos em saúde e o investimento no sistema de saúde. A mesma comissão sugere aos governos o forte investimento em saúde, tendo em conta que é uma área fundamental para o sustentado crescimento dos países e contribui para a qualidade de vida e para a saúde quando integrados com as demais políticas, como por exemplo, a educação, o ambiente, os transportes, entre outros (Stiglitz, 2010).

A crise económica e financeira teve repercussões sobre a saúde, bem como na redução dos serviços governamentais e não-governamentais. Esta redução colocou uma enorme pressão sobre os governantes e as comunidades sociais na capacidade de corresponder às dificuldades criadas nos sistemas de saúde, com particular expressão, as de proximidade e acesso aos serviços locais de saúde, contribuindo significativamente para o aumento das desigualdades em saúde (Catalano, 2009, Tello, 2015).

A reinvenção e o fortalecimento do sistema de saúde com o intuito da melhoria em saúde e bem-estar da sociedade, conduzirão à premissa de uma “boa” governação de saúde (*health governance*). A governação para a saúde (*governance for health*) inclui a intervenção de toda a sociedade (organizada e não organizada), para além da ingerência dos serviços de saúde, numa perspetiva de participação, ação e de compromisso intersetoriais (CTEPNS, 2019).

Portanto, as prioridades nacionais de saúde devem expressar um reflexo claro nos diversos setores sociais, não apenas no domínio da saúde, como na delineação e desenvolvimento do Ecossistema de Informação de Saúde, na inclusão coerente dos sistemas de informação em saúde, nas normas e metodologias de contratualização e financiamento dos serviços públicos de saúde, promoção e investimento na investigação em saúde, bem como, e dada a transversalidade da saúde, nas áreas do domínio económico, social, ambiental, geográfico, entre outros (CTEPNS, 2019).

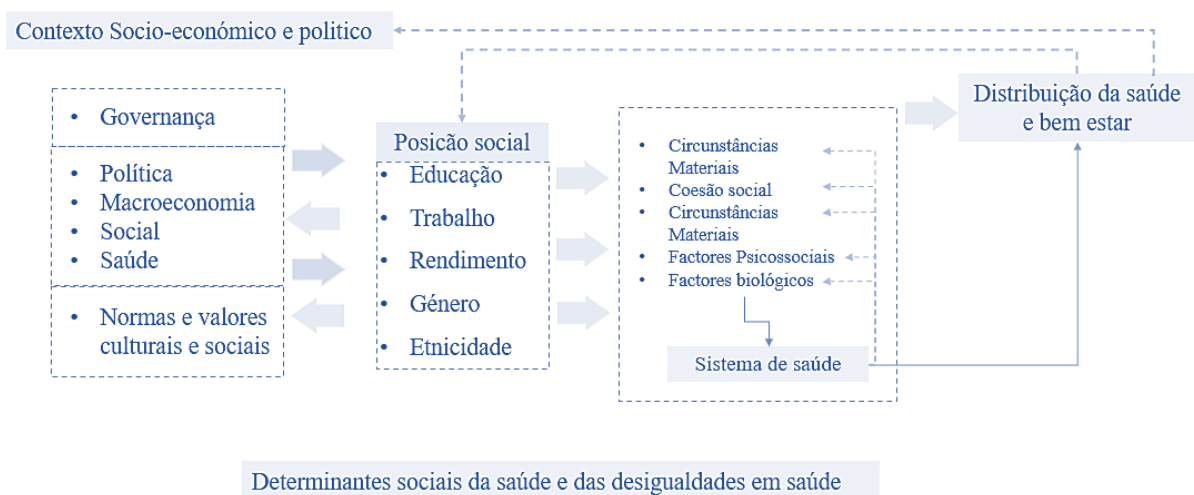
Os árduos desafios ao desempenho da função de governação de saúde, quer ao nível dos PNS e sua implementação, quer nos sistemas de saúde modernos, são colocados à prova aquando da passagem de uma função de governação centralizada e organizada segundo as linhas verticais de responsabilização para os sistemas de governação mais descentralizados e com múltiplos atores e níveis de autoridade (CTEPNS, 2019).

As políticas públicas são integrantes de um conjunto de fatores preponderantes nos modelos dos determinantes sociais da saúde, pelo que se torna relevante a perceção das estruturas do poder central e local, com maior ênfase para o local, se os mecanismos de governação, os serviços públicos e as organizações, estão interligados para a obtenção de resultados positivos na saúde e no bem-estar geral das comunidades (Loureiro, 2013). Atualmente, reaver soluções para colmatar o agravamento das condições de saúde, sociais e económicas constitui um repto permanente à ação do governo, dos poderes locais, das instituições sociais do setor público, do setor privado e das comunidades. Este percurso, na procura das soluções mais adequadas e,

consequente implementação local, no âmbito da promoção da saúde, já foi iniciado por alguns municípios portugueses (CTEPNS, 2019).

A saúde tem de ser encarada no contexto de mudanças políticas, sociais, económicas, tecnológicas e científicas, pelo que se torna limitada por múltiplos fatores, nomeadamente, genéticos, económicos, ambientais e psicossociais. Esta promoção passa pelo indigitamento de ambientes saudáveis como família, trabalho, escola, rua, hospital, casa e dentro do ciclo vital, ou seja, da gravidez até à morte. Transversalmente, deve integrar um comprometimento de toda a sociedade, quer pela via do comércio, quer a da educação, da cultura, da segurança nacional, entre outros aspetos da sociedade, batalhando firmemente qualquer configuração de exclusão como demonstra a figura 2 (Loureiro, 2010).

Figura 2: Quadro Técnico de Referência da CDSS



Fonte: Loureiro et. al. (2010)

Como tal, a promoção da saúde não se restringe apenas aos deveres no setor da saúde, e vai muito além dos estilos de vida saudável, passando por ambientes que incentivem a saúde. Por exemplo, as alterações aplicadas ao nível laboral podem implicar uma multiplicidade de efeitos para a saúde (WHO, 2008).

Dados estes fenómenos, as perceções das autoridades de saúde perante o setor podem ser de impotência para além de tentativas de mitigação das consequências. Pois, apesar das medidas serem reconhecidas como consequências promotoras da saúde, não pode, por si, aumentar tributações do álcool e do tabaco, redefinir os planos de desemprego ou relações do trabalho, impor normas técnicas para os veículos motorizados, entre outros. Portanto, cabe ao poder central, nos seus diversos domínios, aplicar políticas que vão ao encontro destas medidas facilitadoras e promotoras da saúde. Demonstrativo destas possíveis medidas de boa

governança são a contribuição para o aumento da esperança vida em 75 anos ou mais, comparados com os expectáveis 35 anos nos casos de má governança (WHO, 2008).

O aumento das igualdades e a redução do gradiente social induz melhorias à saúde de todos. Também, permite a diminuição do elevado preço dos atos médicos que estão a colocar uma elevada carga sobre os recursos das instâncias de saúde, de tal forma que possa impossibilitar o desenvolvimento de políticas essenciais à promoção da saúde. Portanto, uma boa saúde e qualidade de vida aumenta a capacidade de aprendizagem, amplifica a produtividade profissional, incentiva ambientes sustentáveis, fortalece as famílias e suas comunidades, bem como colabora na inclusão social e na redução da pobreza (Delgado, 2019).

Dadas as populações não serem estáticas, importa observar a saúde em distintos aglomerados populacionais e investigar a sua dinâmica num espaço particular e de como esta pode interferir na saúde. Diversas características destes espaços de vivência já estão mencionadas enquanto determinantes económicos e sociais para uma melhor saúde da população. O espaço habitacional e ambiental é exemplificativo de como pode influenciar quer a saúde mental quer a saúde física do cidadão (Loureiro, 2010).

Níveis elevados de depressão foram encontrados em áreas com espaço urbano considerados visivelmente degradados. Também, são encontradas maiores prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, bem como a violência e o crime (Weich et. al., 2002). A tipologia de construção, assim como a densidade populacional, as qualidades estéticas da urbanização e do espaço, o funcionamento de redes sociais e o uso intercalar do espaço podem influenciar a atividade física. Desta forma, são documentadas as associações entre as condições de habitação com o nível de saúde (WHO, 1998).

Esta interface entre a saúde, o desenvolvimento económico, o bem-estar e os outros domínios têm sido introduzidos na agenda política de todos os países. Também, e cada vez com maior incidência, as sociedades, as indústrias, os empregadores, os decisores, entre outros, esperam e reclamam políticas coordenadas e perspicazes de promoção aos determinantes da saúde em consonância com outras áreas. Portanto, torna-se fundamental para o setor da saúde empenhar-se na cooperação com outros setores políticos e sociais, a fim de garantir que a saúde seja reconhecida como um dos produtos socialmente valorizados de todas as políticas, bem como colaborar na resolução dos problemas prioritários pré-identificados (WHO, 2008).

Esta atividade intersectorial é um princípio fundamental da Declaração de Adelaide sobre a STP, da OMS, enfatizando a incorporação da saúde em todos os setores como componentes centrais

do desenvolvimento de políticas. Esta, também manifesta a necessidade da instituição de um novo contrato social cooperativo entre todos os setores com o intuito da ampliação da equidade, do desenvolvimento humano, da sustentabilidade e da melhoria das condições de saúde. Contudo, são necessárias novas formas de governação que incluam uma liderança compartilhada através dos diferentes setores (WHO, 2010).

A interdependência das políticas públicas requisita uma coordenação da formulação de planos estratégicos que usufruam objetivos comuns, objeções integradas e uma redistribuição da responsabilidade pelos diferentes setores governamentais, incluindo a parceria entre o setor privado e a sociedade civil (WHO, 2010).

O setor da saúde possibilita o apoio de outras esferas do governo cooperando ativamente na formulação de políticas capazes de alcançar os objetivos destes setores. No entanto, os governos necessitam de processos institucionalizados que valorem resoluções multissetoriais e combatam desigualdades de poder com o intuito de melhorar as condições de saúde. Para isso, é necessário a delegação de competências legais, orçamentais, autonómicas e soluções sustentáveis que facultem às diferentes entidades governamentais, quer a nível central, quer a nível local, possibilitando o trabalho colaborativo e empenhado no encontro de soluções integradas (WHO, 2010).

A abordagem STP foi um programa experimentado e desenvolvido num certo número de países, com o objetivo de auxiliar os líderes governamentais a formular políticas integradoras da saúde, do bem-estar e da equidade, durante a sua formulação, implementação e avaliação. A estruturação deste processo requer a existência de janelas de oportunidade para serem utilizadas na mudança das mentalidades dos agentes, da cultura da formulação de políticas e de incitar ações.

Para a preconização da STP, o setor da saúde necessita de aprender a cooperar e a trabalhar em conjunto com outros setores. Assim, torna-se imperativo explorar inovações políticas, novos mecanismos e instrumentos, bem como a promoção de melhorias no quadro regulamentar. No entanto, o esforço não pode ser apenas indigitado por outras políticas setoriais em prol da saúde, também o setor da saúde tem de se tornar aberto para os outros setores e possuir o conhecimento necessário, isto significa maior capacitação na coordenação e apoio dos decisores políticos. Ao adotar esta estratégia, o poder central terá novas responsabilidades, conforme os seguintes pontos:

- Compreender a agenda política e os imperativos administrativos de outros setores;

- Produzir conhecimento e evidências relativas às políticas e estratégias;
- Avaliar comparativamente as consequências sobre a saúde de cada opção relativa ao processo de desenvolvimento das políticas;
- Conceber plataformas de diálogo para a resolução de problemas com outros setores;
- Avaliar a eficiência de políticas intersectoriais;
- Desenvolver melhores mecanismos e recursos;
- Promover a diferenciação e especialização dos recursos humanos;
- Cooperar com outros setores do governo em prol do cumprimento das suas metas e, desta forma, melhorar as condições de saúde e ampliar o bem-estar.

Igualmente integram-se como valores da promoção da saúde a solidariedade, a sustentabilidade, a justiça social, a responsabilidade e a autonomia. A OMS assume como estratégias o “desenvolvimento de competências pessoais para a saúde, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento de ambientes saudáveis, a criação de políticas públicas de promoção de saúde e o reforço da ação comunitária para a saúde, reconhecendo que a saúde é um direito humano básico e essencial para o desenvolvimento social e económico” (WHO, 1998).

Neste sentido, os principais recursos do STP incluem uma base sólida em direitos humanos e justiça com foco na formulação de políticas. Na prática, também é necessário priorizar os esforços e procurar sinergias para melhorar a saúde e outros objetivos sociais. É importante procurar assegurar que os impactos nocivos para a saúde, a equidade na saúde e o funcionamento dos sistemas de saúde das políticas em todos os setores sejam evitadas sempre que possível. Ainda assim, o STP encontra apoio nos direitos humanos desenvolvidos sob a Lei internacional e implementadas na legislação e políticas nacionais em muitos países. Tem como base o direito à saúde e direitos humanos relacionados com a saúde, sendo esta abordagem baseada nos direitos para a saúde evoluiu para incluir responsabilidades do governo para a saúde básica, serviços e determinantes da saúde⁴. Os valores de justiça social, equidade e a dignidade humana estão no centro do HiAP⁵.

3.2. Cidades saudáveis

As populações saudáveis são elementos chave para o alcance dos objetivos de qualquer sociedade. No seguimento desta premissa, ergueu-se o movimento das cidades saudáveis que

⁴ WHO (2006). World Health Organization: basic documents. Constitution of the World Health Organization. Geneva (<http://apps.who.int/gb/bd/>, accessed 12 March 2013):2.

⁵ Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D (2007). History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet*, 370(9585):449–455.

vê a saúde muito para além dos cuidados de saúde, traduzindo-se numa conveção política com uma componente fundamental da polifonia, do envolvimento e da participação ativa dos cidadãos na garantia de uma cidade mais saudável (Soares, 2017).

Segundo Kickbusch (2004), “nas sociedades desenvolvidas a saúde tornou-se não só um tema dominante nos discursos social e político, como também um objetivo major na vida das pessoas. Num curto espaço histórico do tempo (cerca de 100 anos), uma vida longa e mais saudável tornou-se um facto demográfico num objetivo da sociedade e numa expectativa pessoal”.

As cidades sustentáveis foram a primeira rede verdadeiramente global de governos e comunidades locais com uma ambição mais ampla que ia mais além do que menos acordos de “geminção” para a razão geopolítica (Zelinsky, 1991). A colaboração intersetorial e interdisciplinar, bem como a participação da comunidade, foram os principais objetivos da OMS na Europa, cujo objetivo era focar o bem-estar em vez de abordagens biomédicas para a saúde. Embora seja muito desafiador pensar numa tipologia de Iniciativas de Cidade Saudável tendo em conta a sua diversidade, alcançaram alguns resultados com maior capacidade dos governos e comunidades locais para abordar a montante determinantes sociais da saúde e questões de equidade nas deliberações políticas locais (de Leeuw & Simos, 2017).

Em 1989, a OMS iniciou o “*Healthy Cities programme*” e envolveu no seu glossário a definição do conceito: "uma cidade saudável é aquela que está continuamente a criar e melhorar os ambientes físicos e sociais e expandindo os seus recursos, permitindo que as pessoas se apoiem mutuamente no desempenho de todas as funções da vida e no desenvolvimento do seu potencial máximo" (WHO, 1998).

Uma cidade saudável que visa a melhoria da qualidade de vida da população tem a sua política assente em quatro pilares fundamentais:

- Criação de um ambiente favorável à saúde;
- Promoção de qualidade de vida;
- Promoção de acesso aos cuidados de saúde;
- Fornecimento de saneamento e higiene básicas.

A crescente importância das questões de desenvolvimento sustentável na agenda internacional também desencadeou o desenvolvimento de programas locais para lidar com os desafios mais ou menos específicos e com impacto direto ou indireto na saúde humana e nos ecossistemas. Como exemplo, a Cúpula do Rio de 1992 e sua Agenda 21 insistiram na inter-relação das questões ambientais e com as preocupações com a saúde urbana, enquanto os Objetivos de

Desenvolvimento do Milênio adotados em 2000 foram todos “explícita ou indiretamente relacionados à promoção e prevenção da saúde” (Lawrence & Fudge, 2009).

Assim, desde o ano de 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidos no âmbito da Agenda 2030 das Nações Unidas reforçaram o papel crucial desempenhado pelas cidades na promoção das condições de vida mais saudáveis. As cidades saudáveis estão explicitamente vinculadas nos ODS, com o objetivo de “tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis” (ONU, 2015).

Durante o ano 2016, ocorreu uma conferência global sobre a promoção de saúde em Shangai, que contou com a participação de líderes governamentais, especialistas em saúde, ONU e cem presidentes de câmara de todo o mundo com a finalidade de promover a saúde pública e a erradicação da pobreza, em que resultou a publicação da Declaração de Xangai assente no compromisso da escolha de políticas audazes na área da saúde e com maior ênfase para as conexões entre os domínios da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento sustentável. Como tal, publicaram cinco princípios com que se comprometem na tomada de decisão para tornar as suas cidades mais saudáveis:

- Tornar a saúde com uma consideração a estar presente em todas as políticas;
- Abordar os determinantes de saúde em todas as suas dimensões sociais, económicas e ambientais;
- Promover o envolvimento da comunidade nos projetos e medidas promotoras da saúde adotadas;
- Promover a equidade nos serviços de saúde, através da sua reorganização;
- Avaliar e monitorizar o bem-estar da população e os determinantes da saúde.

Também, definiram dez áreas de atuação prioritárias para atingirem os objetivos a que se propõem, que envolvem a qualidade de vida, o ambiente, a educação, a segurança, a igualdade de género, o combate à discriminação, a promoção da mobilidade sustentável, a diminuição das doenças infecciosas, a promoção de uma alimentação equilibrada e deter uma cidade sem tabaco (figura 3) (WHO, 2017).

Figura 3: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: WHO (2017)

Outro produto final da conferência foi a “Declaração de Xangai sobre a promoção da saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, onde são publicados três eixos estratégicos de compromisso para a promoção da saúde, ou seja, boa governação, cidades saudáveis e literacia em saúde (figura 4). Estes são alcançados com recurso à proteção, regulação e fortalecimento legislativo de políticas públicas, um maior investimento em saúde, bem-estar e equidade social e uma maior ligação entre as políticas de saúde e as outras políticas nacionais e locais (WHO, 2017).

A Declaração de Xangai também enumera como um dos principais pilares de promoção da saúde, o aumento dos índices de literacia da saúde e da alfabetização da comunidade, por forma aperfeiçoar a consciencialização dos cidadãos para a tomada de estilos de vida saudáveis. Este consórcio reconhece a saúde das suas populações como um fator intrinsecamente ligado ao desenvolvimento sustentável das cidades, e, portanto, fundamental para uma gestão de qualidade (WHO, 2017).

Segundo Borowy (2014), “embora apenas um ODS se dirija diretamente à saúde, foi assumido que a saúde envolve uma ampla gama de determinantes sociais cobertos pelos outros ODS e que a saúde sustentável requer um mundo sustentável.”

Figura 4: Eixos estratégicos para a promoção da saúde



Adaptado de WHO (2017)

Para o alcance do ODS todos os países, todas as instituições, devem de atuar em colaboração, parceria e em intersectorialidade para o planeamento e a implementação da Agenda 2030. Portanto, surgem como novos desafios o reconhecimento sistemático do valor social da saúde, a relevância do estabelecimento de compromissos ao nível nacional e local, seleção de um planeamento intersetorial, determinação das necessidades de desenvolvimento local como ponto de partida e com particular enfoque nas iniquidades, aproximar o planeamento do nível local, possuir instrumentos de evolução e a valorização da comunicação, monitorização e avaliação dos ODS (Ferrinho, 2019).

Parece existir um alinhamento superior entre as características de uma cidade saudável e ODS. Em 2016, a Federação Mundial de Associações de Saúde Pública tomou medidas significativas para melhorar o conhecimento sobre o impacto da globalização na saúde pública, e desenvolveu uma Carta Global para a Saúde Pública (CGSP) com a finalidade de facilitar a colaboração das partes interessadas da saúde pública em relação a questões transfronteiriças, como o comércio internacional de produtos não saudáveis.

Tendo em conta a complexidade da relação saúde-sustentabilidade, vários agentes e organizações criaram um conjunto altamente diversificado de projetos e redes de cidades temáticas, refletindo os interesses muito distintos em termos de questões em jogo e meios para lidar com estas. Neste sentido, a expressão “cidades temáticas” foi designado por Davies (2015) e foi utilizado como ponto de partida para a exploração e identificação das redes globais confiáveis de governos e comunidades locais. Embora o autor reconheça que cada rede de cidades temáticas se centra numa série específica de questões que tem como objetivo “melhorar a qualidade de vida urbana, ecologia e economia” (Davis, 2015).

Os objetivos principais das cidades saudáveis são numerosos, as questões consideradas abrangem um amplo espectro que vai desde os fatores ambientais naturais até aos aspetos culturais e turísticos. Além de que, as redes centram-se em questões específicas, enquanto outras tendem a ser mais abrangentes e planetárias. Por outro lado, uma das características essenciais das redes de cidades saudáveis reside na forma como lidam com as questões de equidade, nomeadamente, a forma como integram grupos populacionais vulneráveis, como os jovens, idosos, deficientes e assim por diante, e como estes abordam a natureza política intrínseca do discurso da equidade. Em terceiro lugar, o papel conferido à tecnologia desempenha um papel importante para distinguir entre as redes amplamente críticas e aquelas que visualizam a tecnologia como uma ferramenta necessária para reduzir os fatores ambientais prejudiciais ou para se adaptar as mudanças nas condições de vida em ambientes urbanos. (de Leeuw & Simos, 2017)

As redes adotam formas muito heterogéneas de funcionamento e governança para alcançar os seus objetivos. O seu sistema de governança pode seguir uma abordagem de cima para baixo, onde um conjunto de princípios/objetivos deve ser implementado uniformemente - como uma diretiva conjunta – entre as cidades membros, ou redes podem ser mais flexíveis e produzir graus de autonomia (uma abordagem emancipatória, de baixo para cima). A associação pode ser baseada em um registo oficial (incluindo compromissos formais financeiros e outros recursos) ou ser mais informal. Em termos de desenvolvimento de políticas, é crucial determinar se a rede oferece um ambiente institucional onde as medidas são realmente concebidas (e implementadas) ou se ela simplesmente atua como um instrumento cosmético, rotulando algumas medidas externas de acordo com sua necessidade. (De Leeuw, Keizer, Hoeijmakers, 2013).

Em Portugal, a autarquia pode ser integrante de uma escala privilegiada para a implementação deste conceito das cidades saudáveis, tal como definido pela OMS, dada a sua proximidade à

sociedade, as competências de atuação dos órgãos autárquicos, o profundo saber ao nível territorial e a sua capacidade para a constituição de parcerias em redes locais (Soares, 2017).

4. A descentralização da saúde em Portugal

O SNS em Portugal é um sistema de saúde universal e inclusivo, baseado na solidariedade entre os cidadãos através dos impostos. É composto por uma rede de instituições públicas de saúde que abrangem todo o país, embora a distribuição dessas instituições nem sempre seja equitativa. Este ponto aborda a proximidade dos centros de saúde em relação aos locais de residência e trabalho das pessoas, destacando a disponibilidade geral de acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

4.1. Administração pública e descentralização

O SNS é visto como um “seguro” de saúde universal, de carácter social, abrangente e inclusivo, tendo como base a solidariedade de todos os cidadãos por meio dos seus impostos.

O SNS tem como base uma rede de instituições públicas de saúde que cobrem todo o país, embora por vezes esteja ausente a equidade nesta distribuição. Inclui os grandes hospitais universitários e os pequenos centros de saúde próximos dos locais onde as pessoas residem e trabalham, e estes constituem a base do SNS e prestar cuidados de saúde mais essenciais e prioritários.

Segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2009), “(...) a quase totalidade do território continental está a menos de 30 minutos de um centro de saúde ou extensão [de um centro de saúde]”, sendo que os residentes em áreas cuja distância é superior, representam menos de 0,1% da população. Num estudo da DECO (Satisfação com os centros de saúde – 2014), “a maioria dos portugueses está inscrita numa unidade de saúde a menos de 3 km de casa, e demora até 15 minutos a lá chegar”⁶.

As principais características do SNS são:

- Ser um serviço universal, geral e tendencialmente gratuito;
- Visar a saúde e o bem-estar das pessoas, das famílias e da população e não o lucro;

⁶ ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: ERS, 2009. DECO - Satisfação com os centros de saúde. 2014. Deco Proteste, Lisboa, 2014.

- Proteger todas as pessoas, independentemente de poderem ou não pagar os cuidados de saúde ou os prémios de seguros;
- Ter uma lógica solidária: todos contribuem na proporção dos seus rendimentos; todos usufruem consoante as suas necessidades.

Os seus principais objetivos são:

- Promover a saúde e prevenir doenças;
- Diagnosticar as doenças nas suas fases iniciais para evitar que cheguem a situações graves;
- Aplicar, quando necessário, a melhor tecnologia e os conhecimentos científicos mais avançados sem selecionar pessoas, nem discriminar ninguém em virtude da sua capacidade económica, de possuir ou não seguros, ou do tipo de doenças ou da sua gravidade;
- Assegurar a reabilitação e a inclusão das pessoas afetadas pela doença;
- Usar bem os recursos que pertencem a todos.

Importa referir que durante o “Governo dos 100 dias” de Maria de Lurdes Pintassilgo, o ambiente político de então foi benéfico para a aprovação da Lei do SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, tendo como vice-presidente da Assembleia da República António Arnaut. Foi nesta altura que se deu o sinal de partida para o “maior salto civilizacional da democracia portuguesa”, direcionando Portugal para os lugares mais elevados ao nível europeu e mundial.

A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, designada de Lei Arnaut, criou o SNS como uma instituição pública de primeiro nível, coerente e que associou a direção estratégica central, a coordenação e gestão descentralizada com a participação dos profissionais, cidadãos e das comunidades a todos os níveis. Ora, esta visão colidia e ainda colide com uma cultura administrativa centralista e autoritária, decorrente do regime anterior e, que persiste ainda no Estado e na AP. Neste sentido, o SNS teve de coexistir com uma administração dividida por vários departamentos e direções gerais, e como exemplo, a Lei Arnaut estabelecia uma administração central do SNS que nunca foi criada e que ainda nos dias de hoje não existe.

Outro dos principais fatores que enfraqueceu o arranque do SNS foi o seu financiamento, estava em contraciclo económico e numa crise financeira, o que significa que as transferências

compensatórias que deveriam ter sido efetuadas da Segurança Social para o SNS nunca ocorreram e, como resultado, o SNS ficou limitado às verbas do Orçamento do Estado.

Nos primeiros anos, foi fundamentais os contributos dos vários profissionais de enfermagem, especialmente os de saúde pública, os médicos de saúde pública e dos vários turnos do Serviço Médico à Periferia. Foi a partir do ano de 1982 com a criação da carreira médica de clínica geral, pela Portaria n.º 444-A/80 de 28 de julho e Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, bem como da colocação de milhares de médicos de família nos centros de saúde, tornou possível a integração da prevenção e os cuidados curativos, garantindo uma maior continuidade de cuidados.

Numa fase posterior, entre os anos de 1996 e 1999, pelo Ministério de Maria de Belém Roseira e de Constantino Sakellarides no Conselho de Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e, mais tarde como Diretor-Geral da Saúde ocorreram algumas experiências com o intuito da criação de uma reforma inovadora dos CSP, e uma reorganização de todo o SNS, em ligação com as comunidades. Uma das especificidades desta fase foi o estímulo da emergência de equipas e lideranças descentralizadas para o desenvolvimento de iniciativas locais (Loureiro & Miranda, 2018).

Assim, nesta fase destacou-se principalmente:

- Projetos Alfa;
- Experiências de aplicação de um “Regime Remuneratório Experimental” a estes projetos;
- Legislação que dava autonomia aos centros de saúde e favorecia a sua organização por equipas, designadamente as unidades de saúde familiar;
- Criação de centros de responsabilidade integrada nos hospitais;
- Criação de SLS;
- Criação de unidades locais de saúde;
- Planeamento estratégico em saúde, central e regional;
- Início do conceito e de práticas de contratualização.

Embora estas linhas de desenvolvimento foram inviabilizadas pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto – a Lei de Bases da Saúde. Contudo, as linhas de desenvolvimento relacionadas com os

CSP foram retomadas em 2005, e as restantes podem ser úteis o desenvolvimento do SNS no século XXI (Varela, 2019).

O grande impulso à reforma dos centros de saúde e à transformação dos CSP ocorreu entre os anos de 2005 e 2010. Este processo teve uma redução e a partir daí, em 2018 a reforma dos CSP estava somente realizada pela metade⁷.

Nesta fase, os centros de saúde passaram a estar organizados por equipas interprofissionais e com missões específicas e autonomia organizacional, sendo que em junho de 2019, existiam:

- 533 unidades de saúde familiar (USF);
- 363 unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) dedicadas a todas as pessoas e famílias de uma área geodemográfica;
- 263 unidades de cuidados na comunidade (UCC) vocacionadas para prestarem cuidados seletivos a grupos e a pessoas com necessidades especiais, na comunidade;
- 55 unidades de saúde pública (USP), visando a saúde da população e da comunidade como um todo, incluindo aspetos epidemiológicos e ambientais.

Existem também 55 unidades agregadoras de competências em áreas como psicologia, serviço social, saúde oral, fisioterapia, nutrição, entre outras, que oferecem respostas específicas e permitem ampliar e complementar a ação das outras unidades. No entanto, esta reorganização tarda a ser concluída.

De referir ainda que, a situação dos hospitais não se fez acompanhar pela transformação iniciada nos centros de saúde, embora tenha existido uma forte contribuição de grupos para a reforma da organização interna dos hospitais do SNS. Sendo que, as inovações mais relevantes, e separadas das outras componentes institucionais do SNS foram a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e a dos Cuidados Paliativos.

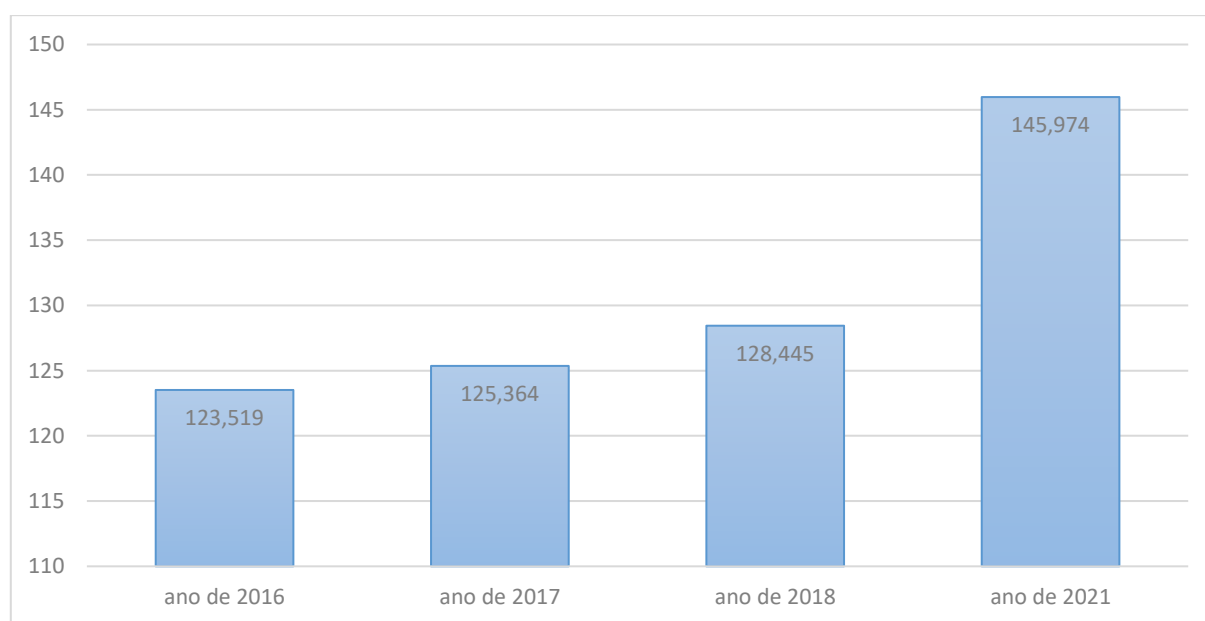
O período de 2011 a 2015 ficou fortemente marcado pela intervenção da Troika em Portugal e com consequências nos anos seguintes. As orientações da Troika foram no sentido de reduzir a despesa e o investimento do SNS, sendo ultrapassadas mais tarde. Ficou assim esquecido a recomendação para reforçar os centros de saúde e aumentar as unidades de saúde familiar com maior autonomia responsabilização e evidência de maior eficiência global (USF de modelo B).

⁷ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE. Meio Caminho Andado – Relatório de Primavera 2018. Lisboa: OPSS, 2018.

Entre os anos de 2018 e 2019, as iniciativas de apoio ao SNS multiplicaram-se, ou seja, estudos, livros, ensaios, congressos, conferências, convenções, petições, plataformas, declarações públicas, manifestos, entre outras e, destacou-se a necessidade de renová-lo e de o tornar mais ágil, mais eficiente e projetado para o futuro. Sendo que, no ano de 2019, o SNS completou 40 anos de vida, com esta comemoração abrem-se cada vez mais perspectivas para que os anos seguintes sejam um período-chave para a transformação do SNS.

No que respeita ao número de trabalhadores do SNS, observa-se que tem vindo a aumentar entre os anos de 2016 e 2021, conforme demonstra a figura 5.

Figura 5: Crescimento de trabalhadores do SNS, entre 2016 e 2021



Fonte: SNS (2021)

O aumento de trabalhadores entre 2019 e 2021 foi transversal a todos os grupos profissionais, com o SNS a contar com mais 4.448 enfermeiros (9,8%), 3.935 assistentes operacionais (14,6%), 1.434 assistentes técnicos (8,9%) e 1.360 médicos (4,7%).

Alguns relatórios da OCDE referem-se a Portugal como o país que conseguiu maiores reduções em menos anos e com custos menores em comparação com a maior parte dos outros países europeus⁸.

4.1.1. Administração Pública

O estudo da descentralização dos cuidados de saúde em Portugal presume a sua contextualização com a AP, ficando dependente e sujeita aos seus princípios, normas e

⁸ OECD. Health Statistics, 2017. OECD.

características. A AP é composta por um amplo e complexo conjunto de organismos existentes, com o intuito de funcionamento para a satisfação das necessidades da população. No seu sentido orgânico, a AP pode ser vista como um sistema de entidades e serviços, dado atuarem numa configuração contínua e regular para satisfazer as carências coletivas, ou seja, uma AP em sentido material ou objetivo. A regulação é efetuada pelas normas jurídicas do direito administrativo que determinam a sua organização, controlo e funcionamento (Freitas do Amaral, 2006).

Segundo a 7ª Revisão Constitucional da Constituição da República Portuguesa (2016), a AP rege-se pelos seguintes conjuntos de princípios:

- Descentralização: a AP deve ser descentralizada;
- Desburocratização: deve ser estruturada e operar em termos de eficiência e de facilitação da vida dos particulares;
- Serviço à comunidade: deve ser estruturada de forma que os seus serviços se localizem o mais próximo possível das populações;
- Participação dos interesses na gestão da AP: os cidadãos devem participar na tomada de decisões administrativas;
- Desconcentração: decreta que a AP venha a ser, cada vez mais, desconcentrada. As competências necessárias à prossecução das atribuições devem ser distribuídas pelos diversos níveis da organização.

A AP segue um modelo organizativo administrativo vertical, constituída por uma organização hierárquica, composta por dois ou mais agentes ou órgãos com jurisdições comuns, interligados e suportados por um vínculo jurídico que outorga ao superior o poder de decisão e ao subalterno a obrigação de obediência (Freitas do Amaral, 2006).

4.1.2. Principais reformas da Administração Pública

Ao longo dos últimos anos, a reforma da AP tem vindo a fazer parte integrante de todas as agendas políticas dos sucessivos governos constitucionais. Esta, está compreendida dentro de um conjunto metódico de ações destinadas à melhoria da AP, tornando-a mais coerente e mais eficiente com os princípios que a enquadram (Barbosa, 2018). Segundo Mozzicafreddo (2002), as reformas da AP são limitadas pela complexidade social, pela orientação política e pelo contexto histórico. Estas reformas terão, tanto ou maior sucesso, caso as medidas aplicadas sejam politicamente desejáveis para os líderes políticos, bem como politicamente exequíveis e

fiáveis para os *stakeholders*. Nesta linha, também se torna essencial a adoção de mecanismos que promovam a eficiência e a boa governança.

Nas principais características desta reforma encontram-se (Belchior, 2014):

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

Em Portugal, a reforma administrativa tem atravessado diversas fases, contudo seguindo as seguintes principais linhas de atuação: “Considerar prioritária a descentralização para concretizar os objetivos traçados; Dar relevo ao papel dos dirigentes no êxito das mudanças organizacionais criando condições para que exerçam a sua função (com avaliação e responsabilização); Aplicar uma gestão participada a todos os níveis da decisão, sejam estratégicas ou política, conseguindo que os funcionários se identifiquem com os objetivos; Avaliar o desempenho na base de objetivos e de resultados obtidos; Estimular a motivação do pessoal no desempenho profissional desenvolvendo a sua autonomia; Manter uma preocupação permanente com o ambiente de trabalho, promovendo o diálogo e a cooperação entre dirigentes, chefia e todo o pessoal” (Barbosa, 2018).

No ano 2005, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005, de 4 de agosto, mencionava a importância da “descentralização de funções para a administração local (...)”, levando à conceção do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) que teve como objetivos: Modernizar e racionalizar a administração central; melhorar a qualidade de serviços prestados aos cidadãos; colocar a administração central mais próxima do cidadão.

Em 2013, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2013, de 19 de março, gera o “Aproximar – Programa de Descentralização de Políticas Públicas”, no cumprimento dos princípios da subsidiariedade constante na Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/2011 de 22 de setembro e na materialização do objetivo do Memorando de Entendimento, que conjecturava a identificação e eliminação das situações de duplicação de atividades e ineficiências entre os serviços periféricos e descentralizados da administração central e local.

Em maio de 2014, o Conselho de Ministros homologou o documento “Um Estado Melhor”. Neste, foram concedidas diretrizes para a reforma do Estado, onde aborda a descentralização de competências ao nível dos municípios.

Contudo, e apesar da implementação de algumas medidas, a reforma da AP continua por completar. Segundo Campos (2002), “a AP promove o fascínio pelo poder e a exigência da estabilidade e da segurança não permite combater a ineficiência, excesso de formalidade e entrave ao desenvolvimento, mantendo rotinas obsoletas e excesso de burocracia”.

Dentro das limitações às várias tentativas de reforma da AP, tendo algumas a perdurarem no tempo, encontra-se a cultura intrínseca de comando e controle, que impede a experimentação, os insuficientes instrumentos operacionais, o peso da gestão corrente, por ausência de descentralização e responsabilização, que impede uma gestão estratégica e recursos humanos pouco diferenciados (planeamento e organização) (Campos, 2004).

4.2. A organização administrativa da saúde

A administração da saúde encontra-se inserida na AP com uma relação jurídica governada pelo direito administrativo e é composta por administração central, administração regional e administração local (Correia, 1996). Assim, ao MS, ao nível central, compete a definição das políticas de saúde a nível nacional, bem como a sua execução e a avaliação de resultados (Estorninho, 2008).

O SNS é constituído por diversas unidades de saúde pertencentes ao setor público sob dependência do MS, como é o caso dos hospitais e centros de saúde. Paralelamente, subsiste uma rede de cuidados de saúde privados, hospitais e clínicas, cujos prestam serviços ao setor público mediante convenções. Também, existe o setor social constituído, maioritariamente, por entidades sem fins lucrativos (ex. misericórdias), cuja sua relevância tem sido incrementada pela sua prestação com os cuidados continuados integrados, rede de cuidados paliativos e com a negociação para a exploração de hospitais pela iniciativa privada social (Faria, 2010, Oliveira, 2013).

Anteriormente, a observação do organograma do MS permite-nos identificar os conceitos de administração direta, administração indireta e o setor público empresarial. Na administração indireta do MS, encontra-se a ACSS, instituto público criado em 2007, com autonomia administrativa, financeira e jurisdição sobre todo o território continental, que efetua as diretrizes do MS e está sob a sua superintendência e tutela. Este órgão “assegura a gestão dos recursos humanos e financeiros do SNS, assim como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as ARS, no domínio da contratação da prestação de cuidados” (Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro).

Ainda na administração indireta do MS, fazem parte os organismos periféricos, as cinco ARS, I.P. – Algarve, Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Norte, bem como os estabelecimentos públicos do SNS, nomeadamente os hospitais do setor público administrativo (hospital SPA), inserindo-se num regime de instituto público especial, providos de autonomia administrativa e financeira e património próprio (Portal SNS, 2017).

Segundo o artigo 22º da Lei Orgânica do MS de 2006, as ARS, onde se inserem na sua dependência os CSP, regem-se por legislação própria, com a missão de “garantir à população da respetiva área geográfica o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde (PNS) na sua área de intervenção”.

Também, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, vem reforçar a legislação própria das ARS. Segundo esta lei, as ARS adotavam um novo modelo, “centrado na simplificação da estrutura orgânica existente e no reforço das suas atribuições, no sentido de uma maior autonomia e de acomodação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde”.

No seguimento do processo de reforma das ARS, a lei regulamentar foi alterada em 2012, pelo Decreto-Lei n.º 227/2012, de 30 de janeiro, com o objetivo de remodelar o seu paradigma de funcionamento, possibilitando a simplificação e a eliminação de estruturas e hierarquias. Um dos aspetos fundamentais expressa que “as ARS dispõem de serviços desconcentrados, designados por ACeS, do SNS”. Desta forma, apura-se que as mesmas passaram de um total de 23 para 18, bem como a reorganização das competências dos conselhos diretivos, na direção da centralização (Barbosa, 2018).

Na continuidade desta reforma estavam inseridos nas ARS, enquanto organismos desconcentrados e com autonomia administrativa, estão presentes os ACeS, surgindo no seguimento das reformas dos CSP, com o intuito de aproximar e tornar a interface primordial entre as unidades de saúde e a comunidade, tendo como suporte o reconhecimento deste nível de cuidados como um pilar fundamental e central do sistema de saúde (GCERCSP, 2011). Conforme legislação em vigor pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, o “Governo esteve (...) a estudar aquela que considera ser a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir, sem esquecer os ganhos em saúde conseguidos pelas unidades de saúde familiar”.

Ao longo dos anos foram efetuadas diversas reformas e consequentes alterações da Lei neste setor, mais concretamente na organização administrativa da saúde. Estas foram realizadas por diferentes fases e em cada uma delas foram implementadas políticas de saúde distintas, com efeitos na estrutura, organização e no modo como os seus vários componentes se têm gerido e desenvolvido (Faria, 2010).

Portanto, com a aprovação da nova Lei de Bases da Saúde, pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, ao revogar a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, a mesma assumiu o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde.

Desta forma, foi aprovado o novo Estatuto do SNS, pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e revogar o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, na sua redação atual. O novo estatuto explicita o elenco dos seus estabelecimentos e serviços, sublinhando-se a articulação com os demais serviços e organismos do MS: a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Secretaria-Geral do MS, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a ACSS e o INFARMED.

Segundo o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, “o Estatuto do SNS dispõe, seguidamente, sobre a organização territorial e funcional do SNS, baseada em regiões de saúde e em níveis de cuidados, e sobre o seu funcionamento, focado na proximidade da prestação, na integração de cuidados e na articulação inter-regional dos serviços”.

Ao catalogar as unidades que oferecem serviços de saúde dentro do SNS - incluindo os ACeS, hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e SLS - o Estatuto do SNS também aproveita a oportunidade para revisar os procedimentos de criação, organização e funcionamento dessas unidades, bem como seus estatutos, atualizando-os conforme necessário (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

Uma mudança significativa é a alteração da natureza jurídica dos ACeS, que agora são reconhecidos como institutos públicos de regime especial, possuindo autonomia administrativa e património próprio. Eles têm a responsabilidade de firmar contratos para a prestação de CSP com a ACSS, seguindo o mesmo modelo que se aplica às unidades hospitalares. Por último, o presente diploma enfatiza a importância da gestão pública das unidades de saúde e a criação de SLS. Esses sistemas são considerados como mecanismos de participação e cooperação entre as instituições que atuam em uma área geográfica específica, com o objetivo de melhorar a saúde das populações locais (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

Na continuidade e alinhado com as diretrizes da nova Lei de Bases da Saúde, este Estatuto do SNS aborda a questão dos recursos financeiros do SNS, que são garantidos por verbas provenientes do Orçamento do Estado. Essa alocação de recursos é feita de forma a assegurar que o SNS tenha os meios necessários para operar de maneira eficiente e sustentável. Além disso, o estatuto reafirma a isenção do pagamento de taxas moderadoras, especialmente para pessoas que se enquadrem em condições de recursos limitados, tenham doenças ou sejam particularmente vulneráveis. O montante total a ser cobrado é estabelecido com limites claros, e há uma progressiva redução das cobranças, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, em sua versão atual (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

Também, o novo Estatuto do SNS expõe a necessidade da participação, especialmente dos utentes e dos municípios, em coordenação com outras entidades. A abordagem a este tema destaca a opção por uma política que busca a construção democrática dos serviços públicos de saúde, onde todos têm um papel a desempenhar, além de adotar uma abordagem multissetorial para garantir efetivamente o direito à saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

Ainda no capítulo da organização e funcionamento do novo estatuto do SNS, insere-se uma das principais mudanças, a criação de uma Direção Executiva do SNS (DE-SNS). Organismo que assume a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

A função da DE-SNS é evidentemente diferente daquela desempenhada pelo MS. Enquanto este último é encarregue de conduzir a PNS, também possui responsabilidades específicas relacionadas ao SNS. No entanto, não é responsável pela coordenação operacional das ações e respostas do SNS. Também, a DE-SNS é diferente da ACSS, cuja missão é concentrada no

planeamento e gestão de recursos financeiros, recursos humanos e infraestruturas de saúde, bem como na contratação de serviços de cuidados de saúde, com uma perspetiva sistémica de saúde. Igualmente, se distingue da função das ARS, que não estão mais envolvidas na prestação direta de cuidados de saúde, concentrando-se no planeamento regional de recursos de saúde com uma abordagem coordenada entre setores e promovendo a coesão territorial na área da saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

À DE-SNS, foram atribuídas tarefas anteriormente realizadas por outras instituições do MS. Isso não afeta, no entanto, as atribuições das unidades de saúde que fazem parte do SNS em relação à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde, respeitando-se sua natureza jurídica e competências específicas. Além disso, não retira a responsabilidade do membro do Governo encarregado de definir a política nacional de saúde, especialmente no que diz respeito ao SNS. Adicionalmente, está prevista a possibilidade de a DE-SNS estabelecer unidades organizacionais descentralizadas em termos territoriais. Como tal, visa criar equipas com conhecimentos técnicos e sensibilidade em relação às especificidades locais, adotando uma abordagem descentralizada (Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

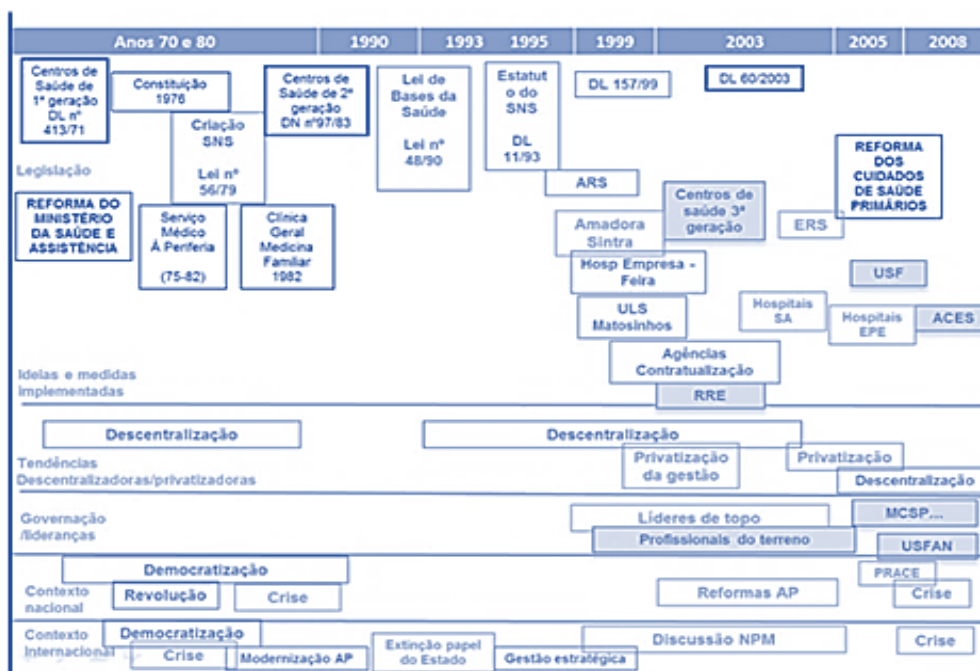
Em relação à articulação com a ACSS, determina-se que a DE-SNS, juntamente com as unidades de CSP e hospitalares, é parte dos contratos-programa celebrados e é responsável por coordená-los. No âmbito do processo de contratualização e dentro do ciclo de gestão, são negociados e acordados as metas de atendimento e os seus recursos financeiros, humanos e técnicos necessários. Além disso, estabelece-se que a DE-SNS, em conjunto com a ACSS, acompanha os processos de negociação dos instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho (Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

A criação da DE-SNS, ocorre num momento em que está em curso o processo de transferência de competências para os municípios na área da saúde, nomeadamente dos CSP. No programa do XXIII Governo Constitucional, está prevista a integração dos serviços desconcentrados de natureza territorial nas Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional. A conclusão desses processos torna ainda mais importante o papel da DE-SNS, como o elemento central na implementação de uma PNS que nunca perca de vista o direito universal à saúde, conquistado pela democracia para cada cidadão (Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

O Decreto-Lei n.º 61/2022 menciona a importância para “concomitantemente, importa, ainda, alterar a orgânica do MS, refletindo os impactos da criação da DE-SNS, nomeadamente na ACSS e nas ARS”.

A figura 6 ilustra a linha cronológica que apresenta alguns dos acontecimentos mais importantes do SNS, até ao ano de 2008. Na sua análise destaca-se a representação das medidas essenciais praticadas com vista à descentralização, quer pela via da privatização ou pela via da qualificação (Barbosa, 2018).

Figura 6: Aspectos mais importantes da evolução do SNS e dos CSP



Fonte: Barbosa (2018)

Segundo Barbosa (2018), “a organização das instituições do SNS não pode cingir-se à tradicional organização da AP portuguesa, segundo o modelo clássico de comando e controle, com níveis descendentes de autoridade e de autonomia, sempre em dependência do nível anterior”.

Portanto, dado o modelo tradicional adaptar-se mal às exigências da saúde e à complexidade do sistema, bem como ao veloz avanço das várias componentes constituintes do sistema de saúde, tem sido imprescindível progredir para um paradigma flexível e adaptativo, com capacidade de corresponder às exigências do sistema, com a partilha de conhecimento e com regulação e orientação (Fundação para a Saúde, 2014).

Nesta linha, o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, menciona que a revisão do Estatuto do SNS, é “independentemente da condição social, da situação económica ou da localização geográfica de cada um, um passo fundamental para o reforço da construção de um SNS mais justo e inclusivo, que responda melhor às necessidades da população mediante as necessárias reformas estruturais”.

4.3. Sistemas Locais de Saúde

O Decreto-Lei n.º 156/99 define os SLS como um conjunto de centros de saúde, hospitais e outras instituições, tanto públicas como privadas, que atuam direta ou indiretamente na área da saúde, numa determinada região de saúde. Cada SLS abrange uma área geográfica correspondente, no máximo, a um distrito, e atende a uma população máxima de 500.000 habitantes. Os SLS têm a responsabilidade de assegurar a promoção da saúde, a continuidade dos cuidados e a racionalização dos recursos disponíveis na sua área de atuação.

Com o objetivo de alcançar maior acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados de saúde, o Governo reconheceu a necessidade de evoluir o conceito de unidade funcional de saúde para a criação de mecanismos de convergência de recursos e participação ativa de outros serviços e instituições públicas e privadas na área da saúde, incluindo autarquias locais e instituições do setor social.

Para que um SLS seja criado, são necessários requisitos como a existência de um programa de ganhos em saúde, um programa de cuidados continuados, um sistema de coordenação integrada dos recursos e a ligação a uma comissão de acompanhamento da agência de contratualização dos serviços de saúde da respetiva administração regional de saúde. O órgão central de gestão do SLS é o Conselho Coordenador, composto por representantes dos centros de saúde, hospitais, unidade coordenadora de saúde pública e autarquias locais que participam no mesmo sistema. Esse conselho é responsável por definir estratégias de gestão e atuação que garantam o funcionamento articulado dos serviços e instituições no âmbito do SLS, além de avaliar os serviços prestados (Campos, 1999).

Além disso, é criado o Conselho Geral, composto por representantes das entidades públicas e privadas que desenvolvam atividades relacionadas com a saúde na área geográfica abrangida pelo SLS. Esse conselho emite pareceres sobre questões solicitadas pelo Conselho Coordenador e apresenta propostas visando a melhoria da prestação de cuidados no âmbito do sistema local de saúde. Os SLS são geridos com base em instrumentos como o Plano de Ação e Orçamento de Referência, o Programa de Promoção do Acesso, o Sistema de Avaliação de Garantia da Qualidade, o Programa de Formação Orientado para as Necessidades em Saúde e o Sistema de Indicadores de Avaliação do Desempenho.

5. Municipalização, poder local e saúde em Portugal

A municipalização refere-se à descentralização de competências na área da saúde para os municípios em Portugal. Neste tema, abordaremos os conceitos envolvidos nesse processo, a evolução dessa transferência de competências, as principais atribuições transferidas aos municípios na área da saúde com base no Decreto-Lei n.º23/2019 e do Decreto-Lei n.º 84-E/2022, e as vantagens e desvantagens dessa municipalização.

5.1. Conceitos enquadradores

A temática da transferência de competências acarreta um conjunto de definições que se complementam e se relacionam. Neste contexto, referimo-nos com muita frequência aos conceitos de poder central, poder local, município, autarquia ou regulação, entre outros. Estas são diferentes entidades, das quais e para as quais se transferem as tais competências no domínio da saúde ou demais setores.

Importa contextualizar e clarificar os conceitos de município e autarquia. O município surge regra geral associado ao conceito de concelho, sendo facilmente compreendidos como quase um sinónimo e delimita geograficamente o espaço de ação governativa do concelho, ou seja, “o concelho é a autarquia local que tem por base territorial a circunscrição municipal”. No entanto, são designações que não se permutam, dado o município também pode ser compreendido num conceito mais amplo “qualquer núcleo populacional em que os órgãos autárquicos sejam constituídos por pessoas que façam parte do respetivo agregado” (DILP, 2015). Segundo Freitas do Amaral (2006), a melhor definição de município: “autarquia local que visa a prossecução de interesses próprios da população residente na circunscrição concelhia, mediante órgãos representativos por ela eleitos”.

O conceito de autarquia suplementa o entendimento dos anteriores explicitados, sendo um conceito administrativo, representativo da governação local com uma administração livre e com um significado equivalente a “administração autónoma”, aludindo-se não apenas ao concelho, mas também à freguesia e ao distrito. Portanto, com maior exatidão: “é ente autárquico todo o ente público administrativo, ainda que puramente instrumental do Estado, desde que munido de poderes de natureza administrativa, nomeadamente a capacidade para praticar atos definitivos e executórios. Esta noção corresponde no fundo ao conceito de “autonomia administrativa” em sentido restrito” (DILP, 2015).

Para o nosso estudo importa evidenciar que a transferência de competências para as autarquias integra-se num quadro de descentralização, à qual surge indissociável a autonomia municipal que tem os seus confins, particularmente na tutela que sobre ela se exerce. Esta é, portanto, a divisão político-administrativa em vigor em Portugal, onde o poder central delega funções no poder local, composto pelas autarquias.

A Lei nº 159/99, de 14 de setembro, conforme artigo 13º, confere aos municípios atribuições autárquicas nas áreas da saúde, da energia, dos transportes e comunicações, do equipamento rural e urbano, cultura e ciência, património, proteção civil, educação e ação social, tempos livres e desporto, ambiente e saneamento básico, habitação, promoção do desenvolvimento, defesa do consumidor, ordenamento do território e urbanismo, polícia municipal e cooperação externa.

5.2. Evolução do processo de transferência de competências

A transferência de competências da área da saúde, apesar de algumas opiniões discordantes, é atualmente descrita como os municípios podem ter uma participação ativa na provisão pública de saúde à população, não existindo uma necessidade da alteração substancial das suas atribuições, e apenas que sejam colocadas em prática. Segundo Pinhal (2004), “não seria, pois, necessário mexer grandemente no quadro atual das atribuições e competências municipais, embora fosse necessário repensar o financiamento das autarquias locais e definir melhor o quadro das relações entre as administrações central e local, visando-se o respeito pelos princípios constitucionais de subsidiariedade, de descentralização democrática da AP e da autonomia das autarquias locais”.

A organização deste quadro de transferência de competências municipais apenas teve o seu início a partir da implantação do sistema democrático, no entanto só após a década de 1980 se possa falar, verdadeiramente, nesta transferência para os municípios, e ainda assim, sempre com muitas incertezas e disparidades entre a vontade legislativa e sua implementação.

O primeiro documento legislativo na delegação das funções das competências municipais surge com o Decreto-Lei nº77/84, de 8 de março, que estabelece o regime de delimitação e coordenação das atuações da administração central e local. Este delimita o investimento em diversos domínios de atuação dos municípios em áreas específicas de intervenção, entre elas e com maior ênfase para o estudo, a área da saúde.

Apesar dos importantes passos dados rumo à descentralização e conseqüente transferência de competências aos municípios nos anos 80, os mesmos ficaram aquém da sua efetivação e dos

propósitos enunciados. Após esta estirada, seria expectável a continuidade no planeamento e implementação das medidas. Contudo, e após um hiato de cerca de 13 anos, explicitado pela governação legislativa liderada pelo PSD, só se retomou a discussão da transferência de competências para a ação legislativa, no final da década de 90.

Na década de 2000, os executivos governamentais executaram dois estudos, o estudo «Caracterização das Funções do Estado» (2003) e o relatório final do PRACE - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (2006), ambos sobre a reforma e a estruturação do Estado, abordando o tema da descentralização. No entanto, estes estudos também permaneceram sem significativa concretização.

A conceção da Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro teve como objetivo a criação do regime jurídico das autarquias locais através da aprovação do estatuto das comunidades intermunicipais, estabelecendo o regime jurídico para a transferência de competências do Estado para as autarquias e para as comunidades intermunicipais, bem como a delegação de competências através da celebração de contratos interadministrativos. Esta teve o intuito de contribuir, ativamente, para a promoção e a salvaguarda dos interesses próprios das populações no que concerne à área da saúde e demais áreas subjacentes a esta, como por exemplo: o ambiente e o saneamento básico, os tempos livres e o desporto, a educação, entre outros.

Assim, as autarquias adquiriam as suas atribuições através do exercício das competências ao nível da consulta, do planeamento, da gestão, do investimento, do licenciamento e da fiscalização, respeitando os princípios gerais da descentralização administrativa, da subsidiariedade, da complementaridade, da prossecução do interesse público e da proteção dos interesses e dos direitos dos cidadãos. No entanto, a presente lei é um pouco vaga quanto à especificidade nas competências atribuídas na área da saúde, ficando apenas em aberto a articulação das atuações entre os municípios e as ARS em relação à rede de equipamentos de saúde. A implementação de outras atividades de natureza cultural, educativa, social, recreativa e desportiva são mencionadas como contributivas na promoção da saúde e prevenção das doenças (Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro).

Em 2014, no seguimento de um dos pilares da reforma do Estado, realizada e com produção de resultados relevantes no ajustamento estrutural e na sustentabilidade financeira do setor, o Governo discutiu com o Conselho de Concertação Territorial a necessidade do aprofundamento da transferência de competências. A opção passou pela implementação da descentralização nas áreas sociais, com recurso a projetos-piloto, em municípios com características

sociodemográficas e territoriais diversas. A sua concretização deveria ter em conta o incremento da eficácia da gestão dos recursos e deficiência, o não aumento da despesa pública, o indigitamento da coesão territorial e a adoção de procedimentos inovadores e diferenciados de gestão, possibilitando a otimização dos serviços prestados ao nível local (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro).

Portanto, o Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro veio materializar estas intenções do Estado na descentralização ou municipalização nas áreas da saúde, da educação, da cultura e da segurança social, instituindo o regime de delegação de competências nos municípios e nas comunidades intermunicipais, conforme desenvolvimento do regime jurídico do Decreto-Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro. Portanto, este Decreto, aprofunda o trajeto de uma descentralização sustentada e progressiva, assente em dados de monitorização sobre modelos de competências, financiamento, gestão, governação e transferência de recursos para as comunidades intermunicipais. Também, executa alguns aspetos neste processo como garantia de melhoria na qualidade do serviço público e a afetação dos recursos suficientes na prestação do serviço público concedido pela entidade pública local.

O presente documento atenta a descentralização como “um processo evolutivo da organização do Estado, visando o aumento da eficiência e eficácia da gestão dos recursos e prestação de serviços públicos pelas entidades locais, mediante a proximidade na avaliação e na decisão atendendo às especificidades locais”. Dados os pressupostos, esta pode “potenciar ganhos de eficiência e eficácia com a aproximação das decisões aos problemas, a promoção da coesão territorial e a melhoria da qualidade dos serviços prestados às populações através de respostas adaptadas às especificidades locais, a racionalização dos recursos disponíveis e a responsabilização política mais imediata e eficaz” (Decreto-Lei nº 30/2015, de 12 de fevereiro).

No presente documento, dentro dos aspetos delegáveis no domínio da saúde destaca-se:

- Definição da Estratégia Municipal e Intermunicipal de Saúde, devidamente enquadrada no PNS;
- Gestão dos espaços e definição dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial, incluindo o alargamento dos horários de funcionamento das unidades funcionais dos ACeS;
- Execução de intervenções de apoio domiciliário, de apoio social a dependentes, e de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde;

- Celebração de acordos com instituições particulares de solidariedade social para intervenções de apoio domiciliário, de apoio social a dependentes, e de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde;
- Gestão dos transportes de utentes e de serviços ao domicílio; administração de unidades de cuidados na comunidade;
- No âmbito da gestão dos recursos humanos, o recrutamento, a alocação, a gestão, a formação e a avaliação do desempenho dos técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais;
- Gestão das infraestruturas dos ACeS, designadamente construção, manutenção de edifícios e equipamentos, arranjos exteriores, jardinagem e serviços de limpeza, segurança e vigilância;
- Gestão dos bens móveis entre as unidades funcionais dos ACeS.

Todos os pontos discriminados como investimento por parte da saúde são tidos como fulcrais para o desenvolvimento da saúde conforme o lema “todas as políticas na saúde, a saúde em todas as políticas”. Portanto, deve-se considerar o presente decreto como um passo decisivo na delegação das competências municipais, definindo áreas específicas para tal, como a área da saúde.

No entanto, de acordo com a transferência de verbas financeiras, este Decreto-Lei é lacunar, apenas podemos inferir que não existe transferência acrescida de apoios financeiros, isto é, os municípios assumem estas competências com base no financiamento de que dispõem no orçamento anual, conforme previsto na Lei de Finanças Locais.

Como tal, a transferência de competências não acompanhada com a respetiva e fundamental transferência de recursos financeiros demonstra os subsequentes atos legislativos a meros dispostos teóricos sem a adequada materialização prática: “A primeira grande limitação ao poder local em Portugal reside no grande número de competências imperfeitas ou burocraticamente tuteladas em que se move. A segunda grande limitação provém do facto do poder local se ter institucionalizado em plena crise orçamental do Estado e de a descentralização de competências ter constituído uma descentralização da crise, ou seja, a descentralização de algumas funções particularmente sensíveis às políticas restritivas da última década e meia, por implicarem quer investimento quer aumento de pessoal, ou ambos” (Portas, 1988).

Das limitações expressas nos documentos enunciados anteriormente, ressalva-se a expressão “burocraticamente tuteladas” e que leva ao recurso da posterior regulamentação de muitos aspetos legislados. Este processo, apesar de necessário e obrigatório em algumas circunstâncias, não deixa de revelar-se como um fator de protelação e indefinição da materialização efetiva das medidas necessárias (Ordem Médicos, 2015).

Dado o processo de descentralização ser um processo evolutivo, visando o aumento da eficácia e da eficiência da gestão dos recursos e prestação de serviços públicos pelas entidades locais, foi aprovada a Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, a lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais, que revelou um passo importante para a materialização da descentralização administrativa prevista no artigo 237º da Constituição da República Portuguesa. Este decreto dispõe no seu artigo 4.º “que a transferência das novas competências para as autarquias locais e entidades intermunicipais é efetuada em 2019 e 2020, admitindo-se a sua concretização gradual, nos termos nele previstos”.

Este diploma abre um leque de novas possibilidades para as autarquias desempenharem o papel de promotoras da saúde e do bem-estar da sua comunidade, indo ao encontro do aumento da saúde e da longevidade. Apenas 20% deste aumento depende dos nossos genes e os restantes 80% são dependentes de outros determinantes como são exemplo o ar que respiramos, modo como nos deslocamos, alimentamos, nos relacionamos e descansamos. Portanto, a saúde e o bem-estar fazem parte integrante de um ecossistema mais vasto e complexo, no qual nos incorporamos e que tem um papel essencial na saúde da população. Logo, a municipalização é um ensejo para a aquisição de maiores competências e para os municípios participarem ativamente e transversalmente ao nível deste ecossistema, aplicando políticas municipais que promovam o bem-estar e a saúde da população (Pinto, 2020).

Dado o Decreto-Lei anterior ter sido alvo de várias críticas por parte dos autarcas e demais entidades (Ordem Médicos, 2015), foi realizada uma alteração do mesmo, surgindo o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, executando o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais no domínio da saúde, instituindo-o como pedra angular da reforma do Estado a materialização dos princípios da emancipação e subsidiariedade das autarquias locais.

O Decreto-Lei nº23/2019, de 30 de janeiro, legisla a concretização do quadro de transferência de competências para os municípios e para as entidades intermunicipais, assumindo o objetivo basilar da concretização desta transferência no domínio da saúde, propondo-se a colmatar as lacunas existente na atribuição de proficiências e com o objetivo de promover e garantir o

melhor acesso ao SNS, conceder maior equidade na distribuição de recursos e promover estratégias de prevenção da doença. Também, desenvolvendo novamente o conceito da subsidiariedade, da descentralização democrática, da AP e da autonomia das autarquias, tendo sido desenvolvido em estreita colaboração com a ANMP.

Neste contexto, a presente Lei supõe reforçar e fortalecer as competências das autarquias locais, tendo em conta o melhor benefício dos cidadãos que indagam do poder central uma resposta mais ágil e eficiente. Este documento, contrariamente ao antecessor, é o produto de um vasto e proveitoso trabalho elaborado em parceria com a ANMP, instituindo os procedimentos inerentes à transferência das competências para os municípios (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Em suma, segundo o Decreto-Lei, são transferidos para os municípios as seguintes competências: a participação na realização de investimentos para novas unidades de CSP, assim como a sua preservação e manutenção, podendo prever também os equipamentos de cuidados de saúde; gestão dos trabalhadores da carreira de assistente operacional dos ACeS e, deste modo, passam a fazer parte dos mapas de pessoal dos municípios; gestão da deslocação de doente e da logística das unidades, como são exemplo a limpeza e o fornecimento de serviços básicos, como água e a eletricidade; promoção de hábitos de vida saudável no município, com políticas ativas de promoção de saúde e prevenção de doença, em estreita colaboração com o SNS (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Também, a Lei de Bases da Saúde, apresenta como um dos eixos principais o investimento na melhoria da planificação, proteção e avaliação em saúde através das políticas de saúde nacionais, regionais e locais, numa lógica de promoção e garantia a todos o melhor acesso aos cuidados de saúde e às estratégias de prevenção da doença numa lógica de equidade. Aos SLS e demais instituições públicas, nomeadamente as autarquias, com interferência direta e indireta na saúde, no âmbito da respetiva área geográfica, cabe garantir a continuidade da prestação de cuidados saúde, a promoção da saúde e a racionalização dos recursos físicos e estruturais (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Portanto, os municípios assumem a participação na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individuais e coletivas, conforme disposto nos termos da Lei. Como tal, as autarquias locais intervêm no acompanhamento aos SLS, com ênfase na aproximação dos cuidados de saúde e nos cuidados dos seus munícipes, na avaliação do sistema de saúde, no

planeamento da rede de instituições prestadores e na participação nos órgãos consultivos (Lei nº 95/2019, de 4 de setembro).

Inclusive, muitos dos autarcas defendem a proposta de municipalização da saúde, dado alegarem que a mesma já ocorre na prática e, a transferência de maiores competências capacitadas de maior autonomia política traria maiores apoios e recursos na promoção da saúde municipal (Ordem Médicos, 2015).

5.3. Transferência de competências na área da saúde (DL 23/2019)

Das principais competências são trasladadas as competências de conservação, manutenção e equipamentos das instalações das unidades de saúde ao nível dos CSP. Este documento, também, prevê a transferência da execução e gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACeS, excluindo todos os apoios logísticos relacionados com equipamentos médicos que se mantêm ao abrigo da ACSS.

O Decreto, prevê a assunção de diferentes competências por parte dos municípios e das entidades intermunicipais. De acordo com o artigo 2.º, o município assume a competência na “Participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de CSP, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção; Gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos CSP; Gestão dos trabalhadores, inseridos na carreira de assistente operacional, das unidades funcionais dos ACeS que integram o SNS; Gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACeS que integram o SNS; Parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo”. Apesar de os municípios exercerem livremente estas competências, constata-se que tal exercício não prejudica as competências de acompanhamento por parte do órgão central, MS, relativamente à obediência das obrigações definidas, bem como ao nível da prestação dos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº23/2019, de 30 de janeiro).

As entidades intermunicipais assumem a competência num âmbito de regulação e participação na definição da rede de unidades de CSP e de unidades de cuidados continuados de âmbito intermunicipal. A estas, compete-lhes a emissão de pareceres sobre acordos em matéria de CSP e de cuidados continuados, a designação de um representante nos órgãos de gestão das unidades locais de saúde, na respetiva área de influência e a presidência do conselho consultivo das unidades de saúde do setor público administrativo ou entidades públicas empresariais (Decreto-Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto).

Todas estas transferências não são efetuadas de forma automática, ficando na dependência da aprovação prévia das assembleias municipais de todos os municípios que a integram. Cautelosamente, esta assunção de competências e, respetiva, formalização depende de acordo entre a tutela e autarquia, através do auto de transferência assinado pelos municípios, pelas ARS e pelo MS. Este formaliza a identificação dos recursos patrimoniais, humanos e financeiros associados ao desempenho das competências transferidas, níveis de prestação dos serviços referentes à conservação e gestão dos equipamentos e instalações e a definição dos instrumentos financeiros utilizáveis (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Contudo, existem exceções e salvaguardas relativas à autonomia técnica e ao exercício dos ACeS, como serviços desconcentrados das ARS, percebendo-se por autonomia técnica para efeitos do presente decreto-lei n.º 23/2019, tudo o que não é integrante das competências transferidas e mencionadas anteriormente. Também, ficam excluídas a transferência dos serviços de apoio logístico relacionados com os equipamentos médicos, mantendo-se sob responsabilidade da ACSS.

Também se encontra indicado no documento mencionado, a transferência da titularidade de instalações, equipamentos e viaturas afetas aos CSP e à divisão de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências das ARS que sejam propriedade do Estado, assim como a construção de novas unidades de prestação de CSP. É transferida para os municípios a titularidade das instalações aos CSP identificadas no Anexo I. No entanto, não são transferidas a titularidade das Unidades Locais de Saúde, que são Entidades Públicas Empresariais (E.P.E), que incluem as unidades hospitalares, as unidades de CSP e, em alguns casos, as unidades de cuidados continuados integrados. O mesmo sucede-se relativamente à competência da gestão dos resíduos hospitalares contaminados, permanecendo sob alçada da ACSS (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Relativamente á utilização das instalações afetas aos cuidados de saúde cuja titularidade lhes é transferida, estes não podem ser objetos de utilização de direitos privados ou de transmissão por instrumentos de direito privado, assim como não podem ser cobradas rendas às instituições do MS pela ocupação dos edifícios (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Compete aos municípios a gestão e execução dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos centros de saúde. Estas competências incluem os serviços de limpeza, arranjos exteriores, atividades de apoio à vigilância e segurança, fornecimento de água, eletricidade, gás e saneamento, encargos com os meios de deslocação utilizados para a prestação de cuidados de

saúde, seguros dos estabelecimentos de saúde, viaturas e respetivos encargos, pagamentos de rendas e de outros encargos e manutenção dos sistemas de aquecimento, ventilação, ar condicionado e elevadores. Excluem-se os serviços de apoio logístico relativo ao material de escritório, comunicações fixas, móveis e internet e ao equipamento informático, bem como o respetivo licenciamento do software de base e aplicacional das unidades funcionais, ficando ao encargo da ACSS (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Um aspeto importante que logra especial ênfase é o que se alude à transferência da gestão de pessoal, tornando-se este um novo campo das funções atribuídas aos municípios. Esta transferência dos recursos humanos não foi feita por si só, mas somente aqueles que se encontravam, individualmente, diretamente afetos a determinada função. Portanto, são apenas transferidos os recursos humanos com vínculo de emprego público dos mapas de pessoal das ARS, das carreiras de assistente operacional, que exerçam funções nos ACeS e das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas dependências das ARS que integram o SNS, transitando para os mapas de pessoal das autarquias da respetiva localização geográfica. Estes recursos humanos passam a ser geridos pelo presidente da câmara municipal conforme o abrigo do regime jurídico das autarquias locais, podendo este delegar nos diretores dos ACeS as suas competências próprias. Todos os encargos financeiros com estes indivíduos são financiados através do Fundo de Financiamento da Descentralização (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Outro aspeto relevante destas competências transferidas é a preconização do montante global de financiamento. O mesmo é anualmente previsto na Lei do Orçamento do Estado, no entanto existe a possibilidade de outros meios de financiamentos adicionais de projetos de saúde através de acordos específicos entre os municípios e a administração central. Dada a possibilidade dos municípios na prestação de cuidados saúde complementares ou que correspondam ao alargamento da oferta atualmente existente, o seu financiamento é suportado pelos municípios, salvo se este tiver sido previamente aprovado pelas ARS (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

O montante global prevê a inclusão de verba para o suporte de despesas resultantes das competências de gestão, conservação e manutenção das instalações e equipamentos. O seu cálculo corresponde à soma dos valores apurados previamente para cada edifício, de acordo com a seguinte fórmula: Valor por metro quadrado (Vm^2) x Área bruta do edificado. O produto desta fórmula é transferido para cada município tendo em conta a superfície total das instalações. Para efeitos de apuramento do Vm^2 , tem-se em conta a antiguidade do edificado

conforme tabela 3. Caso se verifiquem casos excepcionais, tais como edifícios extremamente degradados ou em processo de restauração, pode ser afetada uma verba específica para intervenção nesses edifícios, carecendo de acordo entre a ANMP e o MS. No entanto, estes valores da despesa para o financiamento de intervenções em estruturas de edifícios que se encontrem extremamente degradados, não podem ultrapassar os valores efetivamente gastos por cada ARS no ano anterior à concretização da transferência de competências com a manutenção e conservação das instalações (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Tabela 3: Valor por metro quadrado transferido para os municípios consoante a idade dos edifícios

Idade dos Edifícios	Vm ²
< de 5 anos	9 €
>= 5 e < 10 anos	11 €
>= 10 e < 19 anos	14 €
>= 19 anos	17 €

Todo este processo deve ser acompanhado por uma articulação minuciosa entre as políticas municipais da saúde com as políticas de saúde nacionais, portanto, o Decreto-Lei prevê a necessidade de elaboração de um novo documento estratégico, ou atualizá-lo caso este já seja existente, que deve estar devidamente enquadrado e alinhado com o PNS e o Plano Municipal da Saúde (PMS), contemplando as linhas gerais de ação e respetivas metas, estratégias, indicadores, recursos, atividades e calendarização. Estes processos carecem de articulação local em matéria de saúde, sendo assegurada pelo Conselho da Comunidade dos ACeS da respetiva área geográfica, promovendo o diálogo e envolvimento dos municípios (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Ainda, e com o intuito de acompanhamento do funcionamento do sistema de saúde local, foi criada uma entidade municipal consultiva designada por conselho municipal de saúde. Trata-se de um órgão consultivo e tem o objetivo de analisar e acompanhar o devido funcionamento do sistema de saúde no seu respetivo território, propondo as ações consideradas adequadas na promoção da eficácia e da eficiência. As competências do presente órgão são “Contribuir para a definição de uma política de saúde a nível municipal; Emitir parecer sobre a estratégia municipal de saúde; Emitir parecer sobre o planeamento da rede de unidades de CSP; Propor o desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção da doença; Promover a troca de informações e cooperação entre as entidades representadas; Recomendar a adoção de medidas e apresentar propostas e sugestões sobre questões relativas à saúde; Analisar o funcionamento dos estabelecimentos de saúde integrados no processo de descentralização objeto do presente Decreto-Lei, refletir sobre as causas das situações analisadas e propor as

ações adequadas à promoção da eficiência e eficácia do sistema de saúde.” (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Por fim, a transferência de competências para as entidades intermunicipais carece de acordo prévio de todos os municípios que as integrem e consideram-se transferidas para as autarquias locais e entidades intermunicipais até 31 de março de 2022. Os municípios e entidades intermunicipais que não pretendam aceitar as competências previstas deviam de comunicar esse facto à Direção-Geral das Autarquias Locais até 31 de dezembro de 2020.

Contudo, dada a importância na garantia do sucesso total deste processo de transferência de competências de enorme complexidade e exigência, garantindo sempre a melhor qualidade dos serviços prestados à sociedade na área da saúde, entendeu-se útil a prorrogação do prazo de obrigatoriedade da aceitação destas competências. Caso contrário, os constrangimentos causados ao progressivo trajeto da descentralização, que se pretendem aprofundar, poderiam ser avultados com a caducidade destes contratos interadministrativos, pelo que se tornou fundamental assegurar a vigência dos mesmos, assegurando a continuidade da delegação de competências. Este prolongamento, sem dano para o contínuo desenvolvimento do processo de descentralização, valida também a aprimoração de contratos interadministrativos nas diversas vertentes das competências a assumir pelas autarquias. Como tal, o artigo 28.º, define o alargamento da data para a tomada de decisão: “Sem prejuízo do número anterior, todas as competências previstas no presente Decreto-Lei consideram-se transferidas para as autarquias locais e entidades intermunicipais até 31 de março de 2022”. (Decreto-Lei n.º 56/2020, de 12 de agosto)

Destas comunicações, importa inferir que à data de novembro de 2020, 51 municípios exerceram as competências transferidas ao abrigo da Lei, 68 não se encontram em condições elegíveis à transferência de competências na área da saúde e os 111 restantes não aceitaram. Resultados que irão ser analisados nos resultados da presente investigação.

À primeira vista, este resultado parece ser um número reduzido de municípios que assinaram o protocolo de transferência de competências no domínio da saúde previsto no Decreto de Lei n.º50/2018. Como sua justificação, podem ser invocadas diversas razões, entre as quais a natural hesitação aos processos de mudança, a falta de esclarecimento e/ou divulgação do teor dos contratos a celebrar, a competitividade entre municípios e conseqüente desigualdade da saúde, escassez no financiamento, processos de autonomia excessivamente burocratizados, entre outros (Ordem Médicos, 2015).

No sentido inverso, como forma justificativa encontra-se a maior capacidade dos municípios em melhorar a prestação de serviços, possibilidade de desenvolvimento de programas direcionados à promoção e prevenção da doença e estilos de vida saudáveis, a aproximação e a deslocação dos prestadores dos cuidados de saúde às comunidades mais desfavorecidas e distantes dos serviços de saúde, maior equidade na prestação de cuidados de saúde e uma gestão mais eficaz e financeiramente mais adequada (Ordem Médicos, 2015).

Os diversos dispositivos legais mencionados ao longo do texto, e desenvolvidos na última década, são ferramentas de referência para a estrutura de uma saúde com base comunitária, potenciando, desta forma, os resultados dos inúmeros esforços desenvolvidos pelas estruturas centrais, regionais e locais da saúde (Loureiro et. al., 2010).

5.4. Revisão do quadro de transferência de competências (DL 84-E/2022)

O Decreto-Lei n.º 84-E/2022 revê o quadro de transferência de competências, no domínio da saúde, para os municípios e as entidades intermunicipais. Este, surgiu pela necessidade dos reajustes do quadro normativo existente em linha com o Acordo Setorial de Compromisso assinado entre o Governo e a ANMP em julho de 2022.

No presente Diploma existem diversas alterações que incluem a densificação o âmbito da EMS e da Estratégia Supramunicipal de Saúde e a respetiva articulação e alinhamento com outros instrumentos de planeamento em saúde. Também, extingue-se a comissão de acompanhamento e monitorização com a publicação do relatório que reconhece a conclusão do processo, no limite até 31 de dezembro de 2026 (Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro).

O auto de transferência passa a constituir, também, entre as alterações, “a transferência de edificado das ARS, a clarificação da revisão anual dos valores a pagar pela manutenção do edificado transferido, o esclarecimento do âmbito dos equipamentos a transferir, a garantia dos compromissos assumidos no quadro do Plano de Recuperação e Resiliência e, ainda, a criação, pelos departamentos governamentais competentes, de programas de apoio ao investimento em instalações e equipamentos de unidades de prestação de CSP” (Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro).

Por fim, anualmente, nos termos equivalentes à variação prevista para as remunerações dos trabalhadores em funções públicas, são transferidas para os municípios verbas para pagamento de:

- Despesas realizadas com os serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES que integram o SNS;
- Despesas de seguro de acidentes de trabalho e de higiene, segurança e medicina no trabalho;
- Abonos ou subsídios que os trabalhadores estejam a auferir no momento da transferência;
- Substituição de trabalhadores transitados que, cessem funções a título temporário ou definitivo, ou tenham cessado funções nos 12 meses anteriores à data do auto de transferência;
- Pagamento de trabalho suplementar aos trabalhadores que transitem para os municípios e aos que venham a ser contratados;
- É aplicável o regime da ADSE — Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P., e do SNS dos trabalhadores da administração central direta aos trabalhadores que transitam, assim como aos trabalhadores que sejam contratados para os substituir ou sejam recrutados dentro dos rácios que venham a ser definidos.

Este auto de transferência pode ser alterado mediante acordo de todas as partes.

Os municípios e as entidades intermunicipais participam na fixação dos horários dos estabelecimentos de saúde, que se localizem no respetivo território, respeitando as orientações técnicas comuns no SNS (Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro).

Portanto, este Decreto-Lei “prossegue o processo de descentralização de competências na área da saúde, em especial através da participação dos órgãos municipais na gestão de unidades de prestação de CSP e no investimento de construção e equipamento. Reforça, por outro lado, as competências das autarquias locais tendo em conta o melhor interesse dos cidadãos e das empresas que procuram da parte da AP uma resposta mais ágil e eficiente” (Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro).

5.5. A municipalização em saúde – prós e contras

As autarquias têm assumido cada vez mais funções na área da saúde, no entanto ainda com um papel residual quando comparado com a sua responsabilidade no domínio da educação. Esta nova configuração dos encargos municipais torna exequível um investimento na promoção da saúde das suas comunidades. O planeamento de políticas locais pode resultar num importante apoio na resolução de problemas e num ardil preponderância sobre o nível de saúde e do

funcionamento das comunidades, orientando a planificação numa perspetiva salutogénica (Loureiro et. al., 2010).

A complexidade e intensificação das intervenções concedidas ao poder local têm vindo a manifestar-se por um maior envolvimento e responsabilização das autarquias nos domínios que exigem competências próprias. São exemplos desta ingerência a promoção de estratégias de intervenção em rede (Ex. Rede Social) e a participação dos municípios na definição de políticas e ações na promoção da saúde, com instâncias ao nível da planificação estratégica de desenvolvimento concelhio (Loureiro et. al., 2010).

A promoção da saúde, em particular naquilo que é a sua dimensão positiva, permite cuidar a montante da doença através da capacitação de estruturas e das pessoas, traduzindo-se em melhor saúde e bem-estar, maior produtividade, melhor qualidade de vida para os munícipes e maior fortalecimento dos indivíduos, das comunidades e das suas organizações (Loureiro et. al., 2010).

Num editorial da Lancet, a autora Laura Dwyer-Lindgren (2017) cita que “A saúde pública é local, e informações locais semelhantes são necessárias para aumentar a conscientização entre os residentes e legisladores de políticas”.

Nesta linha, surgem autarcas a defender um potencial processo de municipalização da saúde, acreditando na capacidade das autarquias em melhorar a prestação serviços de saúde, considerando as autarquias como as grandes aliadas do SNS. No entanto, e no sentido inverso, consideram importante a exclusão da municipalização a contratação de médicos, enfermeiros e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, mantendo-se uma competência do poder central (Ordem Médicos, 2005).

Segundo Delgado (2019), ao analisar o papel de um município de Cabo Verde em resposta à descentralização em Cabo Verde, reconhece potenciais benefícios na municipalização da saúde através da descentralização dos CSP para as autarquias e sem uma verdadeira municipalização quanto à gestão, embora, defenda uma abordagem multissetorial dada os potenciais benefícios substanciais para a saúde em que o município tem um papel fundamental, como é o caso da educação, habitação, ambiente, agricultura, cultura, entre outros.

No entanto, as autarquias portuguesas ainda se encontram aquém das expectativas conforme demonstram os resultados obtidos através do relatório do Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS), referenciando que a grande maioria das autarquias não revelam a existência de um PMS, não apresentam nenhuma estrutura municipal específica para responder

às necessidades da saúde do seu município e três em cada quatro municípios não efetuam avaliação sistemática dos processos e resultados. Segundo o mesmo estudo, em 2010, apenas 19% das autarquias têm documentação disponível sobre o estado atual de saúde e do planeamento em saúde nos seus municípios, onde apenas 1% refere a disponibilização do perfil de saúde do município (Loureiro et. al., 2010).

A municipalização da saúde pode, ainda, gerar importantes desigualdades entre as diferentes autarquias, pois, uma vez que o nível de obtenção de receitas entre estas é desigual, sucede que os munícipes de comunidades com menos recursos não conseguem obter o mesmo nível de provisão de serviços públicos que os habitantes de municípios mais ricos (Ordem dos Médicos, 2015).

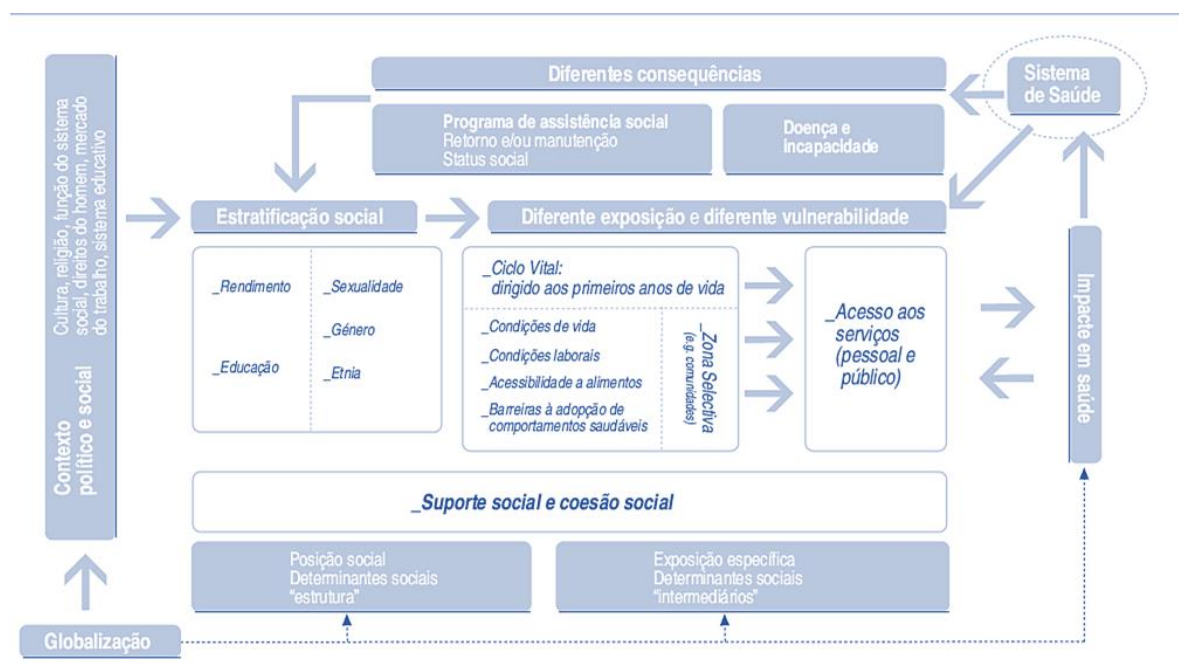
5.6. Projeto de capacitação em promoção da saúde

O planeamento dos valores no sentido da promoção da saúde e o seu significado como subterfúgios chaves na sequência de objetivos económicos e sociais é uma incitação atual que circunda uma vasta gama de determinantes da saúde e de toda a comunidade de uma forma transversal. Conforme a OMS (2001) “promover a saúde de uma população é um trabalho cuja complexidade, e frequentemente, cuja subtil dimensão, desafia académicos e profissionais de campo de variadas disciplinas: epidemiologistas, cientistas sociais, educadores, investigadores das políticas, economistas, planeadores de espaço urbano, e profissionais das ciências da saúde (...) todos contribuem para iluminar um ou outro aspeto da promoção da saúde.”

Dado a saúde ser um fenómeno com dimensões sociais, físicas, psicológicas e espirituais, a sua administração obriga uma abordagem transdisciplinar e multisetorial, condicionada por todas as políticas em todos os setores (figura 7). Neste sentido, a Unidade de Promoção da Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.) desenvolveu um estudo de potencialidades e carências de ação e em promoção da saúde a nível nacional, regional e local, designado PROCAPS (Loureiro et. al., 2010).

A realização deste estudo permitiu inferir vários indicadores que demonstram as desigualdades patentes, em Portugal, e como estas tendem a localizar-se nas mesmas regiões. Portanto, observando os indicadores relacionados com a saúde, denota-se um interior mais prejudicado em relação ao litoral (Loureiro et. al., 2010).

Figura 7: O sistema de saúde como determinante social da saúde



Fonte: Loureiro et. al.(2010)

O projeto visou apoiar os municípios na promoção da saúde dos seus cidadãos com recurso:

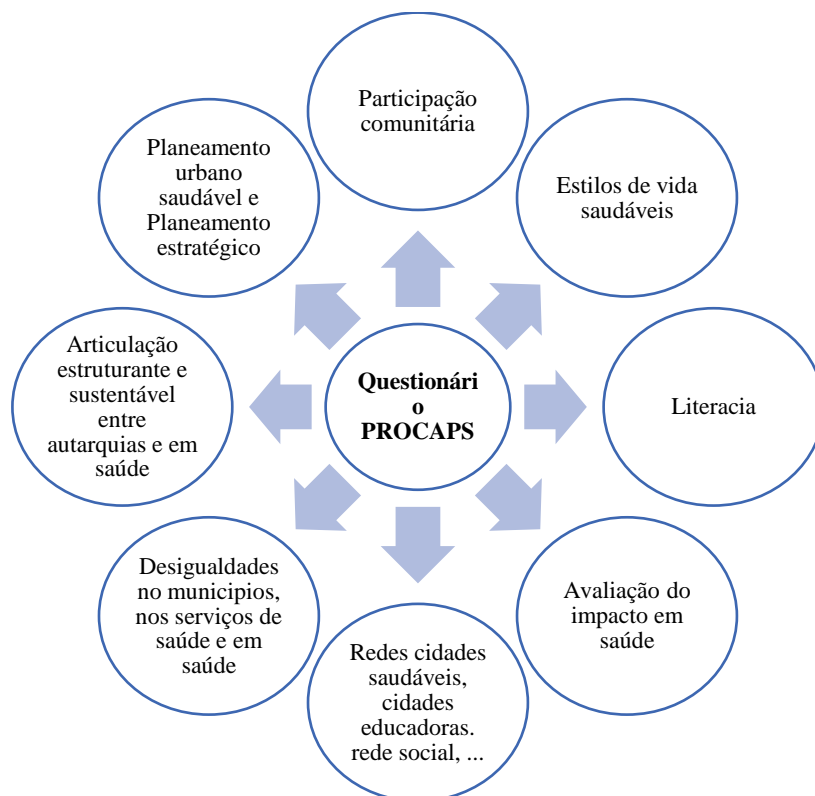
- Identificação do potencial de promoção da saúde existente das autarquias e parceiros sociais ao nível intersectorial;
- Criação de instrumentos de monitorização de boas práticas em promoção da saúde a nível local, regional e nacional;
- Apoiar a planificação de programas de investigação e formação de promoção da saúde, mediando entre as autarquias e os serviços de saúde locais;
- Desenvolver indicadores e produzir materiais de referência;
- Identificar estratégias de implementação efetivas e desenvolver metodologias de diagnóstico e planeamento em promoção da saúde a nível local, regional e nacional;
- Divulgar os resultados atingidos junto dos profissionais de diferentes setores e do grande público.

O recurso a este estudo permitiu identificar que as autarquias atribuem um elevado valor à promoção da saúde e às necessidades de auxílio, portanto, torna-se preponderante a estimulação e o apoio da edificação de parcerias eloquentes. A participação ativa da sociedade no procedimento de proteção e promoção da saúde pode integrar uma estratégia de capacitação dos atores locais. Será com base nos diagnósticos de saúde locais (Perfis de saúde) que se lograrão reconhecer-se as estratégias e as primazias de saúde locais mais apropriadas a cada

realidade municipal e, desta forma, elaborar os PMS com particular ênfase à promoção da saúde (Loureiro et. al., 2010).

As estratégias delineadas permitiriam contribuir para a estimulação da união social e o incremento da capacitação dos cidadãos, bem como a colaboração para os ganhos em saúde de todos os cidadãos, inclusive os grupos vulneráveis, aperfeiçoamento da literacia em saúde e cooperação na capacitação do sistema de saúde e dos vários setores promovendo a inovação e a melhor gestão de recursos (Loureiro et. al., 2010).

Figura 8: Áreas de intervenção para a Promoção da Saúde nas autarquias



Adaptado de Loureiro et. al.(2010)

Quanto maior e mais aprimorada for a coordenação entre os vários elementos do sistema de saúde no país, com o incentivo à participação dos cidadãos, nomeadamente através dos órgãos representativos locais, e mais organizado e refletido for o acompanhamento das estratégias locais de saúde, tanto maior será conseguida a concretização do PNS (Loureiro et. al., 2010).

5.7. Plano municipal de saúde

Atualmente, comprova-se que muitos dos problemas de saúde podem ser minorizados pelo comportamento adotado por parte da comunidade, pelo que se arriscará a conferir aos indivíduos parte do controlo sobre a sua situação de saúde, ao invés de apenas os restringir aos cuidados de saúde, fazendo convergir as organizações que tradicionalmente se responsabilizam

pela prevenção e pela resposta à doença com aquelas que de forma deliberativa podem garantir à sociedade a salvaguarda e a promoção da saúde através de serviços e políticas locais. Deste modo, salienta-se a atuação no sentido da prevenção da doença, a literacia, a cidadania, a promoção da saúde e a construção de redes de informação (C.M. Gondomar, 2015).

Os PMS, ao nível local, liderados pelas autarquias, mas inevitavelmente de natureza intersectorial, beneficiarão, sobretudo, na inclusão e implementação de ações consistentes e assumidas pelos municípios e pelas restantes entidades interessadas, no âmbito do compromisso social, condição fundamental para a efetiva redução da iniquidade/es em saúde e na garantia do desenvolvimento sustentável das respetivas comunidades. Neste sentido, existem diversas entidades, tais como a ANMP, as Comissões Intermunicipais, as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, bem como a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e os cidadãos, com um papel elementar na dinamização, impulso e simplificação destes processos de participação e compromisso, neste âmbito e a este nível (CTEPNS, 2019).

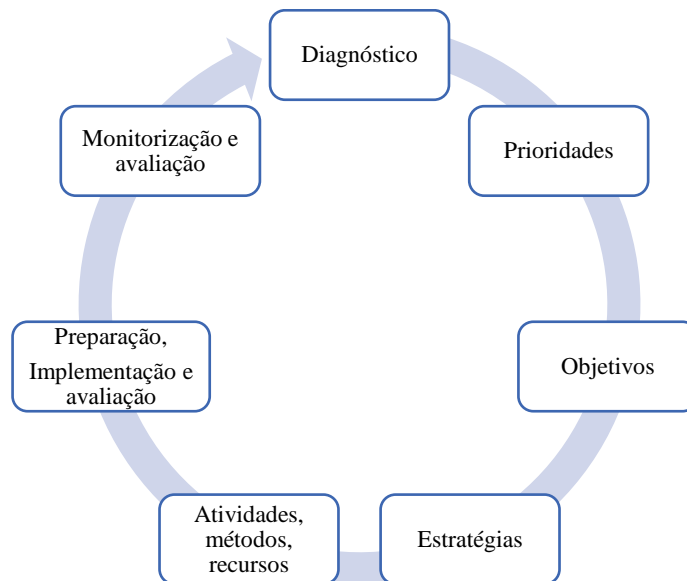
Os PMS surgiram enquanto contributo substantivo para a promoção e melhoria sustentada da qualidade de vida e melhor saúde física e mental da comunidade residente no concelho, adequando localmente as diretrizes globais, reconhecendo-se os riscos mais importantes, promovendo a eficiência e os valores que constroem a identidade de cada comunidade sem dissipar a evolução e a inovação indutora de maior equidade e justiça. Trata-se de uma planificação a longo prazo e visa a construção de alicerces sustentáveis para as gerações atuais e futuras, concentrando-se nas mudanças de comportamentos individuais ou coletivos, como as atitudes e as crenças, que são fundamentais para a qualidade do estado de saúde (Soares et. al., 2017).

Portanto, a necessidade de resposta a problemas específicos ao nível local e com a iniquidade de cuidados de saúde, justifica-se, cada vez mais, pela ampliação da descentralização e, conseqüente, municipalização da saúde, com fortalecimento das competências e de meios das autarquias para atuação no território específico (Loureiro, 2013).

A regular supervisão e avaliação do PMS e das ações que o incorporam são elementares para potenciar a sua concretização, permitindo agir de forma atempada perante eventuais desvios, seguir qual o nível de execução dos objetivos propostos e reagir face à mudança dos pressupostos que sustentaram o seu desenho. A base do processo encontra-se assente numa metodologia participativa e circular, em que a monitorização e a avaliação produzem conhecimento e evidência para o devido ajuste em novas intervenções, partindo do diagnóstico

e da identificação dos recursos para a definição de prioridades e metodologias de intervenção (Figura 9) (C.M. Valongo, 2021).

Figura 9: Ciclo de implementação do Plano Municipal de Saúde



Fonte: C.M. Valongo (2021)

A avaliação e monitorização do PMS incorpora a apreciação e acompanhamento da concretização das ações definidas nos planos de ação do PMS através dos indicadores definidos para cada ação e do processo de monitorização do plano que deverá garantir que todas as ações patenteadas reconhecem os instrumentos de monitorização e avaliação. Esta avaliação é efetuada ao longo de todo o período de implementação do PMS, ou seja, dependerá da avaliação inicial e do produto final obtido. Como tal, deverão ser utilizados, sempre que possível, os indicadores já utilizados pelo ACeS e colhidos por rotina através dos sistemas de informação de saúde. No caso de inexistência ou da escassez destes dados, deverá recorrer-se a questionários desenhados especificamente para esta finalidade e aplicados em amostra aleatória dentro da ACeS (C.M. Valongo, 2021).

Dado o reconhecimento destas fundamentais estratégias para a promoção da saúde dos seus municípios, algumas autarquias têm tido um papel proativo na implementação de subterfúgios na área da saúde. No caso do município de Abrantes, tem mediado as negociações com a ARS, quer na fixação de profissionais de saúde, nomeadamente médicos, quer no apoio de projetos e infraestruturas. Também, dispõe de um protocolo de parceria com o programa nacional de promoção da saúde oral, desde 2008, que permite às crianças residentes no concelho o acesso ao dentista, com transporte incluído, apresentando uma elevada taxa de adesão.

A parceria entre o domínio da saúde e o domínio social, permitiu a participação na construção da Unidade de Cuidados Continuados com recurso ao orçamento municipal e a fundos europeus, sendo os equipamentos adquiridos pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Em cooperação com esta instituição, o município ativou oficialmente a atividade da Unidade de Saúde Familiar Beira Tejo representando um investimento de 300 mil euros por parte do município. Ambas as medidas foram relevantes na redução de utentes sem médico de família, passando de 43% para 8%, de 2013 para 2019, respetivamente.

Entre outras medidas na área da saúde, destaca-se o apoio à aquisição de uma unidade movel de saúde, cedência de viaturas aos CSP, a aquisição de ambulâncias para a Delegação da região da cruz Vermelha com o intuito de apoiar no transporte de doentes aos CSP e incentivos aos hábitos de vida saudáveis, quer pela promoção do desporto e disponibilização de verbas para a construção de espaços verdes, quer pela promoção de hábitos alimentares saudáveis na comunidade com maior incidência na educação escolar.

Em 2019, o município aceitou a transferência de competências para o órgão municipal do diploma de responsabilidades da saúde, recebendo uma verba de 421 mil euros, que abrange o pagamento salarial de dez auxiliares de serviços gerais e a manutenção física de 2 edifícios.

A autarquia de Cascais desempenha por iniciativa própria algumas das competências na área da saúde desde 2015, considerando a natural utilidade da descentralização na área da saúde. Tem vindo a desenvolver trabalho na vertente da prevenção da doença e promoção dos hábitos saudáveis, principalmente junto da comunidade mais vulnerável (Ordem Médicos, 2005).

Este município dispõe de uma cobertura a nível do médico de saúde e familiar superior a muitas outras autarquias nacionais. Conta como intervenção estratégica na aproximação dos cuidados de saúde à comunidade pela compra de uma viatura e, conseqüente, possibilidade de deslocação da delegada saúde aos domicílios. Também, fomenta a estratégia no combate à defesa de condições dignas de alojamento e no combate a fome, com maior foco nos grupos mais vulneráveis: idosos, jovens, crianças e deficientes (Ordem Médicos, 2005).

A autarquia de Condeixa-a-Nova, através da revisão do seu Plano Diretor Municipal em 2004, identificou a saúde como uma área estratégica para o desenvolvimento do seu território. Apesar de ser um conselho bem servido de CSP e secundários, assim como ao nível de profissionais e estado das infraestruturas, enfatizam as necessidades do município ao nível da Rede de Cuidados Continuados Integrados de saúde e de uma unidade móvel de saúde (PLURAL, 2014).

Portanto, o município desenvolveu estrategicamente competências na área da saúde com a compra de uma unidade móvel de saúde, considerando essencial para aproximação dos cuidados de saúde às populações desfavorecidas e geograficamente com maiores carências. Com recurso a este equipamento a autarquia desenvolveu a assistência médica e de enfermagem, prescrição de medicamentos, vacinação e a vigilância e rastreios junto da população mais desfavorecida. Também procedeu ao desenvolvimento de um serviço inovador, a farmácia ao domicílio, nos casos das freguesias mais rurais e mais isoladas. A ideia base é a existência de um funcionário social que recolhe as receitas dos utentes e posteriormente procede à entrega dos fármacos (PLURAL, 2014).

No seguimento da saúde em todas as políticas, o município de Condeixa-a-Nova, prevê o desenvolvimento de políticas no domínio da habitação, nomeadamente, a reabilitação de áreas urbanas desqualificadas promovendo a reabilitação dos tecidos urbanos existentes e a fixação da população com menores rendimentos em áreas urbanas consolidadas garantindo uma boa acessibilidade aos serviços de saúde, educação e demais setores. O turismo de saúde assumiu-se como outro ponto estratégico para a promoção da saúde concelhia com a criação das componentes médicas, termalismo, spa e talassoterapia, promovendo o bem-estar e a promoção de diferentes valências médicas (PLURAL, 2014).

- PARTE EMPÍRICA -

6. Metodologia

A revisão bibliográfica efetuada na parte conceptual da presente dissertação, procurou apresentar e enquadrar a temática da descentralização e municipalização da saúde, nos seus diversos conceitos, vertentes, pareceres e competências.

O presente capítulo tem o intuito apresentar a metodologia utilizada.

6.1. Tipo de estudo

A investigação baseia-se numa orientação teórica que serve para organizar a recolha e análise de dados, conferindo-lhes coerência. A dissertação necessita de uma contextualização metodológica que o encaixe numa orientação de investigação específica, situando-o na pesquisa efetuada anteriormente para a mesma temática.

O presente estudo enquadra-se numa investigação do tipo descritivo e exploratório, pois procura descrever e analisar a situação da descentralização e transferência de competências na área da saúde nos municípios portugueses.

Esta abordagem, surge como um fenómeno em estudo da realidade, natural e independente do investigador. A escolha deste tipo de estudo dá-se à imprevisibilidade na dimensão da amostra, aos objetivos definidos, aos métodos empregues e à profundidade na abordagem dos temas.

A pesquisa exploratória, tem como objetivo explorar um tema ou problema pouco conhecido ou pouco estudado, com o intuito de gerar *insights*, hipóteses ou ideias iniciais. É uma etapa preliminar de investigação que busca mapear e compreender o fenómeno em questão, sem necessariamente formular conclusões definitivas. Este tipo de pesquisa, utiliza métodos flexíveis e abertos, como entrevistas, observação ou revisão bibliográfica, para explorar diferentes perspetivas e obter uma visão mais abrangente do tema (Creswell, 2014).

A investigação descritiva tem evoluído consideravelmente, não só na vertente da fiabilidade e da credibilidade da recolha dos dados, mas igualmente no que respeita à aplicação das tecnologias na análise dos dados para atestar a qualidade e o rigor deste tipo de investigação. Geralmente, utiliza-se métodos quantitativos, como questionários e levantamentos de dados, para coletar informações e fazer análises estatísticas. Esta, envolve a colheita e análise de dados para identificar padrões, tendências e distribuições. A pesquisa descritiva é útil quando se deseja obter informações detalhadas sobre um determinado tema, grupo de pessoas ou fenómeno. Portanto, com recurso a este tipo de estudo, desejamos objetar a questões de natureza explicativa, sem querer exercer o controlo sobre os fenómenos em análise. Ou seja, a obtenção

do produto final com características explicativas das posições reveladas pelos atores (Neuman, 2013).

Ambos os tipos de pesquisa são importantes e complementares. A pesquisa descritiva fornece informações detalhadas e precisas sobre um determinado tema, enquanto a pesquisa exploratória permite a descoberta de novas ideias e aprofundamento do conhecimento. Muitas vezes, esses dois tipos de pesquisa são realizados em sequência, com a pesquisa exploratória servindo como base para a pesquisa descritiva mais aprofundada (Creswell, 2014 & Neuman, 2013).

Tanto a pesquisa descritiva quanto a pesquisa exploratória são importantes no campo científico, pois contribuem para a geração de conhecimento e para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados. Ambos os tipos de pesquisa podem ser complementares e servir como etapas iniciais em um processo de investigação mais amplo.

Dado esta investigação não ter por finalidade comparações ou extrapolações, apenas a descrição, análise e discussão de uma realidade e dos fatores que a caracterizam, não são consideradas limitações relacionadas com a validade externa do mesmo.

6.2. Amostra

A amostra do estudo é composta por 201 municípios portugueses de Portugal Continental, que são elegíveis para se candidatarem à transferência de competências na área da saúde. No presente estudo, foram excluídos os municípios que não se encontram elegíveis, 77 autarquias, dado estarem inseridas onde existem as Unidades Locais de Saúde. Também, são excluídos os arquipélagos das regiões autónomas da Madeira e dos Açores, dada a sua particular autonomia política e administrativa, que incluiria uma análise diferenciada às respetivas autarquias e, conseqüentemente, novas variáveis na nossa investigação.

Quanto à seleção da amostra, trata-se de uma investigação não probabilística, utilizando uma abordagem de amostragem intencional. Isso implica que os municípios incluídos na amostra são selecionados propositadamente.

Naturalmente, a apreciação de contextos políticos, demográficos e sociais diferentes acarreta o risco de dirigir variáveis que condicionam a afirmação de conclusões. Portanto, a seleção da colheita de dados a nível Continental, visa a verticalização dos diferentes ideais políticos, distanciando-se duma escolha regional e, conseqüente, maior preponderância de uma ligação

partidária maioritária, dado o contexto poder transpor, positiva ou negativamente, ao condicionamento das respostas.

Portanto, é importante notar que, devido à natureza da amostra e à abordagem de amostragem intencional, os resultados obtidos podem não ser generalizáveis para todos os municípios portugueses. No entanto, a amostra selecionada permitirá uma análise exploratória e descritiva da situação da descentralização de competências na área da saúde nos municípios que decidiram participar no estudo.

A recolha de dados foi realizada no período compreendido entre 2019 e 2023, com a pretensão da maior recolha de dados possíveis, para analisar a evolução do processo da transferência de competências na área da saúde.

6.3. Recolha de dados

Para a recolha de dados, são utilizados vários instrumentos e fontes de informação, a fim de obter uma base de dados completa e apoiar uma análise a nível nacional e regional. Os instrumentos e fontes de dados utilizados são os seguintes:

1. Portal Autárquico: Os dados especificamente relacionados com a descentralização e os custos anuais associados aos encargos são obtidos a partir do Portal Autárquico. Esses dados incluem informações detalhadas sobre os edifícios utilizados, os custos logísticos e os assistentes operacionais envolvidos na descentralização das competências em matéria de saúde.
2. Instituto Nacional de Estatística (INE): Dados estatísticos relativos aos municípios. Esses dados fornecem informações demográficas, geográficas e socioeconómicas relevantes para a análise da descentralização de competências no domínio da saúde.
3. Portal do SNS e ACSS: Os dados organizacionais são recolhidos a partir do Portal do SNS e da ACSS. Esses dados fornecem informações sobre a implementação da descentralização de competências ao nível da gestão e da organização do sistema de saúde.
4. *Websites* dos municípios: Os dados relacionados com a decisão final da transferência de competências, a criação de estruturas, obtenção de datas e relatórios foram extraídos dos *websites* dos municípios. Esses dados permitem obter informações específicas de cada município em relação à transferência de competências, à elaboração da EMS, à constituição do CMS e a outros aspetos relevantes. Evidencia-se, a exaustiva pesquisa própria no site de cada município, em busca das informações

mencionadas anteriormente e fundamentais para o estudo, dado a inexistência de uma base de dados autárquica comum.

A recolha de dados é realizada de forma sistemática e rigorosa, utilizando os instrumentos acima mencionados e garantindo a qualidade e a confiabilidade da informação recolhida. Os dados obtidos foram estruturados e organizados numa base de dados em Excel que permite a análise a nível nacional e regional. As principais variáveis dessa base de dados encontram-se descritas no Anexo II.

6.4. Análise de dados

São realizados diferentes tipos de análises com o objetivo de examinar a evolução da descentralização de competências em saúde nos municípios portugueses, bem como compreender aspetos relacionados aos custos e ao cumprimento dos requisitos legais. As principais análises a serem realizadas são as seguintes:

1. Análise da evolução de 2019 a 2023: Será analisado o número de municípios que aceitaram a transferência de competências em diferentes períodos, a fim de identificar a evolução da descentralização ao longo do tempo. Será calculado o valor acumulado por período, dando especial atenção ao último período, considerando os dados obtidos neste estudo.
2. Análise dos custos associados: Será analisada a evolução dos custos relacionados com a descentralização de competências, incluindo os custos de construção, os custos logísticos e os assistentes operacionais. Será realizada uma análise geral dos custos, bem como uma análise específica para os municípios que aceitaram a descentralização. Isso permitirá avaliar a evolução dos custos ao longo do tempo e comparar os custos entre municípios.
3. Análise do processo de descentralização: Será analisado o cumprimento dos requisitos legais relacionados com a descentralização das competências no domínio da saúde. Será examinado se os municípios estão a cumprir o conteúdo da transferência de competências e as etapas estabelecidas na legislação atual. Para isso, será utilizada a informação recolhida nos *websites* dos municípios para determinar quantos municípios estão cumprindo os requisitos legais.

A análise dos dados foi feita utilizando o Microsoft Excel aproveitando as suas funcionalidades no que se refere à gestão e visualização de dados. Serão aplicadas técnicas descritivas para sintetizar e apresentar os resultados obtidos.

6.5. Procedimentos e riscos éticos

Neste estudo, são realizadas análises e recolhas de dados e informações relativos à transferência de competências no domínio da saúde nos municípios portugueses. Adotamos as medidas necessárias para salvaguardar a segurança e a integridade das informações recolhidas. Também, garantimos o cumprimento dos princípios éticos estabelecidos pelas entidades reguladoras e pela legislação em vigor em Portugal. É importante mencionar que seguimos todas as normas e regulamentos éticos estabelecidos no país para garantir a proteção e a confidencialidade dos dados e o cumprimento dos princípios éticos na pesquisa.

7. Resultados

Este capítulo apresenta os principais resultados tendo em conta as análises formuladas na metodologia.

7.1. Análise da evolução

Na fase inicial do estudo, conduziu-se uma análise da progressão entre 2019 e 2023 nos municípios que adotaram a transferência de competências. Neste contexto, "Exercem" refere-se aos municípios que atualmente assinaram o auto de transferência e desempenham as competências correspondentes, "Não Aplicável" indica que a competência não se ajusta à situação específica desse município por serem integrantes das ULS, e "Não Exercem" descreve aqueles municípios que, embora elegíveis, optaram por não implementar a competência correspondente no momento. Os resultados estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Avaliação da evolução aceitação transferências competências na área da saúde no período de 2019 a 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Exercem	29	51	57	72	86
n.a.	77	77	77	77	77
Não exercem	172	150	144	129	115
Total	278	278	278	278	278
%	14,43%	25,37%	28,36%	35,82%	42,79%

Legenda: n.a. Não aplicável (integrado em ULS)

Conforme os dados apresentados, é notório que o número de municípios que aceitam a transferência tem apresentado um crescimento significativo ao longo dos anos, passando de 29 municípios em 2019 para 86 municípios em 2023. Ou seja, significa que, em termos percentuais, os municípios que estavam em condições de assinar o acordo em 2019 representavam 14,43%, enquanto em 2023 atingiu os 42,79%. Desta forma, representa uma taxa de crescimento de 196% no período em análise. Portanto, representa uma taxa de crescimento de 196% no período analisado. No entanto, verificou-se em 1 autarquia (Coimbra) a alteração da aceitação para a decisão de rejeição da transferência de competências na área da saúde.

Em contraste, observa-se que a quantidade de municípios onde a transferência não se aplica, permanece constante ao longo dos anos, ou seja, não existiu a abolição de nenhuma ULS entre 2019 e 2023.

Além disso, foi avaliada a evolução do processo de descentralização no sector da saúde por ARS e a sua população abrangida, conforme a tabela 5.

De acordo com os resultados apresentados para cada ano e região da ARS em relação aos municípios que aceitaram a descentralização da saúde e à população abrangida por esses municípios, pode deduzir-se que:

- No ano de 2019, um total de 29 municípios em Portugal aceitaram a descentralização da saúde, representando 14,43% do total de municípios do país.
- A região da ARS Lisboa e Vale do Tejo teve a maior adesão com 10 municípios aceitando a descentralização, representando 21,74% dos municípios da região.
- A região da ARS Algarve teve a segunda maior adesão com 3 municípios aceitando, representando 18,75% dos municípios da região.
- Em termos de população abrangida pelos municípios que aceitaram, a ARS Lisboa e Vale do Tejo também liderou com mais de 1,1 milhão de pessoas, representando 32,06% da população abrangida pelos municípios que aceitaram a descentralização.
- No ano de 2020, houve um aumento no número de municípios que aceitaram a descentralização, chegando a 51 municípios em todo o país, representando 25,37% do total de municípios.
- A região da ARS Lisboa e Vale do Tejo manteve-se na liderança, com 15 municípios aceitando a descentralização, representando 32,61% dos municípios da região.

Tabela 5: Evolução do processo de desconcentração no sector da saúde por município

		Municípios da ARS que aceitaram		População abrangida da ARS pelos municípios que aceitaram	
2019		N	%Aceite	POPA	%POPA
	ARS Alentejo	1	7,14	5.732	3,75
	ARS Algarve	3	18,75	138.691	29,38
	ARS Centro	8	10,00	120.820	5,96
	ARS Lisboa e Vale do Tejo	10	21,74	1.140.214	32,06
	ARS Norte	7	15,56	82.995	3,09
	Portugal	29	14,43	1.488.452	16,74
2020		N	%Aceite	POPA	%POPA
	ARS Alentejo	1	7,14	5.732	3,75
	ARS Algarve	6	37,50	285.564	60,50
	ARS Centro	19	23,75	533.006	26,30
	ARS Lisboa e Vale do Tejo	15	32,61	1.417.128	39,85
	ARS Norte	10	22,22	239.816	8,94
	Portugal	51	25,37	2.481.246	27,91
2021		N	%Aceite	POPA	%POPA
	ARS Alentejo	1	7,14	5.732	3,75
	ARS Algarve	6	37,50	285.564	60,50
	ARS Centro	22	27,50	575.466	28,39
	ARS Lisboa e Vale do Tejo	17	36,96	1.455.326	40,93
	ARS Norte	11	24,44	245.032	9,14
	Portugal	57	28,36	2.567.120	28,88
2023		N	%Aceite	POPA	%POPA
	ARS Alentejo	11	78,57	128.424	84,02
	ARS Algarve	11	68,75	393.869	83,45
	ARS Centro	25	31,25	618.216	30,50
	ARS Lisboa e Vale do Tejo	16	34,78	1.442.788	40,57
	ARS Norte	23	51,11	1.102.034	41,09
	Portugal	86	42,79	3.685.331	41,46

Legenda: %POPA - % da população da ARS abrangida pelos municípios que aceitaram

- A região da ARS Algarve também teve um aumento significativo no número de municípios aceitantes, com 6 municípios aderindo, representando 37,50% dos municípios da região.
- Em relação à população abrangida, a ARS Lisboa e Vale do Tejo continuou liderando com mais de 1,4 milhão de pessoas, representando 39,85% da população abrangida pelos municípios que aceitaram a descentralização.
- Em 2021, o número de municípios que aceitaram a descentralização aumentou para 57, representando 28,36% do total de municípios em Portugal.
- A região da ARS Lisboa e Vale do Tejo manteve-se na frente, com 17 municípios aceitando a descentralização, representando 36,96% dos municípios da região.
- A região da ARS Algarve também manteve uma alta adesão, com 6 municípios aceitando, representando 37,50% dos municípios da região.
- A ARS Alentejo teve um aumento significativo no número de municípios aceitantes, passando de 1 para 11, representando 78,57% dos municípios da região.
- Em termos de população abrangida, a ARS Lisboa e Vale do Tejo continuou liderando com mais de 1,4 milhão de pessoas, representando 40,93% da população abrangida pelos municípios que aceitaram a descentralização.
- Em 2023, houve um aumento ainda maior no número de municípios que aceitaram a descentralização, chegando a 86 municípios em todo o país, representando 42,79% do total de municípios.
- A região da ARS Norte teve a maior adesão, com 23 municípios aceitando a descentralização, representando 51,11% dos municípios da região.
- A ARS Lisboa e Vale do Tejo continuou na segunda posição, com 16 municípios aceitando, representando 34,78% dos municípios da região.
- A ARS Algarve também manteve uma alta adesão, com 11 municípios aceitando, representando 68,75% dos municípios da região.
- Em termos de população abrangida, a ARS Lisboa e Vale do Tejo liderou novamente com mais de 1,4 milhão de pessoas, representando 40,57% da população abrangida pelos municípios que aceitaram a descentralização.

Os resultados mostram um aumento no número de municípios que aceitam a descentralização da saúde ao longo dos anos, com uma maior adesão na região da ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo. A descentralização tem impacto significativo em termos de população abrangida, com a ARS Lisboa e Vale do Tejo liderando consistentemente nesse aspeto. Essa análise

fornece uma visão geral do processo de descentralização da saúde em Portugal e ajuda a compreender a evolução dessa política ao longo do tempo.

7.2. Análise dos custos associados

Na segunda fase da análise, é realizado um estudo sobre os custos associados à descentralização das competências, abrangendo aspetos como os custos logísticos, os custos de construção e os assistentes operacionais. Os resultados dessa análise são apresentados na tabela 6.

Tabela 6: Custos associados à descentralização das competências

	2019	2023	Δ 19-23
Global			
Imóveis	11.492.736,00 €	13.577.331,00 €	18,14%
Custos Logísticos	60.523.554,00 €	81.337.742,00 €	34,39%
Assistentes Operacionais	20.935.348,00 €	32.954.589,00 €	57,41%
TOTAL	92.951.638,00 €	127.869.662,00 €	37,57%
Apenas os municípios que aceitaram a transferência			
Imóveis	5.239.824,00 €	6.067.138,00 €	15,79%
Custos Logísticos	25.412.611,00 €	32.957.880,00 €	29,69%
Assistentes Operacionais	8.842.460,00 €	14.768.873,00 €	67,02%
TOTAL	39.494.895,00 €	53.793.891,00 €	36,20%

Como pode ser observado na tabela, os custos globais dos municípios foram comparados com os dos municípios que aceitam a transferência. Nota-se que os gastos relacionados a imóveis, logística e assistentes operacionais apresentam um aumento em ambos os casos, no período de 2019 a 2023. No entanto, essa variação tende a ser menor nos municípios que aceitam a transferência. Em outras palavras, apesar do custo aumentar ao longo dos anos, a diferença de crescimento será menos acentuada naqueles que aceitam a transferência.

Através das tabelas 7, 8 e 9 podemos observar e analisar os dados relativos à evolução dos encargos totais entre 2019 e 2023, apenas para os que aceitaram a transferência de competências, tomando como base 2023.

Tabela 7: Encargos totais de 2019 para os municípios que aceitaram a transferência de competências

ARS	POP	POPNA	NMUN	N.A.	MABRA	2019			
						EDI	CLOG	OPER	TOTAL
ARS Alentejo	403 699	250 846	43	29	14	285 073,00 €	1 396 305,00 €	719 738,00 €	2 401 116,00 €
ARS Algarve	472 000	0	16	0	16	567 084,00 €	1 811 632,00 €	1 222 961,00 €	3 601 677,00 €
ARS Centro	2 261 958	235 028	101	21	80	744 713,00 €	4 167 086,00 €	1 678 447,00 €	6 590 246,00 €
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3 623 614	67 623	50	4	46	1 618 433,00 €	11 342 772,00 €	2 141 120,00 €	15 102 325,00 €
ARS Norte	3 212 894	531 055	68	23	45	2 024 521,00 €	6 694 816,00 €	3 080 194,00 €	11 799 531,00 €
Portugal	9 974 165	1 084 552	278	77	201	5 239 824,00 €	25 412 611,00 €	8 842 460,00 €	39 494 895,00 €

Legenda: POP: População total da ARS; POPNA: População total da ARS para os municípios onde não se aplica (N.A.); NMUN N° de municípios que integram a ARS; N.A.: Número de municípios da ARS onde não se aplica (N.A.); MABRA: Número de municípios abrangidos (excluindo os N.A.) - NMUN-N.A.; MABRA: Depois dos cálculos para os vários anos, verificou-se que os números se mantinham; EDI: Encargos com edifícios; CLOG: Encargos com custos logísticos; OPER: Encargos com assistentes operacionais

Tabela 8: Encargos totais de 2023 para os municípios que aceitaram a transferência de competências

ARS	POP	POPNA	NMUN	N.A.	MABRA	2023			
						EDI	CLOG	OPER	TOTAL
ARS Alentejo	403 699	250 846	43	29	14	308 230,00 €	1 403 277,00 €	1 220 744,00 €	2 932 251,00 €
ARS Algarve	472 000	0	16	0	16	612 182,00 €	2 097 231,00 €	2 136 499,00 €	4 845 912,00 €
ARS Centro	2 261 958	235 028	101	21	80	1 097 951,00 €	5 422 287,00 €	2 261 722,00 €	8 781 960,00 €
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3 623 614	67 623	50	4	46	1 749 103,00 €	14 506 162,00 €	4 110 138,00 €	20 365 403,00 €
ARS Norte	3 212 894	531 055	68	23	45	2 299 672,00 €	9 528 923,00 €	5 039 770,00 €	16 868 365,00 €
Portugal	9 974 165	1 084 552	278	77	201	6 067 138,00 €	32 957 880,00 €	14 768 873,00 €	53 793 891,00 €

Legenda: POP: População total da ARS; POPNA: População total da ARS para os municípios onde não se aplica (N.A.); NMUN N° de municípios que integram a ARS; N.A.: Número de municípios da ARS onde não se aplica (N.A.); MABRA: Número de municípios abrangidos (excluindo os N.A.) - NMUN-N.A.; MABRA: Depois dos cálculos para os vários anos, verificou-se que os números se mantinham; EDI: Encargos com edifícios; CLOG: Encargos com custos logísticos; OPER: Encargos com assistentes operacionais

Tabela 9: Evolução dos encargos totais entre 2019 e 2023, para os municípios que aceitaram a transferência de competências

ARS	POP	POPNA	NMUN	N.A.	MABRA	Δ 19-23			
						EDI	CLOG	OPER	TOTAL
ARS Alentejo	403 699	250 846	43	29	14	8,12%	0,50%	69,61%	22,12%
ARS Algarve	472 000	0	16	0	16	7,95%	15,76%	74,70%	34,55%
ARS Centro	2 261 958	235 028	101	21	80	47,43%	30,12%	34,75%	33,26%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3 623 614	67 623	50	4	46	8,07%	27,89%	91,96%	34,85%
ARS Norte	3 212 894	531 055	68	23	45	13,59%	42,33%	63,62%	42,96%
Portugal	9 974 165	1 084 552	278	77	201	15,79%	29,69%	67,02%	36,20%

Legenda: POP: População total da ARS; POPNA: População total da ARS para os municípios onde não se aplica (N.A.); NMUN N° de municípios que integram a ARS; N.A.: Número de municípios da ARS onde não se aplica (N.A.); MABRA: Número de municípios abrangidos (excluindo os N.A.) - NMUN-N.A.; MABRA: Depois dos cálculos para os vários anos, verificou-se que os números se mantinham; EDI: Encargos com edifícios; CLOG: Encargos com custos logísticos; OPER: Encargos com assistentes operacionais; Δ 19-23: Variação entre 2019 e 2023

A análise dos municípios que aceitaram a transferência de competências, com base em 2023, revela uma notável mudança nos custos entre 2019 e 2023. Regiões como ARS Alentejo (aumento de 69,61%), ARS Algarve (aumento de 74,70%), e ARS Norte (aumento de 63,62%) experimentaram um significativo aumento nos encargos financeiros durante esse período. Esse aumento foi acompanhado por uma elevação nos custos per capita, indicando um maior gasto por habitante abrangido.

Destaca-se, particularmente, a região de ARS Lisboa e Vale do Tejo, que testemunhou um impressionante aumento de 91,96% nos custos totais entre 2019 e 2023. Além disso, ARS Centro registou um aumento de 34,75% nos custos totais nesse período.

Esses resultados sugerem que os custos iniciais estimados em 2019 para a transferência de competências para os municípios eram, em muitos casos, consideravelmente inferiores aos custos reais observados em 2023. Isso indica que a implementação da transferência de competências na área de saúde envolveu despesas substanciais que aumentaram ao longo do tempo. Diversos fatores podem ter contribuído para essa tendência de aumento de custos, incluindo mudanças nas necessidades de saúde, inflação e negociações entre o governo e as autoridades locais.

Os dados revelam que, ao longo do período de 2019 a 2023, os encargos totais com saúde aumentaram tanto para "Para todos" quanto para "Apenas para os municípios que aceitaram a transferência". No entanto, é notável que os encargos para "Para todos municípios" sejam significativamente mais altos em comparação com "Apenas para os municípios que aceitaram a transferência" em ambos os anos. Em 2019, os encargos médios para "Para todos" foram de €57.177,79, €301.112,21 e €104.155,96 para EDI, CLOG e OPER, respetivamente, enquanto

para "Apenas para os municípios que aceitaram a transferência" foram de €60.928,19, €295.495,48 e €102.819,30. Em 2023, esses valores aumentaram para €67.548,91, €404.665,38 e €163.953,18 para "Para todos" e €70.548,12, €383.231,16 e €171.731,08 para "Apenas para os municípios que aceitaram a transferência". Além disso, a variabilidade dos encargos é maior para "Apenas para os municípios que aceitaram a transferência", indicando uma dispersão maior de valores entre os municípios que aceitaram a transferência. Isso sugere que a descentralização pode levar a uma gestão mais eficiente dos recursos e custos específicos de cada município, resultando em encargos menores, apesar das variações significativas.

7.3. Análise do processo de descentralização

Por fim, procurou-se conhecer os municípios que exercem as competências transferidas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro, e os respetivos diplomas setoriais.

No que concerne à transparência do processo de descentralização das competências na área de saúde, conduzimos uma análise dos dados disponíveis nos sites das autarquias até maio de 2023.

Resumimos os principais resultados e conclusões da seguinte forma:

Tabela 10: Transparência do processo - informação disponível no site das autarquias

Dos que aceitaram a transferência elaboraram a Estratégia Municipal de Saúde		Dos que aceitaram a transferência criaram o Conselho Municipal de Saúde	
Assinatura	N	Assinatura	N
2019	7	2019	13
2020	4	2020	5
2021	0	2021	0
12,79%	11	20,93%	18

Até 2023, da totalidade dos municípios que aceitaram a devolução, 86 no total, constatou-se que uma parcela reduzida, equivalente a apenas 12,79% (11 municípios), elaboraram a EMS. Contudo, somente 8,14% das autarquias disponibilizam o documento acessível ao público, assim como a data de aprovação pela assembleia municipal nas suas páginas oficiais na internet, o que equivale a apenas sete municípios. É importante notar que todos esses planos e aprovações foram elaborados durante o ano de 2021, exceto um município que obteve a aprovação em julho de 2022. Estes números apontam para desafios significativos no que diz respeito à transparência na divulgação pública das estratégias de saúde adotadas em nível municipal.

Além disso, observamos que somente 18 municípios (20,93%) que aceitaram a transferência de competências haviam criado o CMS até 2023. Isso indica que a participação da comunidade na governança local da saúde ainda não está plenamente estabelecida em muitas regiões do país. Quando se trata da aprovação do CMS em assembleia municipal, essa percentagem aumenta ligeiramente para os 23,26%. Isso, representa duas autarquias que conseguiram obter a aprovação da criação do CMS em assembleia, mas ainda não o implementaram efetivamente. No que diz respeito à evolução da aprovação do CMS em assembleia municipal, durante o período de 2019 a 2023, notamos que a maioria das autarquias realizou essa aprovação em 2020 e 2022, contando com a participação de 7 e 8 municípios, respetivamente, conforme destacado na tabela 11.

Tabela 11: Evolução da aprovação do CMS em assembleia municipal no período de 2019 a 2023

Ano aprovação do CMS em assembleia municipal	2019	2020	2021	2022	2023	Total
N	2	7	2	8	1	20

Ao analisar a criação da EMS por ARS, notamos que a ARS Lisboa e Vale do Tejo possui o maior número de autarquias, com um total de 7. Em seguida, a ARS Norte conta com 5 autarquias que elaboraram a EMS, seguida pela ARS Algarve e a ARS Alentejo, ambas com 2 autarquias. Por último, a ARS Centro possui apenas uma autarquia. De salientar que a única autarquia da ARS Centro a elaborar a EMS foi Coimbra, a qual inicialmente aceitou o processo de devolução e posteriormente, em 2022, optou por recusá-lo.

No que diz respeito à divulgação dos documentos da EMS para consulta pública, como parte do processo de transparência e boa governança, constatamos que dos 11 municípios que seguiram esse procedimento, 6 pertencem à ARS Lisboa e Vale do Tejo, 4 à ARS Norte e 1 à ARS Centro. Notavelmente, nenhum município da ARS Algarve ou da ARS Alentejo adotou essa prática.

Quanto ao processo de criação do CMS por ARS, observamos que a ARS Lisboa e Vale do Tejo e a ARS Norte lideram com 8 autarquias cada uma. Em seguida, a ARS Centro conta com 6, enquanto a ARS Algarve e a ARS Alentejo têm cada uma 3.

Quanto à criação da comissão de acompanhamento e monitorização, a nossa pesquisa revelou que 84 dos 86 municípios que concordaram com o processo de transferência de competências não implementaram a mesma. No entanto, não foi possível obter informações sobre a criação

dessa comissão nos outros dois municípios. Devido à ausência dessas comissões de acompanhamento, não pudemos avaliar as outras variáveis associadas a elas, ou seja, a data de criação da comissão, o número de reuniões realizadas a data de publicação do relatório final e a obtenção do relatório final da comissão de acompanhamento e monitorização.

A dificuldade em localizar dados e documentos nos sites das autarquias também ressalta a necessidade de melhorias na transparência e acessibilidade das informações relacionadas à descentralização das competências na saúde. Vale destacar que as principais fontes de dados utilizadas foram o INE, o Portal Autárquico e cálculos próprios, o que demonstra a complexidade em obter informações claras e acessíveis.

Em suma, esses resultados sublinham a importância de aprimorar a transparência e a divulgação de informações relacionadas à descentralização da saúde, devido à falta de dados sobre as ações concretas e as medidas implementadas pela EMS, bem como a falta de informação sobre o mais recente posicionamento do CMS, que possivelmente passou a desempenhar um papel com maior relevo e influência na execução de políticas locais e na promoção da maior transparência desde a dissolução da comissão de acompanhamento.

Além disso, promover a participação ativa da comunidade no processo de tomada de decisões em nível local é fundamental para garantir uma governança eficaz e transparente na gestão da saúde municipal.

8. Discussão

A transferência de competências surgiu, para as entidades governamentais, como um marco para um sistema de gestão integrado e articulado dos cuidados de saúde primários no município, que visa a melhoria da eficácia e eficiência na gestão dos recursos de saúde. Além disso, busca-se aproveitar as sinergias e oportunidades que surgem da participação da comunidade local na prestação de cuidados de saúde e incentivar a coordenação eficaz entre os diferentes níveis de administração pública (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro).

Inicialmente, a aceitação do acordo encontrou pouca receptividade entre as autarquias. Entre as barreiras existentes, podem ser atribuídas, em parte, à existência de disposições ambíguas no Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, que geram incertezas entre os atores locais sobre as implicações financeiras e as ações concretas que os municípios teriam de realizar (nomeadamente a falta de conhecimentos técnicos). Como resultado, uma parcela significativa da amostra percebe a transferência de competências de forma negativa, associando-a a um

"presente envenenado". O principal receio estava relacionado com a falta de recursos financeiros adequados para atender às necessidades específicas de cada município, o que, por sua vez, poderia resultar em mais problemas e custos para as câmaras municipais.

Além disso, os presidentes autárquicos pareciam relutantes em aprovar o Decreto-Lei nº 23/2019, devido à falta de conhecimento técnico. Isso deve-se ao fato de que, com a transferência de propriedade, os municípios devem assegurar a eficácia das intervenções e criar condições seguras para o funcionamento dos serviços de saúde. Simultaneamente, o MS deve verificar essas condições para proteger os direitos dos pacientes e dos profissionais de saúde. Para que isso funcione adequadamente, é essencial uma coordenação eficiente entre as autoridades locais e central, além da capacitação de uma mão de obra especializada em consultoria (Barbosa, 2023).

O problema é que há uma lacuna no conhecimento prático a nível local, devido a diversos fatores, incluindo a falta de acesso e competências necessárias por parte dos governantes locais. É crucial melhorar o conhecimento e as habilidades dos intervenientes locais na promoção da saúde, uma vez que suas atividades não são mais ocasionais, mas agora estão focadas em indicadores de saúde. Portanto, seria fundamental que os participantes locais adquiram as competências necessárias para lidar com esses aspetos técnicos (Barbosa, 2023).

No entanto, a disposição em abraçar a descentralização de competências pode estar relacionada ao aumento do apoio financeiro e à implementação de políticas mais alinhadas com as necessidades de cada município. Como afirmado por Rodrigues (2017) a ANMP demonstrou uma posição favorável à descentralização de competências na área da saúde, manifestando sua disposição em adotar essas medidas, desde que houvesse garantias no processo e no desenvolvimento dessa nova etapa. Como consequência desta negociação, surgiu o Decreto-Lei n.º 84-E/2022 que revê o quadro de transferência de competências, no domínio da saúde, para os municípios. No presente decreto, existem várias remodelações que incluem a densificação no âmbito da EMS e da Estratégia Supramunicipal de Saúde e a respetiva articulação com outros instrumentos de gestão e planeamento em saúde. Além disso, entre as alterações, destaca-se a inclusão de novos elementos no acordo de transferência, tais como a transferência de edifícios das ARS, a especificação dos critérios para a revisão anual dos custos associados à manutenção dos edifícios transferidos, a definição mais clara do desígnio dos equipamentos a serem transferidos, o compromisso de cumprir os acordos estabelecidos no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência e a criação de programas de apoio ao investimento em instalações e equipamentos de unidades de prestação de CSP por parte dos

departamentos governamentais competentes, a extinção da comissão de acompanhamento e monitorização, assim como, fortalece, as competências das autarquias locais tendo em conta o melhor interesse dos cidadãos e das empresas que procuram da parte da AP uma resposta mais ágil e eficiente (Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro).

Portanto, conforme evidenciado, um resultado relevante é o aumento progressivo do número de municípios que aceitaram a devolução e transferência de competências ao longo dos anos, indicando uma disposição desses municípios elegíveis em adotar esse sistema. Esse fato está respaldado pela literatura, como exemplificado pelo estudo de Domingos (2019), que demonstra que a devolução pode ser interpretada como uma maneira de conferir autonomia aos municípios. Essa autonomia possibilita uma descentralização da política, permitindo uma gestão mais eficaz das questões locais, o que atrai muitos municípios interessados em ter maior controlo sobre as políticas e serviços que impactam diretamente suas comunidades, sem depender de um sistema geral.

O estudo também apontou que muitos municípios concordaram com a descentralização, pois ela transferia poder de decisão para a esfera local, possibilitando uma gestão mais próxima e direcionada às especificidades de cada município. Outro relatório do West (2023) e Nunes & Ferreira (2022) demonstrou que a devolução de competências aos municípios possibilita um acompanhamento mais próximo das respostas de saúde, assegurando, assim, acesso contínuo a todos os serviços de saúde, bem como aprimorando a qualidade e fortalecendo as capacidades para identificar as necessidades específicas de cada município. Além disso, o relatório ressaltou que os municípios assumem uma maior responsabilidade em garantir os compromissos relacionados às instalações, aos prestadores de serviços e à logística, favorecendo uma gestão mais direcionada e eficiente dessas questões.

Ao classificar a descentralização em quatro vias diferentes, verifica-se que o processo em Portugal se enquadra principalmente na Delegação, caracterizada pela transferência de responsabilidades de gestão para um grau organizacional inferior, mantendo ainda um controle indireto por parte da administração central. Esse tipo de descentralização permite que os municípios tenham maior autonomia na tomada de decisões, ao mesmo tempo em que são supervisionados pela administração central para garantir a qualidade e eficiência dos serviços de saúde (Mills, 1990, Regmi, 2014).

O estudo de Barbosa (2023) contribui para uma melhor compreensão do processo de descentralização de competências na saúde em Portugal. Procurou avaliar a perceção sobre o

potencial de crescimento da legislação relacionada à descentralização de competências. O estudo identificou aspectos relevantes relacionados à descentralização de competências na saúde em Portugal:

1. Capacidade dos municípios: Os resultados indicam que os municípios têm capacidade para lidar com as consequências da transferência de competências, enfatizando a importância de uma visão holística da saúde no nível local.

2. Redes com parceiros estratégicos: Municípios com parcerias estratégicas e conhecimento prévio na área mostram maior abertura e receptividade para a descentralização.

3. Disparidades entre municípios: As disparidades entre os municípios são um grande desafio na descentralização, podendo afetar a implementação e eficácia das políticas locais.

O estudo conduzido por Dwicaksono & Fox (2018), que investiga o impacto da descentralização na saúde em diferentes países, revela resultados conflitantes provenientes de pesquisas diversas sobre o tema. No entanto, destaca-se que há evidências de efeitos benéficos da descentralização, especialmente em relação à redução da mortalidade e à prestação de cuidados oportunos. No que concerne à avaliação econômica, o estudo constatou que pessoas atendidas por prestadores de cuidados de saúde descentralizados apresentam vantagens em comparação àquelas servidas por um sistema centralizado. Contudo, é importante ressaltar que não foram encontradas pesquisas que explorem especificamente os custos municipais associados à descentralização.

Uma das razões pelas quais pode haver um atraso na descentralização dos municípios pode ser devido as preocupações relacionadas aos recursos humanos no sistema de saúde em Portugal têm sido uma questão importante e desafiadora. A escassez de médicos em áreas mais carentes é uma realidade que afeta o acesso aos cuidados de saúde nessas regiões. Muitos profissionais de saúde preferem trabalhar em áreas urbanas, onde há mais infraestrutura e melhores condições de trabalho, deixando regiões rurais e remotas com uma carência significativa de profissionais qualificados, essa desigualdade na distribuição dos recursos humanos de saúde pode resultar em disparidades no acesso aos serviços médicos, com comunidades mais isoladas enfrentando maior dificuldade em obter atendimento médico adequado. Essa situação pode agravar problemas de saúde e diminuir a qualidade de vida das pessoas nessas regiões (Nunes & Ferreira, 2019).

Há poucas pesquisas sobre a transferência de competências para as autarquias na área da saúde, uma vez que essa política de descentralização é relativamente recente. Isso indica a necessidade

de pesquisas futuras para esclarecer os efeitos da reestruturação nos diversos níveis de atenção à saúde, em conclusão, este estudo concorda com a análise realizada por Barbosa (2023), que destaca a escassez de pesquisas sobre a implementação da descentralização de competências na saúde, devido à sua relativa novidade como política. Essa constatação ressalta a necessidade de futuras investigações para elucidar os efeitos da reestruturação nos diversos níveis de cuidados de saúde.

Além disso, Nunes & Ferreira (2022), mencionou que o processo de descentralização iniciou no final de 2019 em Portugal, mas foi interrompido em 2020 devido à pandemia de COVID-19. Essa suspensão limitou a possibilidade de uma avaliação abrangente durante esse período curto. Portanto, é essencial monitorar e revisar constantemente o processo de descentralização para assegurar a eficácia desse sistema.

Dessa forma, a realização de pesquisas futuras e a vigilância contínua da implementação da descentralização são fundamentais para garantir que essa política atenda efetivamente às necessidades e expectativas dos municípios e da população em geral, maximizando os benefícios para a saúde e o bem-estar da comunidade.

9. Conclusão

O estudo demonstrou que ao longo dos anos, o número de municípios que aceitam a transferência de competências tem vindo a aumentar, indicando uma disposição por parte desses municípios em adotar esse sistema. A descentralização é vista como uma forma de conferir maior autonomia aos municípios e possibilitar uma gestão mais eficiente das questões locais, o que atrai muitos municípios interessados em ter maior controlo sobre as políticas e serviços de saúde em suas comunidades.

A descentralização possibilita uma resposta mais coordenada e integrada na prestação de serviços, contribuindo para a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados aos munícipes. Além, apesar do aumento dos custos relacionados a imóveis, logística e assistentes operacionais, observamos que a variação tende a ser menor nos municípios que aceitam a transferência de competências. Isso sugere que a descentralização pode proporcionar uma gestão mais eficiente dos recursos e das necessidades específicas de cada município.

No entanto, importa destacar que a distribuição desigual de profissionais de saúde em áreas carentes representa um desafio significativo para a descentralização. A escassez de médicos nessas regiões pode impactar o acesso aos cuidados de saúde e agravar as disparidades de saúde

entre diferentes comunidades. Para enfrentar esse desafio, são necessárias estratégias eficazes para atrair e reter profissionais de saúde nessas áreas e implementar redes de referência e protocolos que melhorem o acesso aos serviços de saúde.

Salienta-se a falta de pesquisas sobre a implementação da descentralização de competências na saúde, mais concretamente sobre a transferência de competências para os municípios, devido à sua relativa novidade como política. Adicionalmente, observa-se uma discrepância de informações entre a pesquisa e a aplicação prática, uma vez que as políticas e ações concretas são elaboradas e postas em prática sem aproveitar integralmente os dados mais recentes, devido à falta de uma base de dados comum a todos as autarquias e conseqüente falta de transparência de boa governança. Da mesma forma, denotou-se uma adesão reduzida na implementação do CMS e da EMS, apesar de serem estruturas e planos exigidos pelo Decreto-Lei do acordo de transferência. Esse resultado destaca a importância de pesquisas futuras para avaliar os efeitos da reestruturação nos diversos níveis de saúde e garantir que a descentralização atenda efetivamente às necessidades das comunidades.

10. Limitações do estudo

Tendo em conta a natureza e o âmbito desta investigação, ergueram-se alguns constrangimentos. Consegue-se entender o interesse em aprofundar este tema, uma vez que existem algumas limitações que devem ter sido consideradas neste projeto, as quais são comuns a qualquer pesquisa científica de natureza exploratória, como a que foi realizada.

Normalmente, umas das limitações mais importantes nesses processos de pesquisa estão relacionadas as delimitações ao nível da informação recolhida, que se cingiu à informação publicada, condicionando a quantidade e a qualidade da informação recolhida.

Como tal, é importante destacar o esforço extenso envolvido na pesquisa, que exigiu a investigação detalhada em cada sítio de município para obter as informações essenciais para o estudo. Isso se deve à falta de uma base de dados compartilhada entre as autarquias. Além disso, enfatiza-se a dificuldade em encontrar informações prontamente disponíveis sobre os editais das assembleias municipais, o que levou à necessidade de pesquisa minuciosa, documento por documento, para recolher os dados. Em muitos municípios, essa informação simplesmente não se encontrava disponível. Apesar da disponibilidade de alguma informação pela ANMP e no portal autárquico, essa informação era considerada insuficiente, indicando uma falta de transparência nas práticas de consulta pública, contrariando os princípios da boa governança.

11. Investigação futura

Há interesse em aprofundar este tema, pois este estudo apresenta limitações ao nível da informação recolhida, que se cingiu à informação publicada, ou seja, às características exploratórias, assumida neste trabalho, que condicionaram a quantidade e a qualidade da informação recolhida.

Tendo concluído o presente trabalho de investigação, cabe-nos apontar possíveis rumos de investigação futura, procurando entender a opinião dos autarcas e, possivelmente, de outros profissionais, relativamente a esta temática. Neste sentido, podem colaborar para dar uma maior visibilidade a esta temática e valorizar o atual estudo.

Como possíveis linhas de investigação sugere-se a aplicação de um questionário aos autarcas com o objetivo de compreender as razões que os levaram a aceitar/recusar a descentralização de competências. Também, se pretende obter a perceção sobre a descentralização e as áreas em que gostariam de ter mais autonomia e/ou poder de decisão.

Também, sugere-se a pesquisa sobre a implementação da EMS, o que implica analisar como as estratégias se materializam em ações concretas. Isto, inclui a identificação de barreiras e elementos que facilitam o processo, bem como exemplos de boas práticas. Esta investigação pode fornecer *insights* para avaliar se as estratégias desenvolvidas contribuem de maneira eficaz para a promoção da saúde na comunidade local.

Igualmente, recomenda-se a realização de uma pesquisa sobre a efetividade do CMS (organismo que ganhou com maior relevo após a extinção da comissão de monitorização e acompanhamento) e de como estes órgãos exercem influência nas decisões políticas, como realizam a distribuição de recursos e de que forma representam os interesses da comunidade. Além disso, é importante avaliar a transparência e a responsabilização nas suas atividades.

Por fim, considerando a recente alteração e introdução da DE-SNS, é recomendável realizar uma investigação sobre as expectativas dos agentes autárquicos em relação a esse assunto. Além disso, é importante analisar qual é a relação desejada entre os municípios e a DE-SNS, bem como entender o papel que as autoridades locais desempenham na implementação dos SLS.

12. Bibliografia

1. Barbosa, P. (2018). *Descentralização na organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública – Especialidades de Políticas, Gestão e Administração de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
2. Barbosa, B. (2023). Decentralization of healthcare to portuguese municipalities: Prospects and expectations. Master's Thesis in Health Services Management. ISCTE Business School, Lisboa.
3. Belchior, M.J. (2014). *Fatores determinantes da não concretização em 20 anos, da autonomia de gestão administrativa e financeira nos cuidados de saúde primários: estudo de perceções de informadores chave*. Tese de Mestrado em Administração Pública. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa, Lisboa.
4. Brown, L., & Johnson, S. (2021). Challenges of decentralization in the healthcare sector: Financial and human resource disparities in municipalization. *Journal of Health Policy and Planning*, 27(3): 201-218.
5. Bockenforde, M. (2011). A practical guide to constitution building: decentralized forms of government. *International Institute for Democracy and Electoral Assistance*. Stockholm
6. Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
7. Borowy, I. (2014). Sustainable health: The need for new developmental models. *Bulletin of the World Health Organization*. (92):10-699.
8. Catalano, R. (2009). Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med*, 360:749–751.
9. Castillo, J.R. (1998). Descentralización de los servicios sanitarios: aspetos generales y análisis del caso español. *Escuela Andaluza de Salud Pública*. Granada.
10. Camara Municipal de Gondomar (2015). Plano Municipal de Saúde 2015-2017. Divisão de Intervenção Educacional e Saúde. Gondomar.
11. Câmara Municipal de Valongo (C.M. Valongo) (2021). Plano Municipal de Saúde. Retrieved 2021-02-13 from <https://saude.cm-valongo.pt/pages/573>.
12. Campos, A. de. (1999). Sistemas locais de saúde e centros de saúde: Início da reforma do sistema de saúde? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17(1): 65-68.

13. Campos, A. (2002) Despesa e déficit na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*. XXXVI (161):1079-1104.
14. Campos, A. (2004). Decentralization and privatization in Portuguese health reforms. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 7-20.
15. Collins, C., Green, A. (2014). Valuing health systems: a framework for low and middle-income countries. Sage Publications, New Delhi.
16. Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (CTEPNS) (2019). Termos de referência para o processo de construção e implementação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: de Todos para Todos. Direção Geral da Saúde. [Consultado 2 de janeiro de 2021].
17. Correia, J. (1996). As relações jurídicas de prestação de cuidados pelas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde: direito de saúde e bioética. Associação Académica da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Lisboa.
18. Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Sage Publications.
19. Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro de 2015. Estabelece o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais.
20. Decreto-Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto de 2018. Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais.
21. Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 janeiro de 2019. Concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde.
22. Decreto-Lei n.º 126/2020, de 1 de julho de 2020. Cria o Programa de Bairros Saudáveis.
23. Decreto-Lei n.º 56/2020, de 12 de agosto de 2020. Prorroga o prazo de transferência das competências para as autarquias locais e entidades intermunicipais nos domínios da educação e da saúde.
24. Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e revogar o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.
25. Delgado, A. (2019). O papel do município nas respostas descentralizadas de saúde em Cabo Verde. ANAIS do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova, Lisboa.

26. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar (DILP) (2015). *Autarquias Locais – Legislação Nacional*. Assembleia da República, Divisão de Serviços de Documentação, Informação e Comunicação. Lisboa.
27. Domingos, A. (2019). A Transferência de competências para as autarquias locais portuguesas: Uma reflexão sobre o processo em curso. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, Lisboa, 5(5): 47-82.
28. Dwicaksono, A., & Fox, A. (2018). Does Decentralization Improve Health System Performance and Outcomes in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review of Evidence from Quantitative Studies. *The Milbank Quarterly*, 96(2): 323-368.
29. Dwyer-Lindgren, L. (2017). Public health is local. *The Lancet Public Health*. Volume 2, issue 9, E387.
30. Estorninho, M. (2008). Organização administrativa da saúde: relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino. *Almedina*. Coimbra.
31. Faria, P. (2010). International encyclopedia of laws: medical law. *Kluwer Law International*, 1-184. Portugal.
32. Fernandes, C. (1998). *Aquisição de ganhos em saúde através de políticas de saúde integradas: critérios para uma administração descentralizada e participada*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
33. Ferrinho, P., Garcia, A. P. (2019). Análise da materialidade: Abordagens no planeamento sustentável em saúde. 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
34. Folque, A. (2004). *A Tutela Administrativa nas Relações entre o Estado e os Municípios (condicionalismos constitucionais)*. Tese de Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Coimbra Editora. Coimbra.
35. Freitas do Amaral, D. (2006). Curso de direito administrativo. 3ª edição. Volume I. Coimbra.
36. Freitas do Amaral, D. (2015). Curso de direito administrativo. 4ª edição. Volume I. Coimbra.
37. Fundação para a Saúde (2014). Serviço Nacional de Saúde: para uma conversação construtiva. *Diário de Bordo*. Lisboa.
38. Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCERCSP). (2011). A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspetiva sistémica integrada. Ministério da Saúde. Lisboa.

39. Governo de Portugal (2016). Constituição da República Portuguesa. 7º Revisão Constitucional. 3ª edição. Almedina. Coimbra.
40. Hall, P., Lamont, M., et. al. (2009). Successful societies: how institutions and cultural repertoires affect health and capabilities. *Cambridge University Press*. New York.
41. Loureiro, I., Rodrigues Gomes, J., Dias, L., Heitor dos Santos, M. (2010). A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde – (PROCAPS): resultados de um estudo exploratório. *INSA, IP*. Lisboa.
42. Jones, R., Smith, K. (2022). Transfer of competencies and municipalization of healthcare in Portugal: A transformative change for the health system. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(4): 256-275.
43. Joumard I., André, C., Nicq, C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. *OECD Economics Department Working Papers*, 769. OECD Publishing.
44. Junqueira, L. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectoralidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2):31-46.
45. Kessy, A. (2013). Decentralization and Citizens' Participation: Some Theoretical and Conceptual Perspectives. *The African Review: A Journal of African Politics, Development and International Affairs*, 40(2): 215-239.
46. Kickbusch, I. (2004). The Leavell Lecture-The end of Public Health as we Know it: Constructing Global Public Health in the 21st Century. *Promotion & Education*. 11(4):206-210.
47. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro: Constituição do Serviço Nacional de Saúde.
48. Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro de 2013. Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico.
49. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro de 2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
50. Levcovitz, E., Lima, L., Machado, C. (2001). Health policy in the 1990s: inter-governmental relations and the Basic Operational Norms. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291.
51. Loureiro, I., Miranda, N., Miguel, J., (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista portuguesa saúde pública*, 31(1):23-31.

52. Machaqueiro, S., Cortes, M., Nicola, P. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Análise de Planos nacionais de saúde de outros países. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
53. Machteld, H., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Leonard, B., Lorig, K., et al. (2011) Towards a new concept of health. *BMJ*, 343(4163):235-237.
54. Merriam, S.B. (1988). Case Study Research in Education: A Qualitative Approach. *Jossey-Bass*. San Francisco.
55. Mills, A. (1990). Decentralization concepts and issues: a review. World Health Organization. Geneva.
56. Ministério da Saúde (2018). Retrato da saúde – 2018.
57. Morgado, P. (2019, dezembro). *Descentralização de competências na Saúde*. Obtido em janeiro 15, 2021, de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/Acontece-ACSS_16_2019.
58. Mozzicafreddo, J. (2002). A responsabilidade e a cidadania na administração pública. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 40:9-22.
59. Neuman, W. L. (2013). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. Pearson.
60. Nunes, A., Ferreira, D. (2019). Reforms in the Portuguese health care sector: Challenges and proposals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1).
61. Nunes, A., Ferreira, D. (2022). A Critical Analysis of Decentralizing the Portuguese Public Healthcare Provision Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20): 13390.
62. OCDE (2019). State of Health in the EU. Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Bruxelas.
63. Oliveira, P. (2013). *A importância do terceiro setor na prestação de cuidados de saúde: Exemplo da Região Centro de Portugal*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da Beira Interior. Covilhã.
64. Ordem dos Médicos (2015). Municipalização dos Cuidados de Saúde – sim ou não?. *Revista da Ordem dos Médicos*, 158(31):18-23.
65. Pinhal, J. (2004). Os Municípios e a Provisão Pública de Educação. Políticas e Gestão Local de Educação. Universidade de Aveiro. Aveiro.
66. Pinto, P. S. (2020, fevereiro 26). *Descentralização de competências no domínio da saúde: porquê adiar?*. Obtido em janeiro 24, 2021, de

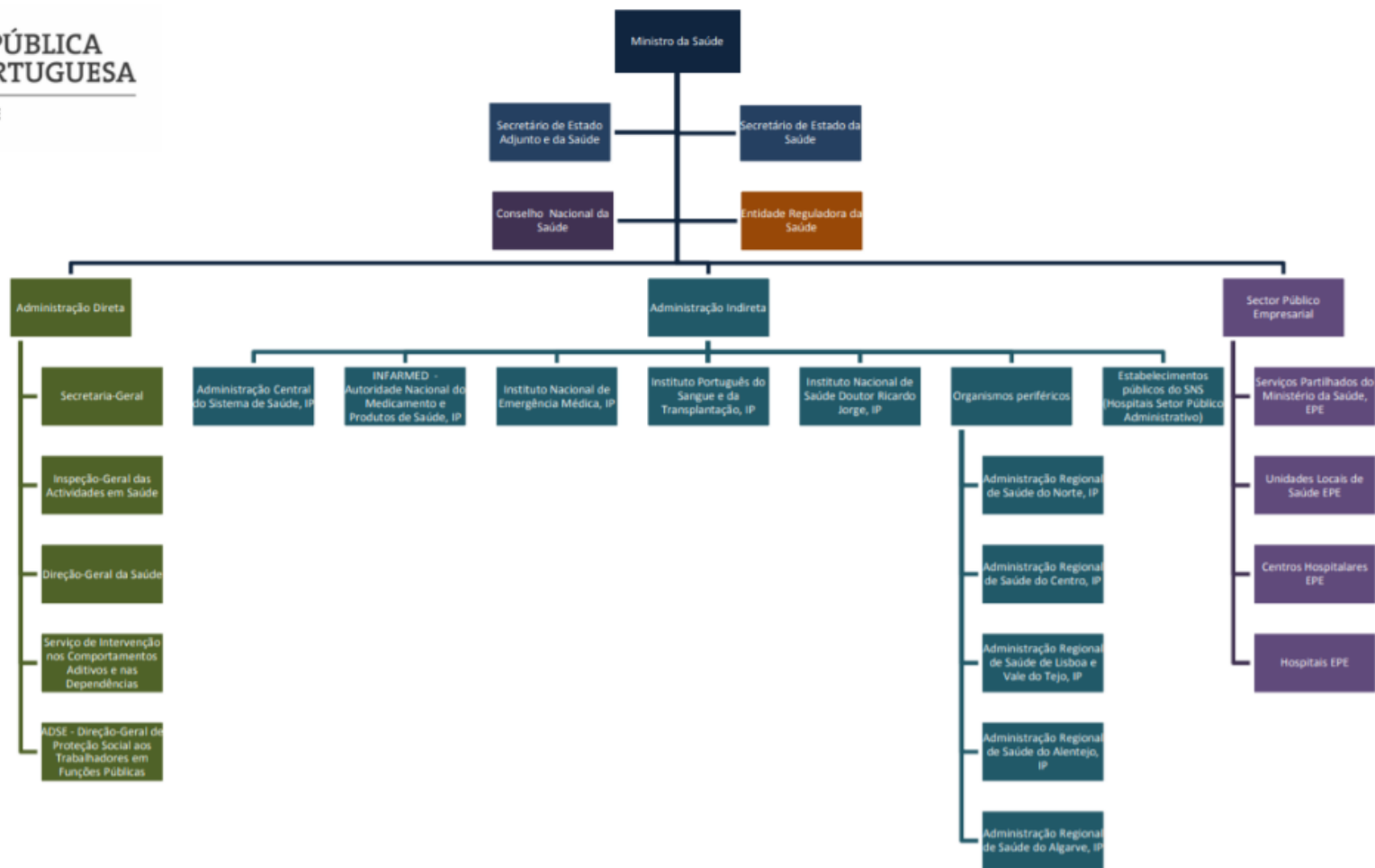
<https://observador.pt/opiniao/descentralizacao-de-competencias-no-dominio-da-saude-porque-adiar>.

67. PLURAL (2014). 1ª Revisão do Plano Diretor Municipal de Condeixa-a-Nova: Objetivos, Estratégias e Síntese de Proposta. Câmara Municipal de Condeixa-a-Nova.
68. Portas, N. (1988). Sobre Alguns Problemas da Descentralização. *Revista Crítica de Ciências Sociais, Poder Local N°25/26*, 61-78. Coimbra.
69. Prud'homme, R. (1994). On the dangers of decentralization. *The World Bank Research Observer*, 10(2):201-220.
70. Raposo, V., & Ferreira, P. L. (2022). Interações entre as políticas públicas e o sistema de saúde. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 75-88). Lidel.
71. Raposo, V., Ferreira, P. L., & Gonçalves, S. (2020). New trends in (de) centralization policies in the Portuguese NHS - 1979-2014. In P. P. Silva, S. Jorge, & P. M. Sá (Eds.), *Emerging topics in Management Studies* (pp. 347-376). Coimbra University Press.
72. Regmi, K. (2014). Decentralizing health services: A Global Perspective. *Springer editor*, 1-15. New York.
73. Rodrigues, E. (2017, Janeiro 25). Position of Municipalities on transfer of competences sent to the Government «until 8 or 9 February». Sul Informação. <http://www.sulinformacao.pt/en/2017/01/posicao-dos-municipios-sobre-transferencia-de-competencias-enviada-para-o-governo-ate-8-ou-9-de-fevereiro/>
74. Rondinelli, D., Nellis, J., Cheema, G. (1983). Decentralization in developing countries: a review of recent experiences. *World Bank Working Papers No. 581*, Washington DC.
75. Saltman, R., Rico, A., Voerman, W. (2006). Primary Care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Brussels.
76. Saltman, R., Bankauskaite, V., Vrangbaek, K. (2007). Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead & New York: McGraw-Hill. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
77. Smith, A., Johnson, B. (2022). Municipalization of healthcare: Empowering local authorities in Portugal. *Journal of Health Administration*, 15(2): 101-120.
78. SNS (2020). História do SNS, Retrieved 2020-11-28 from <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns>.
79. Soares, B.R., Marques da Costa, N., Lima, S.C., Marques da Costa, E. (2017). *Construindo cidades saudáveis: utopias e práticas*. Assis Editora. Uberlândia.

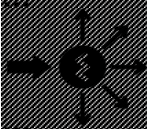
80. Stiglitz, J. E., Sen, A., Fitoussi, J. P. (2010). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Paris: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.
81. Tello, J., Baez-Camargo, C. (2015). Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.
82. Tobar, F. (1991). O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:31-51.
83. Tulchinsky, T., Varavikova, E. (2009). The new public health. Elsevier Academy Press. Amsterdam.
84. United Nations (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development. New York.
85. Vieira, Paulo Reis (2012). Em busca de uma teoria de descentralização. *Revista Administração Pública*, 46(5):1409-1425.
86. Weich, S., Lewis, G., Jenkins, S.P. (2002). Income inequality and self rated health in Britain. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56:436-441.
87. West, O. (2023, enero 19). Fifty-five municipalities have already accepted competences in Health. News Europe. <https://westobserver.com/news/europe/fifty-five-municipalities-have-already-accepted-competences-in-health/>
88. WHO (1978). Declaration from the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata.
89. WHO (1998). Health Promotion Glossary. WHO, Geneva.
90. WHO (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS.
91. WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Genève: OMS.
92. WHO (2010). Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide: Government of South Australia.
93. WHO (2011). Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Baku, Azerbaijan.
94. WHO (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promotion International*. 32(1):7-8.

Anexos

Anexo 1: Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Portal da saúde (2015)



Base de dados | variáveis

VAR	DESCRIÇÃO	FONTE
ID_MUN	Código do município	INE
MUNICÍPIO	Nome do município	INE
NUT1	NUT1 do município	INE
NUT2	NUT2 do município	INE
NUT3	NUT2 do município	INE
DD	Código do distrito a que pertence o município	CTT
DISTRITO	Nome do distrito	CTT
IDARS	Código da ARS	SNS
ARS	Nome da ARS	SNS
S2019	Situação em 2019 (quem aceitou)	Portal Autárquico
S2020	Situação em 2020 (quem aceitou)	Portal Autárquico
S2021	Situação em 2021 (quem aceitou)	Portal Autárquico
ASSINATURA	Ano em que o município assinou (1ª vez)	Cálculo próprio
EDI 2019	Encargos com edifícios	Portal Autárquico
CLOG 2019	Encargos com custos logísticos	Portal Autárquico
OPER 2019	Encargos com assistentes operacionais	Portal Autárquico
EDI 2023	Encargos com edifícios	Portal Autárquico
CLOG 2023	Encargos com custos logísticos	Portal Autárquico
OPER 2023	Encargos com assistentes operacionais	Portal Autárquico
EDI 19-23	Taxa de crescimento entre 2019-2023 para edifícios	Cálculo próprio
CLOG 19-23	Taxa de crescimento entre 2019-2023 para edifícios	Cálculo próprio
OPER 19-23	Taxa de crescimento entre 2019-2023 para edifícios	Cálculo próprio
ACEITOU	Aceitou a transferência de funções (S/N/REV/N.A.)?	Site de cada autarquia
DATA_TF	Data de transferência de funções.	Site de cada autarquia
DOC_EMS	Elaboraram a Estratégia Municipal de Saúde (S/N)?	Site de cada autarquia
LINK_EMS	Se elaboraram a EMS, link para o mesmo. Recolha, sempre que possível o documento em	Site de cada autarquia
DATA_AEMS	Data de aprovação da EMS em Assembleia Municipal.	Site de cada autarquia
CMS	Criaram o Conselho Municipal de Saúde (S/N)?	Site de cada autarquia
DATA_ACMS	Data de aprovação do Conselho Municipal de Saúde.	Site de cada autarquia
DATA_ARCMS	Data de aprovação do regimento do Conselho Municipal de Saúde.	Site de cada autarquia
CAM	Criaram a Comissão de Acompanhamento e Monitorização (S/N)?	Site de cada autarquia
DATA_CCAM	Data de criação da Comissão de Acompanhamento e Monitorização.	Site de cada autarquia
NR_CAM	Número de reuniões realizadas pela Comissão de Acompanhamento e Monitorização.	Site de cada autarquia
DATA_PRCAM	Data de publicação do relatório final da Comissão de Acompanhamento e Monitorizaçã	Site de cada autarquia
REL_CAM	Se publicaram o relatório, link para o relatório final da Comissão de Acompanhamento e	Site de cada autarquia