



A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E HOSPITAIS E O SEU IMPACTO A NÍVEL REGIONAL.

Ana Paula MontesTorres¹, B. Ana Paula Monte^{2,3}

¹ Enfermeira, Mestranda em Gestão das Organizações (APNOR) Instituto Politécnico do Cávado e Ave, Campus do IPCA - Lugar do Aldão, 4750-810 Vila Frescainha S. Martinho BCL, Portugal

² Escola Superior de Tecnologia e de Gestão do Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, Apart. 1134, 5301-857 Bragança;

³ Investigadora do NECE da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

RESUMO

Neste trabalho examina-se a relevância da articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Hospitais (que designaremos por CSP+H) para a estratégia de aumentar os ganhos em saúde com racionalização de recursos financeiros, tendo em conta que as unidades de saúde visam a eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes, com redução dos custos. Pretende-se pois contribuir para o desenho de uma estratégia sustentada que promova respostas adequadas, nomeadamente no que diz respeito à continuidade desta *interface* ao nível da sua sustentabilidade. Ao falarmos da *interface* e da continuidade de cuidados entre instituições, nomeadamente entre CSP+H, não nos podemos distanciar do grande objectivo desta articulação: os ganhos em saúde para todos os cidadãos que obtêm uma correcta e eficaz continuidade dos cuidados que necessitam. Na análise económica – financeira da *interface* e continuidade de cuidados entre CSP+H (considerados como dois agentes principais) deve ter-se em consideração o conjunto de actividades desenvolvidas e avaliar como se relacionam entre si. Pretende-se também questionar em que medida as recentes alterações no ordenamento e organização do SNS poderá estar a contribuir para aumentar as assimetrias regionais e se estas mudanças contribuem (ou não) para aumentar a eficiência e eficácia (com menor consumo de meios e maiores ganhos em saúde) para os utentes.

Palavras-chave: Articulação de cuidados de saúde; assimetrias regionais; racionalização de recursos; sustentabilidade

INTRODUÇÃO

O sector da saúde é considerado dinâmico e um factor cada vez mais importante no nível de saúde das populações, do crescimento e desenvolvimento económico-social, da competitividade e produtividade dos países. Deste modo, a *“saúde de uma população, avaliada pelos seus indicadores mais comuns, depende tanto da envolvente socioeconómica como do sistema de saúde em sentido estrito”* [1] (2009: p.32). O Sistema de Saúde Português tem vindo a sofrer diversas alterações nas últimas décadas resultantes de inúmeros factores relacionados com as novas tendências económicas, políticas e sociais, quer a nível internacional quer nacional. Como em qualquer outro país, Portugal também tem tido dificuldades em encontrar soluções equilibradas de procura - resposta na matéria dos cuidados de saúde. A ênfase na assistência à saúde é particularmente necessária dada a preocupação que a maioria das populações tem sobre os seus sistemas de saúde [2] (2006: p.1). Salienta-se a crescente importância da análise económico-financeira relativa ao custo - benefício no contexto da prestação de cuidados de saúde, optimização dos recursos existentes e de combate ao desperdício, sendo determinante na obtenção directa de ganhos em saúde e indirectamente ganhos na economia de um país.

As instituições de saúde visam hoje a eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes, exigem estratégias onde a filosofia tão actual de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Hospitais (que designaremos por CSP+H) podem ser indicadores de sucesso da coordenação de cuidados e da redução de custos. Enquanto o objectivo primordial dos Hospitais deve orientar-se sobretudo para o cidadão, promovendo a articulação mais eficaz com os CSP, o objectivo primordial dos CSP é o de procurar o melhor nível de saúde da população na área geográfica a seu cargo. Nesta perspectiva, a articulação dos cuidados de saúde é fundamental na racionalização e potencialização dos recursos existentes. Ao falarmos



da *interface* e da continuidade de cuidados entre instituições, nomeadamente entre CSP+H, não nos podemos distanciar do grande objectivo desta articulação: os ganhos em saúde para todos os cidadãos que obtêm uma correcta e eficaz continuidade dos cuidados que necessitam.

Na análise económica – financeira da *interface* e continuidade de cuidados entre CSP+H (considerados como dois agentes principais) deve ter-se em consideração o conjunto de actividades desenvolvidas e avaliar como se relacionam entre si. As variáveis podem ser: a promoção da saúde (esforço de prevenção) ao nível dos CSP e o empenho do Hospitais em procurar ser mais produtivo (eficiência e esforço de redução de custos). A *interface* e continuidade de cuidados dependem do esforço de coordenação (referenciação, *interface*) de ambos os agentes.

Neste trabalho examina-se a relevância da articulação entre CSP+H para a estratégia de aumentar os ganhos em saúde com racionalização de recursos financeiros, tendo em conta que as unidades de saúde visam a eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes, com redução dos custos. Pretende-se pois contribuir para o desenho de uma estratégia sustentada que promova respostas adequadas, nomeadamente no que diz respeito à continuidade desta *interface* ao nível da sua sustentabilidade. Para tal, começa-se por apresentar uma breve resenha história da evolução do sistema de saúde português (e implicitamente das políticas publicas para a promoção da articulação dos cuidados de saúde primários). Pretende-se também questionar em que medida as recentes alterações no ordenamento e organização do SNS (Serviço Nacional de Saúde) poderá estar a contribuir para aumentar as assimetrias regionais e se estas mudanças contribuem (ou não) para aumentar a eficiência e eficácia (com menor consumo de meios e maiores ganhos em saúde) para os utentes, desenvolvidos nas secções seguintes. Por último, apresenta-se uma síntese das principais conclusões deste trabalho.

2. BREVE RESENHA HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um bom sistema de saúde oferece serviços de qualidade para todas as pessoas, quando e onde precisar deles. No seu relatório de 2010 [3], refere que a saúde é essencial para o bem-estar individual e para o desenvolvimento económico e social. Pelo que, os Estados-Membros da OMS apresentam um relatório analítico e estratégico de como os países, em qualquer fase de desenvolvimento, podem melhorar os seus sistemas de financiamento da saúde para garantir que todas as pessoas possam utilizar os serviços de saúde (cobertura universal) e melhorar os resultados de saúde (sustentabilidade dos ganhos em saúde alcançados).

Ao longo dos tempos, as mudanças sócio-económicas verificadas em Portugal, tal como nos restantes países da OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development - OECD*) e Europa, têm sido relevantes no âmbito da economia e da política da saúde. A organização dos serviços de saúde, foi surgindo como “*resposta para o aparecimento de novas doenças*” [4] (2010: p.245).

Em 1492, foi criado por D. João II o primeiro Hospital Moderno (denominado Hospital de Todos-os-Santos ou Hospital Grande), resultante da agregação das unidades assistenciais de pequena dimensão (centralização hospitalar), dispersas por Lisboa [5].

Até meados do século XIX, a prestação de cuidados de saúde, foi assegurada por instituições privadas (misericórdias, a quem pertenciam a maioria dos hospitais) e públicas “*numa perspectiva essencialmente caritativa, de “assistência sanitária aos indigentes enfermos”*” [6] (1999: p.35), competindo ao Estado a assistência aos pobres.

Com a publicação, em 1944 e 1945, do Estatuto da Assistência Social e a criação da Organização da Assistência Social, o Estado passou a ter uma função interventiva na prevenção e controle de doenças específicas, consideradas como “grandes flagelos epidemiológicos” (como por exemplo a tuberculose). Em 1946, surgem os Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência, que permitiram a “*expansão da oferta de cuidados, sob a forma de seguro social, não garantindo um direito universal e geral à população, mas apenas aos seus beneficiários*” [7] (2009: p.22).

Até à criação do SNS, a prestação de cuidados de saúde era assegurada pelas Misericórdias (instituições centenárias de solidariedade social, que geriam grande parte das instituições



hospitalares e outros serviços de saúde por todo o país), Serviços Médico-sociais (prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência), Serviços de Saúde Pública (direccionados para a protecção da saúde, através de vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências), Hospitais estatais, gerais e especializados (localizados nos grandes centros urbanos) e pelos Serviços privados (dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados). Em 1971, com a reforma do sistema de saúde e da assistência (conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”), o alargamento da cobertura à população e a criação dos “Centros de Saúde de 1.ª geração”, nasce o primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde [7,8], sendo excluídos desta reforma os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência.

Com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro [9], são consagrados os princípios do direito à saúde de todos os portugueses, sendo função do Estado assegurar esse direito, através de uma política de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, que visa a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com o objectivo de otimizar os recursos utilizados e produzir ganhos de eficiência.

Após a Revolução de Abril de 1974, foi consagrado no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa [10], que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde por parte do Estado (segurador público), assente nos princípios da universalidade e da igualdade. São incluídos, nesta reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

O Sistema de Saúde Português surgiu em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pela Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro [11], que pretendia assegurar o acesso gratuito a cuidados de saúde (equidade no acesso) e a universalidade na cobertura “a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos”. Em 1990, a Lei de Bases da Saúde (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, [12]), introduziu mudanças significativas na concepção do SNS, passando a protecção da saúde a ser perspectivada não só como um direito, mas também o entendimento do utente (cidadão) como primeiro responsável pela sua saúde e a redução do encargo do Estado na prestação de actividades (a Base XXXIV prevê que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso de serviços de saúde). Para o desenvolvimento do regime constante da lei de bases, foi publicado o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro [13] o Estatuto do SNS onde define no artigo 1.º a ^{organização} do SNS como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde”, visando “a afectação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”. Com a aprovação deste Estatuto, as Administrações Regionais de Saúde passaram a ter as competências de planificar, controlar, distribuir recursos, procurar e articular esforços. O seu financiamento seria assegurado pelos impostos (via fiscal), instituindo o direito universal a cuidados de saúde gratuitos, independentemente da capacidade contributiva dos cidadãos. Para Ribeiro [7], o SNS define-se como “o conjunto de instituições que prestam cuidados de saúde através da sua rede pública de unidades ou das entidades por si convencionadas, o que acaba por caracterizar o lado da oferta de cuidados e não a sua procura” [7] (2009: p.40). O modelo de sistema de saúde português, baseia-se essencialmente no modelo Beveridgiano [14]. No entanto, existem outras fontes de financiamento além do seguro público, tais como o seguro privado (via prémios de seguro que são pagos) e pagamentos directos dos utilizadores no momento de consumo [15].

Em Portugal as despesas com a saúde têm tido um impacto cada vez maior no Orçamento de Estado [16]. Saliencia-se que, o “Serviço Nacional de Saúde utiliza já um volume muito considerável de recursos, na sua maioria com origem no sector público (cerca de 70% da origem de fundos no sector da saúde em Portugal vem do sector público)” [17] (2010: p.9). O financiamento do sector público da saúde é feito “quase exclusivamente através dos impostos provenientes do esforço contributivo dos cidadãos e das famílias portuguesas (IRS), das empresas (IRC) e da tributação sobre a transacção de bens e serviços” [1] (2009: p.94). Por outro lado, a percentagem das despesas totais em saúde no PIB em Portugal (ver Quadro 1) tem vindo a aumentar: em 1970 representavam 2,6% do PIB [18], enquanto em 2007 era de 10.0% do PIB [19], face a um valor médio de 8,9% dos países da OCDE em 2007 [20].



Quadro 1: Percentagem das despesas totais em saúde no PIB, nos países da OCDE, entre os anos de 1970 e 2007

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2007
Alemanha	6.2	8.7	9.9	10.3	10.4	10.6	10.8	10.6	10.7	10.4
Austrália	5.6	7.0	7.8	8.8	8.9	9.1	9.2	9.5	9.5	8.9
Áustria	5.3	7.6	7.1	10.0	10.0	10.2	10.2	10.3	10.2	10.1
Bélgica	4.0	6.4	7.4	8.6	8.7	9.0	10.1	10.2 ^(a)	10.3 ^(a)	9.4
Canadá	7.0	7.1	9.0	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8	10.1
Coreia	-	-	4.8	4.8	5.4	5.3	5.4	5.5	6.0	6.3
Dinamarca	8.0	9.1	8.5	8.3	8.6	8.8	9.1	9.2 ^(a)	9.1 ^(a)	9.8
Eslováquia	-	-	-	5.5	5.5	5.6	5.9	7.2	7.1	7.7
Espanha	3.6	5.4	6.7	7.2	7.2	7.3	7.9	8.1 ^(a)	8.2 ^(a)	8.5
EUA	6.9	8.7	11.9	13.3	13.9	14.7	15.2	15.2	15.3	15.7
Finlândia	5.6	6.4	7.8	6.6	6.7	7.0	7.3	7.4	7.5	8.2
França	-	-	8.6	9.6	9.7	10.0	10.9	11.0	11.1	11.0
Grécia	6.1	6.6	7.4	9.3	9.8	9.7	10.0	9.6	10.1	9.6
Hungria	-	-	7.1	6.9	7.2	7.6	8.3 ^(a)	8.1 ^(a)	8.1 ^(a)	7.4
Irlanda	5.1	8.4	6.1	6.3	7.0	7.2	7.3	7.5	7.5	7.6
Islândia	4.7	6.2	8.0	9.3	9.2	10.0	10.3	10.0	9.5	9.3
Itália	-	-	8.0	8.1	8.2	8.3	8.3	8.7	8.9	8.7
Japão	4.5	6.4	5.9	7.7	7.9	8.0	8.1 ^(a)	8.0 ^(a)	8.0 ^(a)	8.0
Luxemburgo	3.6	5.9	6.1	5.8	6.4	6.8	7.8	8.3 ^(a)	8.3 ^(a)	7.1
México	-	-	4.5	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5	6.4	5.9
Netherlands	6.9	7.5	8.0	8.0	8.3	8.9	9.1 ^(a)	9.2 ^(a)	9.2 ^(a)	8.9
Noruega	4.4	6.9	7.7	8.4	8.8	9.8	10.0	9.7	9.1	8.9
Nova Zelândia	5.1	5.9	6.9	7.7	7.8	8.2	8.0	8.6 ^(a)	9.0 ^(a)	9.0
Polónia	-	-	5.3	5.5	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2 ^(a)	6.4
Portugal	2.6	5.6	6.2	8.8	8.8	9.0	9.7 ^(a)	9.8 ^(a)	10.2 ^(a)	10.0
Reino Unido	4.5	5.6	6.0	7.3	7.5	7.7	7.8	8.1	8.3	8.4
Rep.Checa	-	-	5.0	6.5	6.7	7.1	7.4	7.3	7.2	6.8
Suécia	6.7	8.8	8.2	8.4	8.7	9.1	9.3	9.1	9.1	9.1
Suíça	5.6	7.6	8.5	10.4	10.9	11.1	11.5	11.5	11.6	10.8
Turquia	2.4	3.3	3.6	6.6	7.5	7.4	7.6	7.7	7.6	5.0

Observações: ^(a) Estimativa preliminar, [21]

Fonte: Elaboração própria, baseada em informação recolhida da OECD e WHO [18, 19, 21]

Com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1 de Janeiro de 1986, os Estados-membros passaram a ser os responsáveis pela organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos [22]. O relatório da OMS de 2008 [23], refere que a economia de saúde global cresceu mais rapidamente do que o PIB, aumentando a sua quota de 8% para 8,6% do PIB mundial entre 2000 e 2005, o que representa um crescimento de 35% em despesas mundiais com a saúde num período de cinco anos. O mesmo relatório refere que nos EUA o investimento público de 6.9% do PIB, não é mais baixo do que a média de 6.7% dos países com proveito elevado.

Mais tarde, em Portugal, é criada a Entidade Reguladora da Saúde pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro [24], que tem como objecto “a regulação, a supervisão e o acompanhamento (...) da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde” (Artigo 3.º) e pretende evitar as disfunções do sistema e corrigir os desvios dos diversos operadores [1]. Posteriormente, surgiram estratégias nacionais com o objectivo de obter ganhos em saúde (como exemplo temos o Plano Nacional de Saúde Português 2004 – 2010 [25]).

Saliente-se ainda que, “O desenvolvimento do sistema de saúde português é indissociável de novas modalidades de financiamento e de contratualização, seguindo uma lógica de *accountability* e de *responsabilidade social*” [26] (2009:341). Pelo que, a melhoria da qualidade, a rapidez no acesso do utente (cidadão) aos serviços de saúde, uma maior eficácia (ganhos de eficiência) e responsabilização dos custos na prestação dos cuidados, a optimização dos recursos humanos e materiais existentes (combate ao desperdício) devem tentar conciliar o princípio da equidade no acesso aos cuidados de saúde e a sustentabilidade económico-financeira do sistema de saúde português. Contudo, um sistema de saúde eficaz depende igualmente de sistemas bem estruturados e articulados que visam a eficiência dos serviços e a



satisfação dos utentes, exigindo estratégias onde a filosofia tão actual de articulação entre CSP+H podem ser indicadores de sucesso (ganhos em saúde) da coordenação de cuidados com redução de custos e contribuir para o desenvolvimento regional.

3. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS / HOSPITAIS

Os Sistemas de saúde, incluem o conjunto de todas as instituições públicas (CSP e Hospitais) e privadas, com papéis múltiplos e diversos (incluindo a forma como se articulam entre si), mas relevantes para a equidade, participação social, mandatadas para melhorar, manter ou restabelecer a saúde, responder às necessidades individuais e sociais. A intervenção inter e multisectorial destas instituições é importante para a adequação das estratégias de saúde nacionais e locais às especificidades de cada área geográfica (NUTS II). Pelo que, considera-se ser pertinente distinguir dois conceitos: “Cuidados de Saúde Primários” e “Hospital”, para assim conseguirmos tentar compreender melhor a filosofia e áreas de actuação de cada sub-sistema, procurando esclarecer melhor a importância da articulação entre cada um deles, nomeadamente no desenvolvimento regional.

Cuidados de saúde primários

Os Centros de Saúde (CS) surgiram com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro [9] que procurou revalorizar a prestação dos Cuidados de Saúde Primários. Este Decreto-lei introduziu profundas modificações conceptuais e organizacionais, sendo reestruturados os serviços centrais, regionais, distritais e locais. Este Decreto-Lei, define Centros de Saúde como *“serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, responsáveis pela integração e coordenação das actividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objectivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda”* (alínea 1 do art. 55º).

Em 1978, na conferência da OMS de Alma – Ata, define-se os Cuidados de Saúde Primários como *“cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade”* [27] (1978: p.1).

Os Cuidados de Saúde Primários, estruturados na Declaração de Alma Ata de 1978, representam o primeiro acesso (contacto) dos cidadãos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Os CSP, pelo seu *“custo relativamente baixo e da maior facilidade com que podem ser fornecidos (em comparação com os cuidados de saúde especializados e de internamento), constituem, se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da progressão de doenças a uma escala ampla”* [28] (2009: p.3). Assim sendo, os CSP, devem ser dirigidos para a resolução das necessidades e problemas de saúde concretos da comunidade, que devem ser abordados a partir de actividades coordenadas de promoção, prevenção, tratamento e participação da comunidade

Em 1982, os Centros de Saúde foram reformulados com a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) pelo Decreto-Lei n.º 254/82 de 29 de Junho [29], que substituíram as antigas Administrações Distritais de Serviços de Saúde. Segundo este Decreto-Lei as ARS tinham como território de actuação o Distrito enquanto não fossem institucionalizadas as regiões administrativas previstas na Constituição da República.

Os CS foram regulamentados pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 24 de Abril [30] e recriados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio [31], que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS. Em 1993, com a publicação do estatuto Serviço Nacional de Saúde (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro [13]), criam-se novas ARS e extinguem-se as de 1982. De acordo com este Decreto-Lei, o SNS passa a organizar-se em 5 regiões de Saúde e respectivas ARS, que por sua vez se dividem em 18 Sub-Regiões. Em 1995, as ARS passam a ter como território de actuação a delimitação geográfica correspondente às unidades de nível II da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), previstas no Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de Fevereiro [32].

Em 2003, com o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril [33], é criado um novo modelo de organização de CSP, designado por *“rede de prestação de CSP, mais próximo dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, simultaneamente mais eficiente, socialmente mais justo e solidário”* [33] (2118-2119). Esta *“rede de prestação de CSP”*, segundo o mesmo Decreto-Lei,



para além da sua missão específica “deverá também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares (...) como parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença (...) orientados para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere” [33] (2118-2119).

Em 2007, com o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio [34], o território de actuação (jurisdição territorial) das ARS passa a corresponder às NUTS II previstas no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto [35]. A Lei Orgânica do Ministério da saúde (aprovada pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro [36] e reformulada pelo Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro [37]), consagra a extinção progressiva das Sub-Regiões de Saúde (por diploma próprio), até 31 de Dezembro. A extinção das Sub-Regiões de Saúde e a necessidade de criar órgãos de Gestão “mais flexíveis e mais próximos do cidadão implicou um novo desenho do modelo organizacional dos centros de saúde” [38] (2010: p.011).

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro [39], criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. Segundo este Decreto-Lei os ACES são serviços de saúde (agentes) com autonomia administrativa, constituídos por várias Unidades Funcionais de um ou mais Centros de Saúde. A sua missão consiste em garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos e família de uma determinada área geográfica (Quadro 2).

Quadro 2: Número de Centros de Saúde, Centros de Saúde com SAP, Centros de Saúde com Internamento, em Portugal, período de 2005 - 2008

Indicadores	2005	2006	2007	2008
Região Norte (NUTS II)				
Centros de Saúde	95	91	90	108
Centros de Saúde com SAP	85	79	81	SUB** =75
Centros de Saúde com Internamento*	16	14	9	6
Região Centro (NUTS II)				
Centros de Saúde	109	109	109	86
Centros de Saúde com SAP	87	87	83	SUB** = 42
Centros de Saúde com Internamento*	12	10	8	5
Região Lisboa e Vale do Tejo (NUTS II)				
Centros de Saúde	87	87	87	89
Centros de Saúde com SAP	30	42	43	SUB** =22
Centros de Saúde com Internamento*	2	2	1	0
Região Alentejo (NUTS II)				
Centros de Saúde	44	44	44	47
Centros de Saúde com SAP	39	39	36	SUB** = 32
Centros de Saúde com Internamento*	7	7	6	5
Região Algarve (NUTS II)				
Centros de Saúde	16	16	16	16
Centros de Saúde com SAP	13	12	11	SUB** = 3
Centros de Saúde com Internamento *	8	8	5	3

Observações:

* Todos os Centros de Saúde com Unidades de Internamento têm SAP (Serviço de Atendimento Permanente)

** Centro de Saúde com Serviço de Urgência Básica

Fonte: Elaboração própria, informação recolhida em [40], [41], [42], [43].

Analisando o Quadro 2, pode-se inferir que do ano de 2005 a 2008:



- A Região do Algarve e Região do Alentejo mantiveram o mesmo número de Centros de Saúde, apesar de se ter diminuído o número de Centros de Saúde com SAP.
 - Na Região Norte verificou-se aumento de 13 Centros de Saúde, neste período, apesar de se verificar uma ligeira diminuição dos Centros de saúde com SAP e com Internamento.
 - Na Região de Lisboa e Vale do Tejo verificou-se aumento de 3 Centros de Saúde, neste período, apesar de se verificar uma ligeira diminuição dos Centros de saúde com SAP e encerramento dos Centros de Saúde com Internamento.
- Face a estes dados, a delimitação geográfica (NUTS) deverá considerar uma política de saúde flexível e próxima do cidadão, promovendo uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e dos factores geodemográficos (Figura 1 e 2).

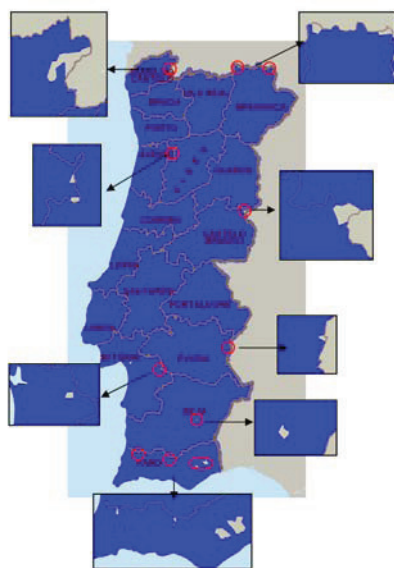


Figura 1: “Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um Centro de Saúde ou Extensão”
(Fonte: [28] 2009: p.27).



Figura 2: Ajustamento da rede de CSP à densidade populacional
(Fonte: [28] 2009: p.32)

No “*Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários*”, efectuado pela ERS (Figura 1 e 2), foi considerado 30 minutos (distância em estrada, tempo de viagem até aos serviços recomendados, com o pressuposto de que “*todos os utentes têm acesso a transporte em automóvel privado, o que não corresponderá inteiramente à realidade*”, [28] (2009: p.28) em volta dos pontos da rede de Centros de Saúde, “*ignorando a questão da disponibilidade, qualidade e/ou diversidade de meios de transporte público, que claramente exerce efeito sobre o acesso em termos da proximidade, uma vez que se está a tratar de distância e tempo de viagem até aos estabelecimentos*” [28] (2009: p.28). Contudo, os CSP devem estar adequados às populações que servem.

Em suma, os CSP têm como objectivo principal a melhoria do nível de saúde da população, em articulação permanente com os Hospitais, da área territorial por eles abrangida.

Hospitais

Para Casella [44] (2009: p.289) os Hospitais definem-se como “*edifícios de elevada complexidade, quer no seu desenho, quer nas suas funções, sendo neles prestados cuidados de saúde diferenciados e cada vez mais tecnologicamente sofisticados*”.

Ao longo dos tempos foram implementadas várias reformas ao nível do estatuto jurídico hospitalar público português, com o intuito de conferir maior autonomia: ao nível da gestão, do financiamento e reformas organizacionais [45].

Em 1946, a Lei n.º 2011 de 2 de Abril (referida por Simões [14]), estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde existentes, criando um sistema regionalizado (rede hospitalar) em que as diferentes unidades (Hospitais das Misericórdias, Estatais - gerais e especializados, Serviços Médico-Sociais, Serviços de Saúde Pública, Serviços Privados) estavam tecnicamente ordenadas e articuladas e especificando ainda os modos de intervenção



de cada um dos tipos de hospital nela previstos. No art. 1.º do Regulamento Geral dos Hospitais, do Decreto n.º 48358 de 1968, de 27 de Abril [46], define Hospitais como “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Compete-lhes, também, colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.” (Quadro 3). O mesmo Decreto refere que os Hospitais podem ser:

- Quanto à área geográfica que servem: Centrais, Regionais e Sub-regionais.
- Quanto ao esquema de serviços médicos de que dispõem: gerais e especializados.
- Quanto à responsabilidade da Administração: oficiais e particulares.

Quadro 3: Número de Hospitais Centrais, Hospitais Gerais, Hospitais Centrais Especializados, Hospitais Distritais Gerais, Hospitais de Nível I, em Portugal, período 2005 – 2008

Indicadores	2005	2006	2007	2008
Região Norte (NUTS II)				
Hospitais Centrais	10	10	8	9
Hospitais Gerais	4	4	4	5
Hospitais Centrais Especializados	6	6	4	4
Hospitais Distritais Gerais	10	9	4	10
Hospitais de Nível 1	6	5	2	2
Região Centro (NUTS II)				
Hospitais Centrais	7	8	8	6
Hospitais Gerais	2	2	2	2
Hospitais Centrais Especializados	5	6	6	4
Hospitais Distritais Gerais	13	13	12	9
Hospitais de Nível 1	10	10	9	8
Região Lisboa e Vale do Tejo (NUTS II)				
Hospitais Centrais	17	14	12	11
Hospitais Gerais	7	6	7	6
Hospitais Centrais Especializados	10	8	5	5
Hospitais Distritais Gerais	8	8	7	7
Hospitais de Nível 1	2	2	2	1
Região Alentejo (NUTS II)				
Hospitais Centrais	0	0	0	0
Hospitais Gerais	0	0	0	0
Hospitais Centrais Especializados	0	0	0	0
Hospitais Distritais Gerais	3	3	3	3
Hospitais de Nível 1	1	1	0	1
Região Algarve (NUTS II)				
Hospitais Centrais	0	0	0	0
Hospitais Gerais	0	0	0	0
Hospitais Centrais Especializados	0	0	0	0
Hospitais Distritais Gerais	2	2	2	2
Hospitais de Nível 1	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria, informação recolhida em [40], [41], [42], [43].

Desde 1968 até ao ano de 2002, verificou-se uma evolução contínua dos modelos de estrutura e de gestão dos Hospitais Públicos [14]. O Regulamento Geral dos Hospitais (1968) criou a carreira de administração dos hospitais. Entretanto, com o Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de Setembro [9] os novos Hospitais Distritais, construídos pelo Estado, passam a ser geridos por uma comissão instaladora. Em 1977, o Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril (referido por [14]) e o Decreto-Regulamentar n.º 30/70, de 20 de Maio (referido por [14]), publicam legislação específica sobre a orgânica e a gestão Hospitalar e pretendia promover a autonomia dos Hospitais e a estabilidade dos órgãos de gestão. Mais tarde, a Lei n.º 27/2002 de 8 Novembro (referida por [47] e [14]), conhecida como a Lei da Gestão Hospitalar, aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração da lei n.º 48/90, de 24 de Agosto



(referida por [47] e [14]). Ainda em 2002, surgem os Hospitais SA (Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos) e o programa de Parcerias Público-Privadas (com o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto [48], que estabelece o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados) sendo substituídos em 2005 (Decreto-Lei 233/2005 [49]), pelos Hospitais E.P.E. (Entidade Pública Empresarial).

Desde 1970 os Hospitais Públicos portugueses têm vindo a aumentar a quantidade de cuidados prestados [47]. Segundo Barros [15] (2009: p.250) *“fazendo apenas a distinção público-privado, actualmente cerca de 70% dos hospitais portugueses são públicos, e tratam entre 80% a 90% dos doentes”*. O aumento do número de Hospitais Públicos resultou da *“inclusão no SNS das unidades hospitalares geridas pelas Misericórdias”* [15] (2009: p. 267). Porém, os constrangimentos que possam estar associados às assimetrias regionais em termos de Instituições (CSP e Hospitais) prestadoras de cuidados de saúde, a racionalização na utilização de recursos, que possam ser escassos ou estar aquém das expectativas, de forma a viabilizar objectivos prioritários de ganhos em saúde e salvaguardar a equidade no acesso e utilização dos cuidados de saúde, revestem-se de um carácter fundamental. Enquanto o objectivo primordial dos Hospitais deve orientar-se sobretudo para o cidadão, promovendo a articulação mais eficaz com os CSP, o objectivo primordial dos CSP é o de procurar o melhor nível de saúde da população na área geográfica a seu cargo. Pelo que, a eficiência dos CSP e Hospitais, exigem estratégias onde a filosofia tão actual de articulação entre CSP+H podem ser indicadores de sucesso da coordenação de cuidados e da redução de custos.

Através da definição dos dois tipos de sistemas de prestação de cuidados (CSP e Hospitais) pode-se concluir que os dois, apesar de campos de actuação diferentes, se assemelham no objectivo comum: a resolução de problemas de saúde e ganhos em saúde para o indivíduo, família e comunidade, pertencentes a uma determinada região (NUTS II). A existência desta dualidade na prestação de cuidados deverá ser assumida no sentido da complementaridade e interdisciplinaridade, promovendo assim a articulação de cuidados e desenvolvimento regional, que destacaremos na secção que se segue.

4. A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E HOSPITAIS E O SEU IMPACTO A NÍVEL REGIONAL

No sector da saúde tem-se verificado mudanças tanto do lado da oferta como do lado da procura de serviços de saúde. As mudanças do lado da oferta, condicionadas pelas mudanças da procura de serviços, tem levado a que as organizações prestadoras de serviços desenvolvam de forma integrada e sistemática a sua capacidade de oferta e lhes proporcione melhores processos, maximização dos resultados e a máxima satisfação dos seus utentes [50]. Neste contexto, *“A convergência entre a equidade e a eficiência tornou-se, por isso, a marca genética da reforma estrutural do sector da saúde”* [1] (2009: p.289). Na reforma estrutural do sector da saúde (lado da oferta), constituída pelo conjunto diferenciado de instituições (onde se incluem os CSP e Hospitais), os cuidados de saúde devem estar adequados às necessidades efectivas da população que servem. Dada a existência de diferentes tipos de prestadores de cuidados de saúde, cada um com a sua gestão e níveis de cuidados específicos, é importante assegurar a referenciação eficaz dos utentes dentro do sistema de saúde, procurando articular e interligar os CSP e os Hospitais, promovendo a sua complementaridade e maximizando a rentabilidade dos mesmos, com redução dos custos e do desperdício. Como refere Saldanha Sanches [51] (2010: p.67) *“Um Estado mais eficiente pode conseguir uma produção de bens públicos por um preço menor, onerando menos os seus contribuintes”*.

No sentido de promover a articulação de cuidados, foram surgindo vários documentos e políticas que procuram a articulação das instituições de saúde, na optimização dos cuidados (como por exemplo: a criação de Unidades de Saúde). Admitindo que *“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”* (Lei de Bases da Saúde, base XIII, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto [12]). Ao falarmos da articulação de cuidados entre CSP+H, não nos podemos distanciar do grande objectivo desta articulação: os ganhos em saúde para todos os cidadãos que obtêm uma correcta e eficaz continuidade dos cuidados que necessitam. A articulação de cuidados depende do esforço de coordenação (referenciação, *interface*) de ambos os agentes (CSP e Hospitais), facilitando assim o processo



de referência clínica e de continuidade de cuidados para a melhoria de saúde do indivíduo, família e comunidade da área geográfica (área territorial) a seu cargo. A área territorial, estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de Fevereiro) não é só o espaço onde um certo grupo populacional se instalou e organizou a sua vida, é também o espaço social onde se estabelecem interações sociais que tornam possível a existência da vida humana. Por isso, as consequências práticas de como o território se organiza e a capacidade de resposta no sector da saúde poderão não ter os efeitos esperados, por o problema ser de natureza mais ampla, correspondendo a múltiplas intervenções, de carácter inter e multisectorial. Todavia, deve ser avaliada a equidade no acesso das populações aos cuidados de saúde e protecção da saúde, assente nos princípios da universalidade e da igualdade, consagrados no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa [10], aprovada e decretada em 2 de Abril de 1976. Torna-se pertinente que os CSP e Hospitais respeitem um conjunto de valores e princípios fundamentais, conciliando instrumentos de desburocratização, de agilização e optimização de recursos, no sentido de elevar o nível de saúde da população da sua área geográfica.

No entanto, a afluência desmedida dos utentes aos Serviços de Urgências Hospitalares, a maior parte deles não vivenciando situações de doença consideradas verdadeiras urgências/emergências, tem provocado o congestionamento destes serviços condicionando a qualidade de cuidados prestados, pelo que é de todo importante reflectir / analisar a articulação de cuidados existente entre CSP+H e a sua importância na prestação de cuidados de saúde eficientes e eficazes para a população de uma determinada área geográfica, assim como para o desenvolvimento económico regional e ganhos em saúde. A título de exemplo sobre a importância da articulação entre CSP+H e o seu impacto a nível regional, segue o Quadro 4, com dados fornecidos por um ACES e uma Unidade Hospitalar, da mesma área geográfica resultante de um trabalho de investigação que estamos a desenvolver no âmbito de formação avançada.

Quadro 4: Atendimento total no SAP de um Centro de Saúde (designado por A) e do SU de um Hospital E.P.E., (designado por B), no período 2005 - 2009

ANO	N.º total de consultas SAP (A)	Variação	N.º total de consultas Serviço de Urgência (B)	Variação
2005	25318	-	89844	-
2006	37752	40,0%	89037	-0,9%
2007	40485	7,0%	80828	-9,7%
2008	41394	2,2%	78914	-2,4%
2009	22785	-59,7%	88876	11,9%

Fonte: Elaboração própria, com dados recolhidos junto de duas Unidades de Saúde da mesma região

Com base nos valores apresentados no Quadro 4, poder-se-á inferir que aumentando o n.º de consultas no SAP (A) diminui o n.º de consultas no Serviço de Urgência (B) e vice-versa. Esta relação foi mais acentuada no período de 2008 a 2009 em que o n.º total de consultas no SAP (A) no período de 2008 a 2009 diminuiu significativamente para 59,7% enquanto que no mesmo período se verificou um aumento de 11,9% no n.º total de consultas no Serviço de Urgência (B). Ainda não nos é possível referir, uma vez que o trabalho de investigação ainda está a decorrer, quais terão sido os factores que originaram estes resultados. É contudo uma área que nos parece importante reflectir, uma vez que os desequilíbrios regionais no estado da saúde da população portuguesa poderão ser explicados pela desadequação entre as necessidades sentidas (lado da procura) e a oferta de recursos sociais (onde se incluem os de saúde).

Por último, o desenvolvimento económico e social de uma região está directamente relacionado com a capacidade de resposta em termos de cuidados de saúde.

5. CONCLUSÕES

Em suma, as reformas dos sistemas de saúde, devem assegurar um conjunto de estratégias orientadas para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, prestação de serviços quando e onde necessários, controlar os custos e as assimetrias regionais para aumentar a



eficiência e eficácia (com menor consumo de meios e maiores ganhos em saúde) para os indivíduos, a sua família e comunidade de uma determinada área geográfica. Assim, enquadrado no *new public management*, a obtenção de proveitos de eficiência com diminuição de desperdícios (optimização dos recursos existentes) implica uma gestão de rigor na utilização de recursos e com sentido de *accountability*. Deste modo “A saúde torna-se, assim e cada vez mais, uma co-produção, na qual todas e todos são chamados a ser os seus co-produtores” [52] (2009 -2010: p. 7). Ainda, sob o ponto de vista económico, considera-se que é essencial obter um determinado benefício com o menor custo ou para um determinado custo, obter o máximo benefício possível [15], contribuindo para a sustentabilidade do SNS. Tendo presente, o binómio custo-benefício e apesar de aparentemente os custos com a prevenção da doença e promoção da saúde serem elevados, os benefícios podem ser maiores, porque pode-se, por exemplo: reduzir o absentismo ao trabalho por doença, diminuir o consumo de medicamentos e de cuidados médicos mais especializados (hospitais) e assim contribuir para ganhos em saúde e diminuir a percentagem das despesas totais em saúde no PIB português. Contudo, não se pode descurar a importância dos recursos existentes, em termos de cuidados de saúde (CSP e Hospitais) e a forma como se articulam entre si, no desenvolvimento económico e social de uma região.

Por último, o nosso trabalho contém naturalmente limitações, que futuras investigações deverão superar. Entre estas limitações destacamos o facto do nosso trabalho de investigação ainda estar em curso, pelo que não foi possível apresentar conclusões mais relevantes. Como resposta às limitações existentes, sugerimos estudos futuros sobre: os recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros, no sentido de poder contribuir para uma melhoria das condições de atendimento dos utentes e da acessibilidade aos CS e Hospitais no sentido de colmatar as assimetrias regionais em termos de resposta de cuidados de Saúde e poder garantir o direito constitucional de protecção da saúde a todos os cidadãos.

BIBLIOGRAFIA

1. Nunes, R., Regulação da Saúde, 2.ª Edição, Vida Económica - Editorial, Porto, (2009).
2. Cutler, D. M., “The economics of health system payment”, The Economist, n.º 154, pp.1-18, Springer, (2006).
3. World Health Organization, *The World Health Report: Health systems financing: the path to universal coverage*, Geneva, (2010a).
4. Queirós, C., *Nova Política de Gestão in Gestão da Saúde*, Prata & Rodrigues Publicações, Lisboa, (2010).
5. Abreu, Laurinda, *A especificidade do sistema de assistência pública português: linhas estruturantes*, Revista *Arquipélago-história*, volume VII, pp. 417-434, (2002).
6. Tribunal de Contas, *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde – Relatório Final*, Lisboa, pp. 1-240, (1999).
7. Ribeiro, J. M., *Saúde – A liberdade de escolher*, Gradiva Publicações, Lisboa, (2009).
8. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, *Relatório de Primavera de 2002: O estado da Saúde e a saúde do Estado*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, (2002).
9. Decreto-Lei n.º 413/71, Diário da República, I Série, n.º 228 (27-9-1971), pp. 1406-1434: Promulga a Organização do Ministério da saúde e Assistência – Revoga determinadas disposições legislativas.
10. Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional, Portugal, (2005)
11. Lei n.º 56/79, Diário da República, I Série, n.º 214 (15-9-1979), pp. 2357-2363: Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.
12. Lei n.º 48/90, Diário da República, I Série, n.º 195 (24 – 8-1990), pp. 3452-3459: Lei de Bases da Saúde.
13. Decreto-Lei n.º 11/93, Diário da República, I Série – A, n.º 12 (15-1-1993), pp. 129-134: Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
14. Simões, J., *Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*, Edições Almedina, Coimbra, (2004).
15. Barros, P.P., *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos*, Edições Almedina, Coimbra, (2009).



16. Pacheco, F., *Os Incentivos e o Perfil de Prescrição Médica in Gestão da Saúde*, Prata & Rodrigues Publicações, Lisboa, (2010).
17. Barros, P.P. *Apresentação in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Edições Almedina, Coimbra, Portugal (2010)
18. OECD, *Health at a Glance 2003: OECD indicators*, France, p.1 – 143, (2003).
19. World Health Organization (WHO), *World health statistics 2010*, France, p. 1 – 177, (2010b).
20. OECD, *Health at a Glance 2009: OECD indicators*, France, p. 1 – 201, (2009).
21. OECD, *Health at a Glance 2007: OECD indicators*, France, p.1 – 198, (2007).
22. Jardim, S. V., *A Europa dos consumidores de cuidados de saúde in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Edições Almedina, Coimbra, (2010).
23. World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*, Geneva, p.1 – 148, (2008).
24. Decreto-Lei n.º 309/2003, Diário da República, I Série – A, n.º 284 (10-12-2003): Cria a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), definindo as suas atribuições, organização e funcionamento.
25. Ministério da Saúde, *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Volume I - Prioridades, (2004).
26. Ramos, V., *A Interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital in Governação dos Hospitais*, Casa das Letras, Alfragide, (2009).
27. Declaração de Alma – Ata, Conferência *Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978, (1978).
28. Entidade Reguladora da Saúde (ERS), *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários*, Porto, p.108, (2009).
29. Decreto-Lei n.º 254/82, Diário da República, I Série, n.º 147 (29-06-1982), pp.1897-1900: Cria as Administrações Regionais de Saúde (ARS).
30. Despacho Normativo n.º 97/83, Diário da República, I Série, n.º 93 (22-04-1983), pp. 1439-1453: Aprova o regulamento dos Centros de Saúde.
31. Decreto-Lei n.º 157/99, Diário da República, I Série – A, n.º 108 (10-05-1999), pp. 2424-2435: Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde.
32. Decreto-Lei n.º 46/89, Diário da República, I Série, n.º 38 (15-02-1989); pp. 590-594: Estabelece as matrizes de delimitação geográfica da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).
33. Decreto-Lei n.º 60/2003, Diário da República, I Série - A, n.º 77 (01-04-2003), pp. 2118-2127: Cria a rede de Cuidados de Saúde Primários. Revoga o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.
34. Decreto-Lei n.º 222/2007, Diário da República, I Série, n.º 103 (29-05-2007), pp. 3519-3523: Aprova a orgânica das Administrações Regionais de saúde, I.P., definindo a sua missão e atribuições.
35. Decreto-Lei n.º 317/99, Diário da República Iª Série- A, N.º 186 (11-08-1999) 5238-5239 – altera os anexos I, II, III e IV ao Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de Fevereiro, de modo a transferir o município de Gavião para a área de actuação da Comissão de Coordenação da Região do Alentejo.
36. Decreto-Lei n.º 212/2006, Diário da República, I Série, n.º 208 (27-10-2006), pp. 7517-7525: Lei Orgânica do Ministério da Saúde.
37. Decreto-Lei n.º 234/2008, Diário da República, I Série, n.º 233 (2-12-2008), pp. 8600-8608: Primeira alteração aos Decretos-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei orgânica do Ministério da Saúde, e n.º 219/2007, de 29 de Maio, que aprova a Lei Orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
38. Alto Comissariado da Saúde, *Atlas do Plano Nacional de Saúde*, 1.ª Edição, Alto Comissariado da Saúde, Lisboa, (2010).
39. Decreto-Lei n.º 28/2008, Diário da República, I Série, n.º 38 (22-02-2008), pp. 1182-1189: Estabelecimento do regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde.
40. Direcção-Geral da Saúde de Portugal, *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2005*, Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Estatísticas, Lisboa, ISSN 1645-8893, (2006).



41. Direcção-Geral da Saúde de Portugal, *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2006*, Direcção de Serviços de Epidemiologia de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde, Lisboa, ISSN 1645-8893, (2007).
42. Direcção-Geral da Saúde de Portugal, *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2007*, Direcção de Serviços de Epidemiologia de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde, Lisboa, ISSN 1645-8893, (2008).
43. Direcção-Geral da Saúde de Portugal, *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2008*, Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde, Lisboa, ISSN 1645-8893, (2009).
44. Casella, P., *O Hospital enquanto Estrutura in Governação dos Hospitais*, Casa das Letras Alfragide, (2009).
45. Reis, V. P., Falcão, E., *Hospital público português: da crise à renovação? Gestão de serviços de saúde*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume 21, n.º 2, pp. 5 - 14, Julho/Dezembro, (2003).
46. Decreto n.º 48358, Diário da República, I Série, n.º 101 (27-04-1968), pp. 612-626: Aprova o Regulamento Geral dos Hospitais.
47. Vaz, A. M., *Hospitais Públicos Portugueses in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Edições Almedina, Coimbra, (2010).
48. Decreto-Lei n.º 185/2002, Diário da República, I Série – A, n.º 191 (20-08-2003), pp. 5852-5858: Estabelece o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados - regulamentação do artigo 9.º e 11.º da Lei n.º 27/2002.
49. Decreto-Lei n.º 233/2005, Diário da República, I Série – A, n.º 249 (29-12-2005), pp. 7323-7333: Transformação em E.P.E. dos Hospitais de Santa Maria e de São João. Criação dos Centros Hospitalares de Lisboa Ocidental E.P.E., de Setúbal, E.P.E. e do Nordeste, E.P.E. com aprovação dos seus Estatutos.
50. Feliciano, I., *Marketing em Saúde – Políticas e Estratégias*, bnomics, Deplano Network, Lisboa, (2010).
51. Sanches, J.L. S., *Justiça Fiscal*, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio D'Água Editores, Lisboa, (2010).
52. ARS Norte, 2009 – 2010, *Plano de saúde Região Norte 2009 – 2010*, Porto, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P