

## A evolução da legislação da saúde em Portugal e os novos desafios para a gestão a partir de 2024

The evolution of the Portuguese health legislation and the new challenges for management from 2024 onwards

La evolución de la legislación de la salud en Portugal y los nuevos desafíos para la gestión a partir de 2024

Luís Augusto Coelho Pisco (<https://orcid.org/0000-0002-9007-8949>)<sup>1</sup>  
Vera Pires da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-5719-805X>)<sup>2</sup>  
Baltazar Ricardo Monteiro (<https://orcid.org/0000-0002-4876-9439>)<sup>3</sup>

**Resumo** Nos últimos 40 anos, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) gerou ganhos que colocaram Portugal num lugar cimeiro no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos e reduziu muitas das desigualdades na sociedade portuguesa. Revisitar a criação do Serviço Nacional de Saúde Português e todas as profundas alterações legislativas introduzidas após a publicação da nova Lei de Bases da Saúde, a definição dos eixos estratégicos da política de recursos humanos do SNS e a criação dos respetivos mecanismos de operacionalização, a aprovação do novo Estatuto do SNS e a aprovação da Orgânica e dos Estatutos da Direção Executiva do SNS e a criação, com natureza de entidades públicas empresariais, das Unidades Locais de Saúde. Estas alterações legislativas poderão ser 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.

**Palavras-chave** Serviço Nacional de Saúde, Saúde, Legislação, Unidades locais de saúde

**Abstract** In the last 40 years, the National Health Service (SNS) has generated health gains that have placed Portugal at the top regarding quality of life for millions of citizens and reduced many of the inequalities in Portuguese society. We revisit the establishment of the Portuguese National Health Service and all the profound legislative changes introduced after the publication of the new Health Basic Law, the definition of the strategic axes of the SNS human resources policy and the establishment of the respective operationalization mechanisms, the approval of the new SNS Statute and the approval of the Organic and Statutes of the Executive Board of the SNS and the creation of Local Health Units (ULS) as public business entities. These legislative changes could be a fundamental step towards strengthening the construction of a fairer and more inclusive SNS, which better responds to the population's needs through the necessary structural reforms.

**Key words** National Health Service, Health, Legislation, Local Health Units

**Resumen** En los últimos 40 años, el Servicio Nacional de Salud (SNS) ha generado beneficios en salud que han posicionado a Portugal en un lugar destacado en cuanto a la calidad de vida de millones de ciudadanos y ha reducido muchas de las desigualdades en la sociedad portuguesa. Revisitar la creación del Servicio Nacional de Salud Portugués y todos los profundos cambios legislativos introducidos tras la publicación de la nueva Ley de Bases de la Salud, la definición de los ejes estratégicos de la política de recursos humanos del SNS y la creación de los respectivos mecanismos de operacionalización, la aprobación del nuevo Estatuto del SNS y la aprobación de la Orgánica y de los Estatutos de la Dirección Ejecutiva del SNS y la creación, con naturaleza de entidades públicas empresariales, de las Unidades Locales de Salud. Estos cambios legislativos podrán ser un paso fundamental para el fortalecimiento de la construcción de un SNS más justo e inclusivo, que responda mejor a las necesidades de la población mediante las necesarias reformas estructurales.

**Palabras clave** Servicio Nacional de Salud, Salud, Legislación, Unidades locales de salud

<sup>1</sup> Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE) Av. das Forças Armadas, 1649-026. Lisboa Portugal. luispisco@mail.telepac.pt

<sup>2</sup> Unidade Local de Saúde (ULS) Loures-Odivelas. Loures Portugal.

<sup>3</sup> Instituto Politécnico de Leiria. Leiria Portugal.

## Criação do Serviço Nacional de Saúde

A 20 de Julho de 1978 o Ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional, António Arnaut, emitiu um Despacho Ministerial<sup>1</sup> que assegurava os direitos dos cidadãos a cuidados de saúde. Este diploma estava articulado com o artigo 64.º da Constituição da República de 1976, onde se salvaguardava o direito dos cidadãos à saúde, através da criação de um Serviço Nacional, universal, geral e gratuito. Em 1979 foram criadas as condições para a criação do SNS<sup>2</sup>, onde o Estado seria responsável pelo acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição social e económica, a cuidados de saúde gratuitos e universais, sendo o sistema financiado por impostos, usufruindo de autonomia financeira e administrativa. Os princípios formulados na lei estruturaram um SNS centralizado, com gestão descentralizada, concentrando também os serviços de saúde públicos e os serviços prestados pelo sistema de Segurança Social. A gestão descentralizada compreendia órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde hospitalares e de reabilitação, numa estrutura piramidal articulada.

A revisão constitucional de 1989 veio eliminar a total gratuitidade, admitindo um SNS “tendencialmente gratuito” e a Lei de Bases da Saúde (LBS) foi reformulada, em 1990 de modo a acolher a criação de um mercado privado de saúde, que viria a transformar progressivamente o sistema de saúde em Portugal.

A década de 1990 constituiu um momento de reforma da Administração Pública portuguesa, seguindo o movimento que percorria muitos países europeus. Neste enquadramento, também no SNS ocorreram três alterações importantes. Em 1990 foi aprovada a LBS que veio estabelecer novos princípios de organização e funcionamento do sistema de saúde e, em 1993, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, onde constava o novo Estatuto do SNS (ESNS) (Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro), publicando o ESNS de forma a aplicar as alterações introduzidas pela Lei de Bases e, desta forma a superar a dualidade entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, através de unidades integradas. Esta tentativa de superar o hospital centrismo estrutural instalado na sociedade portuguesa visava possibilitar a articulação entre grupos de centros de saúde e hospitais, tendente a uma gestão de recursos mais efetiva para os destinatários. Em 1999 definiu-se o regime dos Sistemas Locais

de Saúde<sup>3</sup>. Estes seriam conjuntos de recursos articulados (hospitais e centros hospitalares e agrupamentos de centros de saúde de uma mesma região), baseados na complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais destinados a promover e a racionalizar a utilização dos recursos.

Ainda no âmbito das reformas da administração pública assistiu-se à profunda reforma dos cuidados de saúde primários que procedeu à criação das Unidades de Saúde Familiares<sup>4</sup> (USF), constituídas por iniciativa de equipas de profissionais, que vieram paulatinamente a reforçar o papel da medicina familiar e das equipas de saúde, desde 2005 (ano de início da aplicação desta reforma), e que permitiram que o modelo SNS se baseasse no conceito britânico de porta de entrada no sistema, cabendo ao médico de família o diagnóstico e encaminhamento dos doentes, que desencadeava a sucessiva intervenção de distintos profissionais, ao longo do *continuum* de saúde dos cidadãos. De assinalar ainda o novo regime de gestão hospitalar<sup>5</sup> de 2002 (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), que introduziu substanciais alterações na LBS, com a inclusão da maioria dos hospitais/centros hospitalares no setor empresarial do Estado.

Nos últimos 40 anos, o SNS gerou ganhos em saúde que colocaram Portugal num lugar cimeiro no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos e reduziu muitas das desigualdades na sociedade portuguesa. Ao longo destas quatro décadas, Portugal manteve-se entre os países da OCDE com menores taxas de internamento por problemas de saúde sensíveis aos cuidados de saúde primários e à diminuição da incapacidade permanente. Temos assistido ao aumento da esperança de vida saudável à nascença para homens e mulheres, à diminuição da percentagem de pessoas que consideram não ter as suas necessidades de saúde satisfeitas, bem como ao aumento da percentagem de portugueses que classificam a sua saúde como boa ou muito boa.

### A Lei de Bases da Saúde de 2019

Depois do impulso reformista da década de 1990, que acompanhou a organização e a prestação dos cuidados de saúde em Portugal até ao final de 2023, constata-se que o sistema de saúde nacional tem um carácter misto ou semiprivado, com uma forte presença do sistema público, mas com mais de um quinto da população a recorrer, em grande medida, ao sistema privado e social. Coexistem, deste modo, três sistemas assisten-

ciais em Portugal<sup>6</sup>: o SNS universal; regimes especiais de seguros de saúde para determinados setores/profissões (funcionários públicos, empregados do setor da banca e companhias de seguros, por exemplo), denominados subsistemas de saúde; seguros de saúde voluntários privados.

A LBS é um diploma legal que estabelece um quadro jurídico para a proteção e promoção da saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. A nova Lei de Bases da Saúde<sup>7</sup> foi aprovada em 2019, revogando a Lei n.º 48/1990, e o Decreto-Lei n.º 185/2002.

Diga-se que a LBS de 2019 nasceu de uma opção governativa que criou bastante polémica. Tendo sido criado um grupo de trabalho expressamente nomeado para estudar as alterações a introduzir num documento que deveria ser aberto a um futuro rapidamente mutável, o Governo optou por levar ao Parlamento uma proposta substancialmente distinta.

Embora a Ministra da Saúde tivesse considerado<sup>8</sup> (16 de agosto de 2019), que a promulgação da LBS pelo Presidente da República foi “uma vitória para os cidadãos”, porque permitirá um “melhor desenho do sistema de saúde”, e que é uma Lei de Bases para o século XXI, centrada nas pessoas e que reforça o papel do Estado e melhora a repartição das funções entre os setores público, privado e social, muitas são as vozes críticas que ainda se ouvem sobre temas fraturantes<sup>9</sup>.

A primeira das questões coloca-se em termos de financiamento do sistema. O subfinanciamento da saúde é um tema recorrente nos debates públicos sobre saúde. Aquando da criação do SNS, Portugal, atravessava uma crise social muito grave, associada ao regresso de muitos cidadãos no contexto do processo de descolonização e numa altura em que o mundo atravessava a chamada primeira crise do petróleo, que esteve associada a uma crise financeira mundial que Portugal tardou a enfrentar, com enormes prejuízos sociais e económicos. Para além disso foi aprovado um modelo de financiamento do SNS baseado em impostos, num momento de crise social, económica e financeira. Desde aí, Portugal tem passado por várias crises desta natureza que têm influenciado a decisão política sobre estruturação e financiamento da saúde. Em períodos de crises desta natureza os Governos tendem a optar por subfinanciar os setores sociais e culturais, concentrando-se na economia e nas finanças, sobretudo quando ocorre um forte aumento de despesa pública.

Seria por isso esperado que, nesta nova LBS o SNS passasse a ter um financiamento condigno que lhe permitisse efetivar o direito à saúde

para todos os cidadãos, igualando, pelo menos a média das despesas per capita em saúde, registadas nos restantes países europeus. Para além disso seria de esperar que este reforço financeiro se repercutisse na promoção da saúde, prevenção da doença, modernização de equipamentos, das tecnologias da saúde e dos sistemas de informação e de comunicação. Uma vez que esta questão não foi incorporada devidamente, tendo, porém, sido feita a importante referência ao planeamento plurianual dos investimentos, o financiamento da saúde fica dependente das crises económicas e das decisões económicas e financeiras de cada governo. Sem que se afirme uma estratégia de investimento e sem que se proponha uma orientação de um caminho a ser percorrido pelo legislador e pelos governos, a saúde ainda não é vista como um investimento e como fator decisivo de criação de riqueza nacional.

### **A gestão do sistema de saúde**

O Ministério da Saúde considerou que a nova LBS era “clara quanto às suas preferências em termos de organização do sistema de saúde, baseado sobretudo no SNS e no papel do Estado e sobre a forma como os setores público, privado e social devem garantir o direito à prestação e ao acesso à saúde”.

A politização da saúde é matéria incontornável, pois que cabe ao Estado assegurar o acesso aos cuidados de saúde. As questões de igualdade de acesso, a liberdade de escolha, e outros temas desta natureza são da exclusiva responsabilidade governativa. É por isso que se espera que uma Lei de Bases seja suprapartidária e que consiga comportar diferentes orientações ideológicas e programas de governo, sob pena de se constituir como um mero texto político.

É evidente o forte condicionamento sobre os sistemas de saúde imposto pelo envelhecimento da população, prevalência das doenças crónicas e pela Quarta Revolução Industrial, que está a mudar a forma como se entende a saúde, a transformar métodos de diagnóstico e tratamento, processos de gestão e, também, a relação dos profissionais com os cidadãos, o Estado e os investidores do mercado da saúde. Seja qual for o Governo que vier a ser constituído após as eleições de março de 2024 irá herdar um SNS em crise. São conhecidas as dimensões de listas de espera para consultas e cirurgias, assim como os tempos de espera para atendimento nas urgências, para além da falta de profissionais médicos em algumas especialidades.

O SNS não está em crise sozinho. Muitos dos cidadãos que procuram cuidados de saúde estão a lidar com problemas de emprego, habitação, rendimento, de escolhas alimentares e de atendimento e acompanhamento de outros serviços públicos. À crise económica e ao Memorando de Entendimento, seguiu-se a COVID-19 e a austeridade juntou-se ao isolamento e á dificuldade de respostas em cuidados de saúde. Estes factos atingiram sobretudo os mais desfavorecidos, ao ponto de ter diminuído e estagnado a esperança média de vida à nascença (2020 e 2021) nos 81 anos<sup>10</sup>, para homens e mulheres, que veio a repercutir-se na idade de aposentação.

O sistema de saúde continua a ter uma orientação Beveridgiana que não pode ser desvirtuada, por força dos compromissos assumidos e da Constituição da República e porque este modelo nunca foi colocado a debate público ou parlamentar. O financiamento do SNS com base em impostos e acesso universal, geral e tendencialmente gratuito continuam a ser a garantia de aperfeiçoamento da democracia e da coesão social que terá de ser modernizada, quer em termos de organização da saúde, quer de inovação. Porém, o SNS não é um fim em si mesmo. Afirma-se como instrumento útil ao serviço dos cidadãos, sem ficar aprisionado pelos seus atores, assumindo um papel central e de liderança técnica, científica, formadora, promotora de equidade e de coesão social, o qual poderá articular, nos termos da lei, com os setores da economia social e com a iniciativa privada, num sistema integrado e harmonioso, regulado e transparente.

### **SNS forte, moderno e centrado nas pessoas**

Em defesa da nova LBS a Ministra da Saúde destacou que a lei refere que “as relações entre o setor público, o setor social e o setor privado se estruturam não pela competição, mas pela cooperação e articulação numa lógica de transparência e de prevenção de conflitos de interesses, eliminando o apoio do Estado ao desenvolvimento do setor privado em concorrência com o setor público”. Seria importante que, querendo acautelar os mesmos direitos aos cidadãos que recorrem a serviços financiados pelo SNS, mas prestados por entidades dos restantes setores se acautelassem os deveres de atuação em conformidade com os princípios do SNS, a fiscalização de padrões de qualidade assistencial, o respeito pelas orientações técnicas emanadas pelo Ministério da Saúde, o dever de prestação de contas de acordo com calendários anuais negociados e o

acompanhamento dos contratos, convenções ou acordos, na sequência da experiência adquirida com a gestão dos contratos e programas dos hospitais com parceria público-privada.

Sabemos que os modelos de financiamento dos sistemas de saúde constituem um desafio permanente e são variáveis no tempo e no modo, cabendo a principal fonte ao Estado. Em 2021, a despesa pública representou cerca de 66% da despesa corrente em saúde.

São as opções políticas e financeiras, em sede de Orçamento do Estado que definem a parte que caberá aos cidadãos pagar. Estas decisões têm enorme impacto na vida das pessoas e de cada família, pois repercutem-se na equidade do acesso aos cuidados e no quantitativo das despesas individuais e coletivas com saúde. De cada vez que um serviço público está indisponível aos cidadãos, induz a procura de alternativas de resposta, com impacto financeiro direto nas famílias.

Nesta matéria, nos termos da legislação em vigor<sup>11</sup>, a par da moderação do uso desnecessário, tem implícita uma finalidade de financiamento através do pagamento por parte de quem efetivamente necessita do serviço, apesar dos benefícios fiscais e do reduzido peso nos proveitos das entidades públicas do SNS. As taxas moderadoras pagas pelas famílias em instituições do SNS, assim como os copagamentos de medicamentos prescritos no SNS, correspondem a despesa paga pelas famílias<sup>12</sup>, resultante das prévias decisões governativas sobre cobertura conferida pelo SNS. Estas duas categorias aumentam a despesa direta das famílias em cerca de 4%. Deste modo, para além da despesa pública realizada, a decisão pública implica mais 70% do financiamento do sistema de saúde.

Para além do financiamento público, o sistema de saúde é também financiado por despesa privada, associada a subsistemas de saúde e seguros privados, complementares, ou em sobreposição, aos mecanismos disponibilizados pelo Estado. De cada vez que um cidadão ou família recorre aos setores não públicos, por decisão própria, desonera o Estado dessa despesa, recaindo inteiramente sobre o orçamento familiar. Em 2021, os subsistemas e seguros de saúde privados representaram cerca de 7,5% da despesa de saúde em Portugal.

Os pagamentos diretos em saúde, por parte das famílias faz com que Portugal se destaque entre todos os países europeus, como aquele onde este valor é o mais elevado. De acordo com o Eurostat, em 2022, a despesa direta das famílias ascendia a 28.6% em Portugal (Figura 1), logo se-

guido da Hungria com 27.65% e da Estónia, com 23.16%.

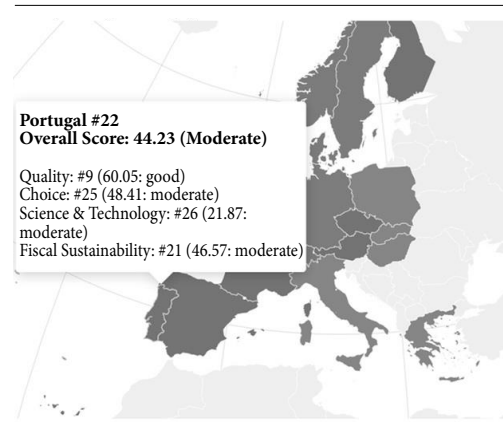
No ranking de 2022 do World of Healthcare Innovation<sup>13</sup>, Portugal surge em 22º lugar, depois de ter sido 17º em 2021 e 21º em 2020. Este ranking inclui 32 sistemas de saúde de diferentes países e avalia dimensões como escolha dos serviços de saúde pelos cidadãos, qualidade, ciência e tecnologia e sustentabilidade fiscal.

Neste ranking, Portugal comparado com a maioria dos países da Europa (Figura 2) é descrito como tendo um sistema de saúde onde o setor privado está em crescimento e as seguradoras desfrutam de menor intervenção regulatória, quando comparado ao sistema americano. Entre os 32 países, os melhores resultados encontrados são da Suíça, logo em seguida da Irlanda, da Holanda e da Alemanha. Os últimos classificados são a Hungria (29º), a Itália (30º), a Arábia Saudita (31º) e a Polónia (32º). A melhor classificação portuguesa foi obtida na área da qualidade, na qual os cuidados centrados nos doentes obtiveram o 13º lugar, melhor que o de Espanha (19º). Esta classificação justifica os investimentos feitos ao longo dos anos, até porque as infraestruturas médicas obtiveram o 3º lugar.

A classificação geral obtida por Portugal foi fortemente influenciada pelo resultado na dimensão “liberdade de escolha”, que caiu para 25º lugar, face ao 11º lugar obtido em 2021. Nesta dimensão um dos aspetos mais negativos foi o elevado custo dos seguros de saúde, que atirou o país para o 31º lugar, apesar dos resultados obtidos nas dimensões de acesso a novas tecnologias médicas (14º) e capacidade dos doentes para escolherem serviços de saúde (10º). Em termos de ciência e tecnologia, Portugal classificou-se em

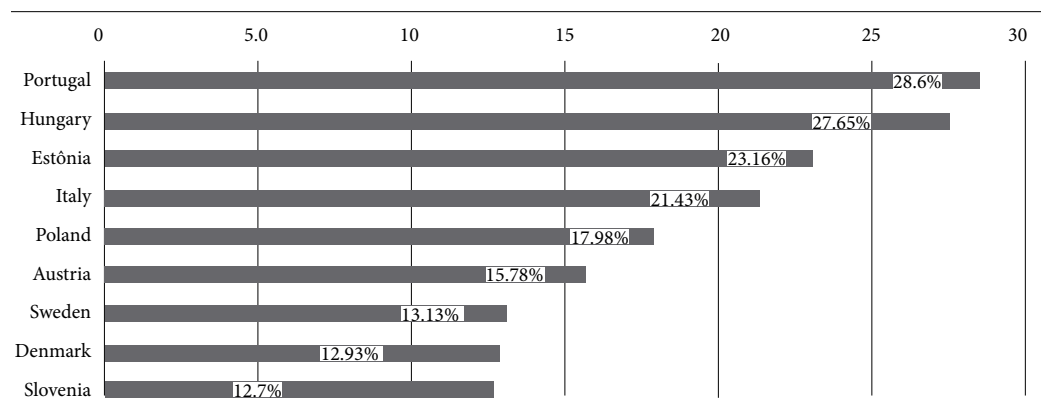
26º lugar, devido a uma baixa taxa de digitalização da saúde (29º), consideravelmente abaixo dos homólogos europeus. A Espanha classificou-se em 15º lugar. Os contributos portugueses para a inovação médica foram classificados em 20º lugar e a inovação científica em 24º, consideravelmente inferiores ao esperado.

A última métrica utilizada foi a “sustentabilidade financeira” e, nesta matéria, Portugal classificou-se em 21º lugar. A classificação obtida foi fortemente influenciada pelo rácio dívida/PIB, no qual Portugal obteve um modesto 29º lugar. Apesar disto o país classificou-se muito bem (6º) em matéria de despesas de saúde em percenta-



**Figura 2.** Mapa interativo comparando os países europeus integrados no projeto.

Fonte: 2022 FREOPP World Index of Healthcare Innovation. Disponível em: Portugal: #22 in the World Index of Healthcare Innovation | by Grant Rigney | FREOPP.org. Acessado 2023 dez 31.



**Figura 1.** Despesa direta das famílias com saúde. Anual, 2022.

Fonte: Eurostat. Código de acesso on-line teprs\_sp310. Disponível em: Statistics | Eurostat (europa.eu). Acessado 2023 dez 31.

gem do PIB. Isto comprova que as despesas do Estado com saúde são cada vez mais baixas e que deveriam ser tomadas medidas para as trazer para valores medianos da Europa.

Este *ranking*, com as limitações de todos os do género, aponta caminhos importantes: em primeiro lugar que estamos no bom caminho em termos de qualidade de cuidados de saúde<sup>14</sup> e que o investimento feito até ao momento é internacionalmente reconhecido, assim como o que tem sido feito em matéria de infraestruturas de saúde; em segundo lugar, a necessidade de regulação do mercado da saúde. Existem em Portugal 34 estabelecimentos hospitalares com internamento de agudos, dos quais 68% são privados com fins lucrativos<sup>15</sup>. É uma realidade que não pode ser ignorada e que compete ao Estado regular. A Entidade Reguladora aponta ainda que cerca de 20% da população de Portugal Continental reside em 133 concelhos a que estão associados níveis de “alta concentração” de oferta privada com fins lucrativos e em 88 daqueles concelhos, há operadores a atuar com uma posição potencialmente dominante e estes resultados englobam 11% da população residente. Isto num quadro em que as despesas das famílias com saúde cresceram para cerca de 29%. De acordo com o Ministério da Saúde, a nova LBS “tem uma clara referência à função do sistema de saúde como protetor das pessoas face aos riscos financeiros da doença”. De facto, cabe ao Estado estabelecer mecanismos de garantia do acesso equitativo aos cuidados de saúde e fixar sanções por seleção adversa e indução indevida da despesa.

### **Eixos estratégicos da política de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde**

O Despacho n.º 6417/2022 de 20 de maio de 2022<sup>16</sup> define os eixos estratégicos da política de recursos humanos do SNS e cria os respetivos mecanismos de operacionalização.

As instituições de saúde devem estar preparadas para ajustar a forma como abordam e implementam a sua estratégia de gestão, de modo a garantir uma capacidade de resposta rápida e flexível, identificando necessidades e encontrando soluções adequadas, muitas vezes inovadoras e cada vez mais colaborativas.

A pandemia por COVID-19 reforçou a importância de se manter um sistema de saúde forte, que tenha as pessoas no seu centro e como pilar essencial o serviço público de saúde.

A gestão das pessoas é uma das áreas prioritárias, pois os profissionais de saúde, que são

decisivos para a eficiência das organizações – complexas na sua missão e estrutura e marcadas pela elevada autonomia, multidisciplinaridade e grau de especialização técnico-científica das suas equipas – são sistematicamente confrontados com novos desafios, o que implica a necessidade da sua participação na definição de novas soluções.

Por esta razão, o Governo reitera, no seu programa, o objetivo de reforçar a política de recursos humanos do SNS, reconhecendo que os profissionais de saúde são, desde sempre, o garante da qualidade da prestação de cuidados de saúde, tendo assumido, nos últimos dois anos, um papel determinante na resposta do país à pandemia.

Neste contexto, sendo crítica a atração, retenção e motivação dos profissionais, é essencial prosseguir a política de reforço dos recursos humanos do SNS, em alinhamento com os principais desafios que se colocam à gestão dos serviços de saúde, nomeadamente o reforço da capacidade antecipatória e a tempestividade na resposta assim como na valorização dos ambientes de trabalho que suportem projetos de carreira e de vida dos seus profissionais, gerindo também a qualidade das relações e do contexto de trabalho.

Só com esta abordagem ampla, assente em três eixos estratégicos – consolidar um sistema de profissões de saúde, promover o desenvolvimento das competências dos profissionais do SNS e melhorar os ambientes e o bem-estar no trabalho – é possível atrair e reter talento, fomentar a criatividade e a flexibilidade, resolver problemas complexos para garantir resposta a cidadãos cada vez mais informados ou promover a inclusão de todas as pessoas. Esta visão estratégica e integrada para a gestão dos recursos humanos na saúde, está subjacente ao novo Estatuto do SNS e está alinhada com os investimentos e reformas previstos no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

### **Aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde**

A nova Lei de Bases da Saúde, de 2019, assumiu o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e dotado de estatuto próprio. Assim, importa agora proceder à aprovação de um novo ESNS e revogar o Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro, na sua redação atual, que aprovou o Estatuto do SNS, não só porque a

nova Lei de Bases da Saúde carece de densificação em aspetos específicos, mas também porque decorreram quase 30 anos desde a publicação do anterior ESNS, em 1993, e muitas foram as transformações ocorridas no SNS que conduziram a que várias das suas disposições tenham sido, entretanto, objeto de alterações dispersas que dificultam a desejável visão global.

No desenvolvimento da nova LBS, o Estatuto do SNS dispõe sobre os recursos humanos do SNS e sobre o seu planeamento plurianual. O aspeto central desta secção é a definição do regime da dedicação plena<sup>17</sup>, instrumento de contratação individual e valorização do desempenho, que visa contribuir para a melhoria do acesso dos utentes e da retenção e motivação dos profissionais de saúde no SNS. Trata-se de um regime de aplicação progressiva que se inicia pelos trabalhadores médicos do SNS, numa base voluntária, exceto para os novos diretores de serviço ou de departamento, e de compromisso assistencial. A matéria dos recursos humanos do SNS não se encerra sem que o Estatuto do SNS defina, igualmente, um regime excecional de contratação, de realização de trabalho suplementar e de mobilidade no SNS, instrumentos de uma gestão mais flexível num setor fortemente dependente de uma força de trabalho diferenciada que se pretende organizada em carreiras. Por um lado, os órgãos máximos de gestão dos estabelecimentos e serviços do SNS reforçam a autonomia para a contratação de trabalhadores, independentemente da modalidade de contrato, no âmbito dos respetivos instrumentos de gestão. Além disso, aqueles estabelecimentos e serviços passam a dispor de um regime de trabalho suplementar que enquadra quer a sua prestação em entidade distinta daquela a que o trabalhador se encontra vinculado quer a sua remuneração majorada quando seja ultrapassado o limite anual fixado.

É ainda no capítulo sobre organização e funcionamento que o Estatuto do SNS introduz uma das suas principais inovações, ao prever a criação de uma Direção Executiva do SNS. Esta entidade assume a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), assegurando o seu funcionamento em rede – papel que se revelou particularmente necessário no combate à pandemia da doença COVID-19 e que se considera essencial reforçar. Adicionalmente, esta entidade assume competências antes cometidas a outras instituições, em especial, a gestão

do acesso a cuidados de saúde, da RNCCI e da RNCP, cabendo-lhe ainda propor a designação dos membros dos órgãos de gestão das unidades de saúde.

A função da Direção Executiva do SNS distingue-se, naturalmente, da do Ministério da Saúde, ao qual compete, para além da condução da política nacional de saúde, responsabilidades específicas relativas ao SNS, mas não a coordenação operacional das suas respostas.

### **Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde**

O Decreto-Lei n.º 61/2022 de 23 de setembro aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde<sup>18</sup> e Portaria n.º 306-A/2023 de 12 de Outubro aprova os respetivos estatutos<sup>19</sup>. A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e de gestão com difícil paralelo no Estado Português e justificam a missão da DE-SNS, I. P.: coordenar a 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.

A entrada em vigor do novo Estatuto do SNS, marcou uma profunda mudança organizacional no SNS, fortalecendo a sua capacidade para investir na promoção da saúde e do bem-estar, permitindo-lhe oferecer mais eficiência, maior acessibilidade e melhores cuidados de saúde.

Com a criação da DE-SNS, I. P., conferiu-se uma nova dimensão à estrutura de gestão e operacionalização do SNS, sendo essencial dotá-la de uma capacidade operacional efetiva, que a torne capaz de implementar as políticas e ações que permitirão promover a equidade de acesso, a otimização da utilização de recursos e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, num conceito de rede do SNS.

De facto, a partir de 2023, esta nova entidade assumiu a responsabilidade central na gestão do SNS, numa abordagem inovadora e dinâmica que possibilita a articulação e cooperação de todas as componentes do sistema, desde a prestação de cuidados de saúde até à gestão eficiente de recursos, passando, naturalmente, pela promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação e pela integração de cuidados.

### Criação das Unidades Locais de Saúde

Pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro<sup>20</sup>, procedeu-se à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, das Unidades Locais de Saúde detalhadas no Quadro 1.

O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, exige que o SNS continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas<sup>21,22</sup>.

De facto, a especial articulação entre estes níveis de cuidados sempre tem sido, desde a criação do SNS, uma preocupação constante, atendendo às mais-valias que pode trazer à efetiva prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.

Em linha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e assente na sua tripla dimensão – económica, social e ambiental, a promoção de “Saúde de Proximidade”, através de dispositivos locais de proximidade, constituiu um dos objetivos do Programa do XXIII Governo Constitucional, contribuindo, assim, para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>23</sup> (ODS), em particular do ODS 3 (“Saúde de Qualidade”).

Neste sentido, a alínea d) do n.º 2 da Base 20 da nova LBS, veio estabelecer que o SNS deve pautar a sua atuação pela integração de cuidados<sup>24</sup>. A referida integração visa, entre outros, assegurar aos beneficiários do SNS o acesso ao tipo de cuidados que mais se coaduna com as suas necessidades efetivas.

Também o artigo 5.º do novo Estatuto do SNS<sup>25</sup>, veio determinar que os estabelecimentos e serviços do SNS devem orientar o respetivo funcionamento pela proximidade da prestação, pela integração de cuidados e pela articulação das respostas.

Dos referidos modelos organizativos as ULS destacam-se como estabelecimentos de saúde aos quais compete garantir a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Volvidos mais de 20 anos sobre a criação da primeira ULS<sup>26</sup>, através do Decreto-Lei n.º 207/1999, de 9 de junho, que instituiu no município de Matosinhos uma experiência inovadora, integrando numa única entidade pública, dotada de gestão empresarial, os vários serviços e instituições do SNS existentes naquele muni-

cípio, bem como mais de 10 anos sobre a criação da última ULS, observa-se, atualmente, um movimento de reorganização do SNS, o qual tem como desiderato final organizar as respostas em saúde em função das pessoas.

A integração dos ACES<sup>27</sup>, hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia da gestão, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Adicionalmente, entende-se que com a referida integração é alcançada uma maior eficiência na gestão dos recursos públicos, simultaneamente com a garantia e respeito pelo papel fundamental da participação dos municípios no planeamento, organização e gestão do funcionamento da resposta em saúde à população de determinada área geográfica, potenciando a proximidade e a gestão em rede<sup>28</sup>.

Refira-se que o amadurecimento deste modelo organizativo permite que as ULS beneficiem de novos instrumentos de gestão, designadamente: i) uma estratificação pelo risco, que identifique a distribuição da carga de doença na população; ii) sistemas de informação que potenciem a integração de cuidados, como o registo de saúde eletrónico único; iii) incentivos ao desempenho, financeiros e não financeiros, focados nos resultados e na criação de valor; e iv) modelos inovadores de prestação de cuidados, baseados em equipas que assumem compromissos centrados na resposta às pessoas, com destaque para as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados na comunidade, no âmbito dos cuidados primários, ou para área hospitalar, os centros de responsabilidade integrados.

Acresce que a diversidade e complexidade desta nova vaga de ULS exige um ajuste no que se refere aos seus órgãos de administração, cuja alteração igualmente se promove através do presente decreto-lei.

### Principais desafios para as novas ULS

Considerando que, ao longo dos últimos 40 anos, o SNS cresceu e ganhou a confiança dos portugueses e é a garantia do direito fundamental de todos os cidadãos à proteção da saúde, in-



**Quadro 1.** Criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de 39 ULS.

<b>Unidade Local de Saúde (ULS)</b>	<b>Unidades de Saúde</b>
Guarda	HNS Assunção, H Sousa Martins, CS Guarda, Méda, Almeida.
Castelo Branco	H Amato Lusitano, ACES Beira Interior Sul e PIS.
Matosinhos	H Pedro Hispano, CS Leça da Palmeira, Matosinhos, Sr <sup>a</sup> da Hora.
Alto Minho	CH Alto Minho. CS Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.
Baixo Alentejo	CH Baixo Alentejo, CS distrito de Beja, com exceção de Odemira.
Litoral alentejano	H Litoral Alentejano, CS Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém, Sines.
Nordeste	CH Nordeste, ACES do Alto Trás-os-Montes I e ACES Nordeste.
Alto Ave	H da Senhora da Oliveira Guimarães, ACES Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto e do CS de Celorico de Basto.
Barcelos/Esposende	H Santa Maria Maior - Barcelos, ACES Cávado III - Barcelos/Esposende.
Braga	H Braga, ACES Cávado I e II - Braga, Gerês/Cabreira.
Póvoa de Varzim/ Vila do Conde	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde.
Médio Ave	CH Médio Ave, ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa e Ave -Famalicão.
Tâmega e Sousa	CH Tâmega e Sousa, ACES Tâmega I, II e III- Baixo Tâmega, com exceção do CS de Celorico de Basto, Vale do Sousa Norte e Sousa Sul.
Gaia/Espinho	CH Vila Nova de Gaia/Espinho, ACES do Grande Porto VII e VIII - Gaia.
Trás-os-Montes e Alto Douro	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, ACES Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso, do Douro I e II - Marão, Douro Norte e Douro Sul.
Entre Douro e Vouga	CH de Entre Douro e Vouga, ACES de Entre Douro e Vouga I e II - Feira, Arouca e Aveiro Norte.
São João	CHU São João, ACES Grande Porto III e IV - Maia/Valongo e Porto Oriental.
Santo António	CHU Santo António, ACES Grande Porto II e V - Gondomar e Porto Ocidental.
Baixo Mondego	HD da Figueira da Foz, CS da Figueira da Foz, Soure e Montemor -o -Velho.
Cova da Beira	CHU Cova da Beira, ACES Cova da Beira.
Viseu/Dão-Lafões	CH Tondela-Viseu, ACES Dão-Lafões.
Leiria	CH Leiria, ACES Pinhal Litoral, CS Ourém, Fátima, Alcobaca e Nazaré.
Coimbra	CHU Coimbra, H João Crisóstomo - Cantanhede, CMRRC - Rovisco Pais, do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte e CS Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova, Mealhada, Mira, Mortágua, Penacova.
Aveiro	CH do Baixo Vouga, Hospital Dr. Francisco Zagalo, e ACES do Baixo Vouga.
Amadora/Sintra	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, ACES Amadora e Sintra.
Almada-Seixal	Hospital Garcia de Orta, ACES Almada-Seixal.
Lezíria	Hospital Distrital de Santarém, ACES Lezíria.
Estuário do Tejo	Hospital de Vila Franca de Xira, ACES Estuário do Tejo.
Loures-Odivelas	Hospital de Loures, ACES Loures-Odivelas, com exceção CS de Sacavém.
Santa Maria	CHU Lisboa Norte, ACES Lisboa Norte e CS Mafra.
São José	CHU Lisboa Central, CH Psiquiátrico de Lisboa, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, ACES Lisboa Central e CS Sacavém.
Oeste	CH Oeste, ACES Oeste Sul, com exceção de Mafra, e CS do Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche.
Médio Tejo	CH Médio Tejo, CS Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Torres Novas, Tomar, Vila Nova da Barquinha e Vila Rei.
Arrábida	Centro Hospitalar Setúbal, ACES da Arrábida.
Lisboa Ocidental	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.
Arco Ribeirinho	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, ACES Arco Ribeirinho.
Alto Alentejo	ULS do Norte Alentejano, Laboratório de Saúde Pública do Alentejo.
Alentejo Central	Hospital do Espírito Santo de Évora, ACES Alentejo Central.
Algarve	CHU Algarve, ACES Central, Barlavento, Sotavento.

Fonte: Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro.

dependentemente da condição social, da situação económica ou da localização geográfica de cada um, a revisão da legislação que o suporta nomeadamente o seu Estatuto é, 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.

A escassez de profissionais de saúde é uma realidade que se tem vindo a agravar, não só em regiões do interior ou de menor densidade populacional, mas também em grandes centros urbanos, como é o caso da região de Lisboa. O recrutamento e retenção de profissionais de saúde será um dos principais desafios das ULS, pois salvaguardar a equidade de acesso aos serviços de saúde é primordial no SNS.

O novo modelo das ULS baseia-se na integração de cuidados. Contudo, tem sido apontado como um dos principais receios que a gestão das ULS seja tendencialmente hospitalocêntrica, contrariando o pressuposto pretendido de uma coresponsabilização paritária no acompanhamento das pessoas, envolvendo cuidados primários e hospitalares, para uma monopolização de um dos níveis de cuidados. Deste modo, é essencial que as ULS garantam um novo modelo de cuidados de saúde centrados nas pessoas, apostando na prevenção, e assegurando cuidados coordenados.

O envelhecimento da população e a limitação dos recursos fazem do financiamento um aspeto de substancial importância. Foi anunciado um novo modelo de financiamento com base no risco clínico dos utentes, com a implementação de novas ferramentas. O subfinanciamento da saúde em Portugal tem sido uma realidade recorrente, pelo que é essencial que estas novas ferramentas sejam adequadas às necessidades crescentes da população e acautelem também os desenvolvimentos em inovação e tecnologia, apanágios da evolução e progresso em medicina. Neste sentido, destacar o acesso à teleconsulta e a implementação de um registo eletrónico único do utente, com acesso à informação clínica por parte dos vários médicos que lhe prestam cuidados, salvaguardando a privacidade e segurança, de forma a assegurar a prestação de cuidados de qualidade.

Em linha com os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), as ULS terão, também, de implementar medidas de sustentabilidade ambiental para reduzir o impacto ambiental das suas intervenções.

Assim, facilmente se conclui que responder a estes desafios implica a disponibilidade de várias estratégias que incluem investimentos estratégi-

cos, políticas de saúde efetivas e envolvimento dos profissionais. Todas as estratégias devem coexistir ao longo do tempo, ser ágeis para com as mudanças das necessidades populacionais e flexíveis de acordo com o cenário em saúde vivido no momento.

Desde a fundação do SNS que as múltiplas reformas se têm comprometido com questões estruturais. Porém, os governos que se seguem terão de lidar principalmente com os problemas que estão fora da saúde e que têm profundas implicações no SNS, como é o caso da educação, do emprego, do rendimento, da habitação e, para abreviar, dos determinantes da saúde. É necessário garantir investimento de longo prazo que altere profundamente as necessidades de saúde das populações, as desigualdades e o acesso aos cuidados de saúde. Não se trata de tirar ou acrescentar serviços, pelo contrário, trata-se de identificar as redundâncias, corrigir esse desperdício e investir em tudo o que está a montante da doença.

Na atualidade os sistemas de saúde estão a lidar com as consequências da COVID-19 mas as causas da crise atual antecedem, em muito, o ano de 2019, como é o caso do subfinanciamento da saúde ou a escassez de pessoal. Num futuro incerto, há que investir na modificação das necessidades de saúde das populações, pois de outro modo as organizações de saúde irão continuar a degradar-se, aumentando os conflitos laborais, a incerteza e a relutância dos novos profissionais, face ao serviço público.

Os desafios para o futuro passarão pois por aumentar a acessibilidade nomeadamente nos casos de doença aguda, centrar a atenção na prevenção e na intervenção precoce em melhorar a gestão da doença crónica, apoiar a integração e prestação de cuidados multidisciplinares, seleccionar a evidência disponível para a prestação efectiva de cuidados de qualidade, utilizar a tecnologia para apoiar boas práticas. O futuro das ULS estará ligado ao sucesso ou insucesso em lidar com a formação e a investigação. Vai depender de se ganhar ou perder a batalha dos sistemas de informação e comunicação, de se perder ou ganhar a batalha pela eficiência, pela gestão, pela governação clínica, pela qualidade e pelas boas práticas. O futuro, vai depender cada vez mais, de se ganhar ou perder a aposta nas pessoas, no trabalho em equipa, numa cultura de saúde, de organização, de intervenção na comunidade, da criação de condições e espaços de trabalho, verdadeiros locais de serviço à população, com profissionais motivados, que gostem do seu trabalho e gostem de lidar com os outros.

## Colaboradores

LAC Pisco, VP Silva e BR Monteiro trabalharam na concepção e na redação final.

## Referências

1. Portugal. Diário da República n.º 173 – II série de 29 de julho de 1978. *Despacho Ministerial de 20 de julho de 1978*. (Despacho Arnaut).
2. Portugal. Diário da República n.º 214, de 15 de setembro de 1979. Na sequência do Despacho Arnaut, é aprovada a Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro (Lei de Bases da Saúde), que cria o Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*; 1979.
3. Portugal. Decreto-Lei n.º 156, de 10 de maio de 1999. Sistemas Locais de Saúde. Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde. *Diário da República*; 1999.
4. Portugal. Regime Jurídico das USF. 1.ª série – N.º 161 – DL n.º 298/2007, de 22 de agosto de 2007. *Diário da República*; 2007
5. Portugal. Lei n.º 27, de 8 de novembro de 2002. Novo regime jurídico de gestão hospitalar de 2002. *Diário da República* n.º 258; 2002.
6. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems Transition* 2017; 19(2):1-184.
7. Portugal. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro de 2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*; 2019.
8. Ministra da Saúde Marta Temido. *Declarações à Agência Lusa na apresentação da nova Lei de Bases da Saúde*. Lisboa; 2018 dez 13.
9. Pereira AGD. Uma Lei de Bases da Saúde para os anos 2020. *Rev Eletr Direito Publico* 2019; 6(1):1-14.
10. Pordata. *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base triénio a partir de 2001)* [Internet]. [acessado 2023 jan 15]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo>.
11. Antunes AP. *As taxas moderadoras e a lei de bases da saúde* [Internet]. Semana da Bioética; 2019 [acessado 2023 jan 15]. Disponível em: [https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/1/2020\\_01\\_0327\\_0362.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/1/2020_01_0327_0362.pdf).
12. Barros PP, Costa E. *Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português-Julho de 2023*. *Observatório da Despesa em Saúde/03* [Internet]. [acessado 2023 jan 15]. Disponível em: [https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/03\\_Observatorio\\_despesa\\_saude.pdf](https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/03_Observatorio_despesa_saude.pdf).
13. Rigney G. Portugal: #22 in the 2022 World Index of Healthcare Innovation. Disponível em: Portugal: #22 in the 2022 World Index of Healthcare Innovation | Grant Rigney | FREOPP.org.
14. World Health Organization (WHO). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO; 2006.
15. Entidade Reguladora da Saúde. *Estudo sobre concorrência no setor hospitalar não público* [Internet]. [acessado 2024 jan 2]. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/estudo-sobre-a-concorrenca-no-setor-hospitalar-nao-publico/>.
16. Portugal. Despacho n.º 6417, de 20 de maio de 2022. Define os eixos estratégicos da política de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde e cria os respetivos mecanismos de operacionalização. *Diário da República*; 2022.

17. Portugal. Decreto-Lei n.º 103, de 7 de novembro de 2023. Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República*; 2023.
18. Portugal. Decreto-Lei n.º 61, de 23 de setembro de 2022. Aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*; 2022.
19. Portugal. Portaria n.º 306-A, de 12 de outubro de 2023. Aprova os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. *Diário da República*; 2023.
20. Portugal. Decreto-Lei n.º 102, de 7 de novembro de 2023. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*; 2023.
21. World Health Organization (WHO). *What are integrated people-centred health services?* [Internet]. [cited 2023 dez 30]. Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>.
22. Ramsay A, Fulop N. *The evidence base for integrated care*. Department of Health. Kings College London: NIHR King's Patient Safety and Service Quality Research Centre; 2008.
23. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2023 dez 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
24. World Health Organization (WHO). *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1*. Geneva: WHO; 2008.
25. Portugal. Decreto-Lei n.º 52, de 4 de agosto de 2022. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*; 2022.
26. Portugal. Decreto-Lei n.º 207, de 9 de junho de 1999. Criação da ULS de Matosinhos. *Diário da República*; 1999.
27. Portugal. Decreto-Lei n.º 28, de 22 de fevereiro de 2008. Regime Jurídico dos ACES. *Diário da República*; 2008.
28. Portugal. Lei n.º 50, de 16 de agosto de 2018. Lei-quadro da transferência de competências as autarquias locais e para as entidades intermunicipais. *Diário da República*; 2018.

Artigo apresentado em 28/01/2024

Aprovado em 06/02/2024

Versão final apresentada em 08/02/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, António Augusto Moura da Silva