

A constituição de Unidades Locais de Saúde em Portugal: seus efeitos para a promoção da eficiência do Serviço Nacional de Saúde

The constitution of Local Health Units in Portugal: its effects to promote the efficiency of the National Health Service

Sérgio Alexandre Farias Pereira

Mestre em Gestão de Unidade de Saúde (Universidade da Beira Interior | UBI).
Universidade da Beira Interior.

Alexandre Morais Nunes

Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa. Doutor em Administração da Saúde (Universidade de Lisboa | ISCSP). Professor Auxiliar Convidado na Universidade de Lisboa | Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, Portugal.

Resumo

O Serviço Nacional de Saúde português enfrenta novos desafios que põem em causa a sua eficiência, para o evitar procedeu-se a reformas. Uma das mais notáveis e inovadoras foi a criação de Unidades Locais de Saúde, que se traduz num processo de integração vertical dos cuidados de saúde, que fundiu a gestão da atenção hospitalar com a atenção primária à saúde. O objetivo deste estudo é determinar se os serviços hospitalares e as unidades de atenção primária alcançaram ganhos de eficiência através da integração vertical dos cuidados de saúde. Ou seja, pretendeu-se analisar o caso da integração do Hospital Amato Lusitano na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, em termos de eficiência dos serviços e da prestação de cuidados. Para isso, utilizou-se o método qualitativo de entrevistas semiestruturadas com diretores dos serviços e membros da administração que acompanharam os processos de integração. Como resultado, verificou-se que a integração da assistência hospitalar na Unidade Local de Saúde teve um efeito positivo na eficiência de seus serviços. No entanto, não existe consenso se a articulação entre os diferentes níveis de atenção da Unidade Local de Saúde contribuiu para aumentar a eficiência. A principal conclusão foi a que a integração vertical mesmo promovendo resultados de eficiência, não atingiu os objetivos que, segundo os entrevistados, se deveu ao fato de existir uma margem de progressão na articulação entre os diferentes níveis de atenção, resultante de uma falha relacionada com a ligação entre as equipes.

Palavras-chave: Integração de Sistemas ; Eficiência; Assistência Hospitalar; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The National Health Service faces new challenges that put its efficiency at stake, to avoid proceeded to reforms. One of the most notable and innovative was the creation of Local Health Units, a process of vertical integration of care that merged the management of hospital care with primary health care. The objective of this study is to determine whether hospital services and primary care units have achieved efficiency gains through the vertical integration of health care. That is, it was intended to analyze the effects of the integration of the Hospital Amato Lusitano in the Local Health Unit of Castelo Branco, in terms of efficiency of services and care. For

this, the qualitative method of semi-structured interviews was used to the directors of the services and members of the administration that followed the processes of integration. As a result, it was verified that the integration of hospital care in the Local Health Unit had a positive effect on the efficiency of its services. However, there is no consensus if the articulation between the different levels of attention of the Local Health Unit contributed to increase efficiency. The main conclusion was that vertical integration, even promoting efficiency results, did not reach the objectives that, according to the interviewees, was due to the existence of a margin of progression in the articulation between the different levels of attention, resulting from a failure related to the connection between the teams.

Keywords: Systems Integration; Efficiency; Hospital Care; Primary Health Care.

Introdução

Em um mundo de inovação e expansão tecnológica, os sistemas de saúde devem, cada vez mais, ter uma capacidade proativa e ágil para organizar os serviços, sejam eles de natureza política, social ou econômico.¹ No entanto, existem determinantes complexos que, de forma consensual na literatura, colocam à prova a capacidade dos sistemas de saúde para se adaptarem à modernidade, determinantes tais como: envelhecimento da população, mudanças epidemiológicas, avanços científicos no tratamento de doenças, tecnologias da informação, novas formas de cuidados de saúde, melhoria da qualidade, realocação de recursos, prática de medicina mais personalizada e a sustentabilidade financeira.¹²

Da adaptação a novos desafios e a obtenção de um alto nível de eficiência surgiram iniciativas de

reorganização da atenção à saúde, com um conjunto de estratégias alcançadas durante o processo de reforma dos sistemas de saúde, onde a influência de modelos teóricos de *New Public Management* e *Governance*, entre outros, destaca o desenvolvimento de organizações integradas, com o objetivo de desfragmentar a prestação de cuidados de saúde.³

O conceito de integração pode ter diferentes dimensões, nem sempre consensuais na literatura internacional. Não existe uma definição conceitual comum de integração do cuidado, provavelmente devido à própria natureza multidimensional do cuidado integrado. No entanto, todas as definições consideram que existe um conjunto de benefícios para os usuários, que através desses modelos, podem

receber um conjunto de serviços preventivos e curativos, dependendo de suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis de resposta.⁴

Em relação à integração vertical, em um contexto internacional, pode ser definida como um processo de gestão envolvendo diferentes níveis de assistência, como é exemplo os Estados Unidos: as *Health Maintenance Organizations*, as *Organized Delivery Systems* e as *Accountable Care Organizations*⁵. Em Portugal, com a reestruturação organizacional dos cuidados de saúde surgiu a integração de cuidados de saúde em dois tipos, horizontal e vertical. Na área da integração vertical, foram ligados os cuidados de saúde hospitalar com a assistência primária e, em conexão com os processos de integração vertical, resultaram no modelo da Unidade Local de Saúde, objeto deste estudo.⁵ Em Portugal, esse modelo ULS, desde a experiência piloto de 1999, foi gradualmente replicado em diferentes regiões do país.⁶

O modelo da Unidade Local de Saúde (ULS) integra dois níveis de atenção na mesma estrutura de gestão, a sua negociação contratual é individual, com condições específicas para atendimento hospitalar e atenção primária à saúde.⁷

As ULS podem ser consideradas como uma única entidade responsável pelo estado de saúde da população que abrange e, como tal, visa proporcionar uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevada eficiência, qualidade e satisfação dos usuários. Isso só é possível com a gestão dos vários níveis de aten-

ção e a coordenação da rede de todos os agentes envolvidos na atenção à saúde.⁵

Este artigo focaliza o caso da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), em função da sua área de abrangência localizada na região da Beira Interior, com um envelhecimento populacional e em que os recursos de saúde são escassos e dispersos. Assim, o objetivo principal do estudo foi determinar se os serviços hospitalares e os centros de saúde alcançaram eficiência efetiva através da integração vertical dos cuidados de saúde. Para isso, utilizou-se entrevistas semiestruturadas com diretores de serviços e membros da administração. Ou seja, pretende-se analisar os efeitos da integração do Hospital Amato Lusitano (HAL) na ULSCB e a articulação entre o hospital e os centros de saúde do ULSCB em termos de eficiência de serviços e prestação de cuidados.

Método

Este artigo é um estudo de caso utilizando um método qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas, que visa determinar os resultados do processo de integração da ULSCB. Pretende-se avaliar concretamente a percepção dos efeitos da integração do hospital na ULS e a articulação do hospital com a atenção primária através da percepção das pessoas questionadas.

A população alvo definida para o estudo foram os principais agentes de gestão envolvidos no processo de transição para integração vertical,

num total de 17 entrevistados entre os diretores de serviços (Medicina Interna, Gastrenterologia, Cirurgia Geral, Pneumologia, Neurologia, Pediatria/Neonatologia, Dermatologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Nefrologia, Imagiologia e Medicina Laboratorial) e membros da administração.

Como método de análise das entrevistas foi aplicada a técnica de análise de conteúdo que, segundo a literatura, permite através de um processo de codificação, transmitir as mensagens relevantes a unidades que permitem realizar uma análise precisa e coerente.⁸

Foi previamente obtida autorização da administração da ULSCB para realizar este estudo e aos entrevistados foi garantida a confidencialidade e o anonimato, e que as informações fornecidas não são acessíveis a terceiros.

Integração Vertical dos Cuidados de Saúde em Portugal: influência internacional

O conceito de integração surgiu no final da década de 1980 e início da década de 1990, nos Estados Unidos, com integração horizontal envolvendo a fusão de organizações que oferecem o mesmo nível de assistência, com o objetivo de ganhar economia de escala e aumentar o poder de mercado.⁹ A influência *New Public Management* e *Governance* colocou esse conceito na agenda de vários países, esteve na base do desenvolvimento da integração dos cuidados de saúde, incorporando alguns pontos que caracterizaram esse paradigma de ruptura com

modelos tradicionais. A tabela 1 apresenta a influência da *New Public Management* e *Governance* na disseminação do conceito de integração da assistência à saúde.¹⁰

Inicialmente, foi testada a integração horizontal, ou seja, os processos de fusão entre diversas instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s), dando origem a uma única entidade responsável pela gestão da nova organização, que fornece o mesmo nível de atendimento de saúde.^{1,11} No entanto, a integração horizontal não conseguiu demonstrar plenamente melhor rentabilidade, qualidade ou acesso em comparação com os hospitais privados, o que reduziu o interesse por esta reforma estrutural dos cuidados de saúde.¹²

No início e meados da década de 90, os EUA concentraram-se na integração vertical de organizações que fornecem diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de aumentar as interdependências entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, para controlar os custos e necessidades do usuário. São exemplos as *Health Maintenance Organizations*, as *Organized Delivery Systems* e as *Accountable Care Organizations*.¹²

Do ponto de vista econômico, a integração vertical representa a criação de sistemas complexos ligando recursos, produção, provisionamento, distribuição e serviço pós-venda.¹¹ No entanto, do ponto de vista da saúde, a integração vertical normalmente resulta na criação de uma entidade de gestão única composta por

duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de atendimento para melhorar a saúde geral da comunidade e prestar todos os níveis e intensidade dos serviços de saúde em um dado contexto geodemográfico.^{1,11} Em última análise, a integração vertical pode ser considerada completa, já que um sistema de prestação de cuidados de saúde segue um *continuum* em todos os níveis de atenção.¹³

Na Europa, devido à pressão de acesso aos cuidados de saúde, altos custos e qualidade, a integração dos serviços de saúde tornou-se um desafio para muitos sistemas de saúde.¹⁴

Nos países do Norte da Europa, o conceito de integração vertical não se limita ao setor da saúde, inclui setores que podem influenciar e determinar o estado de saúde das populações, como a educação ou as autoridades municipais.¹

Na Inglaterra, o *National Health Service* tinha limitações importantes para a integração da atenção à saúde, não apenas na relação hospitalar e atenção básica, mas também na relação com o setor social. Devido a essas limitações, várias reformas surgiram no serviço nacional de saúde inglês. É justamente nesse contexto que surgiu o Fundo para Transformar Processos de Integração e seu principal objetivo era fortalecer a integração entre os setores sociais e da saúde.¹

Segundo a literatura, os principais objetivos a alcançar com a integração dos cuidados de saúde são:

- Controle de custos ou regulação de despesas;
- Aumento da eficiência na prestação de cuidados de saúde;
- Implementar novos padrões de cuidados de saúde, melhorando a satisfação do usuário, a qualidade dos cuidados e os benefícios para a saúde.¹¹

Em Portugal, a questão da integração dos cuidados de saúde é claramente abordada no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto Legislativo n.º 11/93, de 15 de janeiro, no qual o seu preâmbulo afirma que “*A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados*” foi “*geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo*”. Dessa forma unidades de saúde integradas de atenção à saúde foram criadas para viabilizar a articulação entre centros de saúde e hospitais.¹⁵

Posteriormente, com o Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, nascem as Unidades Locais de Saúde em Portugal, que representam o exemplo mais marcante da integração vertical da saúde em Portugal.¹⁶

As unidades locais de saúde: criação e desenvolvimento em Portugal

Em Portugal, as Unidades Locais de Saúde foram inicialmente testadas com experiência piloto em Matosinhos (Região Norte) (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho), através da integração do Hospital Pedro Hispano e dos

Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira. Esse modelo foi montado experimentalmente e foi inicialmente definido por um período de três anos e a sua continuidade, extensão, descontinuidade ou mudança estava sujeita à avaliação sistemática de resultados qualitativos e quantitativos. Esta ULS ainda é válida nos dias de hoje.¹⁷

Como pode ser visto na Figura 1, oito ULS foram criados nos últimos 16 anos. O objetivo era melhorar a interconexão da atenção primária à saúde com atendimento diferenciado, através da provisão e gestão integrada de todos os níveis de cuidados de saúde.

A Tabela 2 mostra a ordem cronológica e as áreas abrangidas pelas ULS estabelecida em Portugal desde a implementação do seu modelo experimental em 1999.

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A Unidade de Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, que é o objeto deste estudo, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro, inclui o hospital Amato Lusitano e dois agrupamentos de unidades da atenção primária (conhecidos como ACES) a referir o ACES Beira Interior Sul e o ACES Pinhal Interior Sul.¹⁸ Em termos de área geográfica, a ULS cobre uma área total de 5.250 km² e atende aproximadamente 108.395 habitantes.¹⁹

O hospital Amato Lusitano tem cuidados básicos, cuidados intermédios e diferenciadas, capazes de acolher 225 pacientes em fase aguda.

A atenção básica inclui dez unidades de saúde personalizada (prestam assistência direta à população), duas unidades de saúde pública (responsáveis pela ação em saúde pública), uma unidade de recursos compartilhados (responsável pela gestão e planejamento) e uma unidade de saúde da família (modelo inovador que presta assistência de forma mais próxima dos pacientes).

A missão da ULS de Castelo Branco é promover a saúde, a prevenção de doenças e a prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados de forma abrangente e integrada. Essa missão proposta pela ULSCB especifica que ela deve ser concluída no prazo útil, com qualidade e equidade. Além desses aspectos, a ULSCB participa da capacitação de novos profissionais de saúde e da atualização do conhecimento daqueles que atuam nas diversas instituições e serviços e, direta ou indiretamente, desenvolve projetos de pesquisa clínica e científica.

Resultados

Com o objetivo de verificar se a promoção efetiva da articulação dos serviços hospitalares Amato Lusitano com a atenção primária à saúde contribuiu para a melhoria dos resultados de eficiência dos serviços, foi feita a seguinte pergunta aos entrevistados: “Incentivar a

articulação efetiva com outros níveis de atenção, como a atenção primária à saúde, que caracteriza um ULS, promove melhor eficiência em seu serviço?”

Quanto à análise das respostas das entrevistas, verificou-se que para 58,8% dos diretores e administradores a articulação com os demais níveis de atenção foi positiva para os resultados em termos de eficiência (Tabela 4).

Com o objetivo de compreender os efeitos, em termos de eficiência, da articulação entre os serviços hospitalares e os cuidados primários de saúde. Colocou-se a seguinte questão aos participantes no estudo: “Quais são os efeitos da articulação entre os serviços HAL e os centros de saúde na ULSCB sobre a eficiência dos serviços?”.

Ao analisar a argumentação dada à questão, verificou-se que nas 21 verbalizações, a maioria dos respondentes apresentou uma percepção negativa da realização do processo (Tabela 5).

A fim de encontrar uma justificativa para os efeitos da eficácia dos serviços de HAL, os entrevistados foram questionados sobre a seguinte questão: “Quais são as vantagens ou desvantagens da eficiência do serviço com o estabelecimento do ULSCB?”.

De acordo com 57% dos entrevistados, a ULS de Castelo Branco, apresenta desvantagens, sendo a falta de articulação entre os níveis de cuidados a principal desvantagem para o aumento de

eficiência (43%). Em relação aos benefícios (ganhos de eficiência), na opinião de 5% dos entrevistados, é a eficiência nos gastos. A gestão de recursos humanos e materiais contribuiu, na opinião dos respondentes, 9% para melhoria da eficiência dos Serviços da ULSCB. A maior vantagem é articulação entre os vários níveis de cuidados (24%), mas mesmo assim não reúne consenso, devido a que 43% dos entrevistados afirma de existe falta de articulação.

Um dos principais obstáculos ao processo de integração vertical é a falta de articulação, como se verifica entre os diferentes níveis de atenção à saúde na ULSCB, pode ser explicado por Rui Santana e Carlos Costa, que relatam:

a realidade integrada contempla todo o conjunto de culturas e valores provenientes das anteriores formas organizacionais, que naturalmente devem ser adaptadas a uma nova situação. Os aspectos culturais são os mais difíceis de transformar e alterar, pelo que as diferenças existentes nem sempre conviveram de forma pacífica e conciliadora.^{3:51}

Conclusões

O Estado tem feito esforços para tornar o Serviço Nacional de Saúde mais eficiente, como no caso da integração vertical com o estabelecimento de várias unidades de saúde locais.

Em conclusão, os diretores e administradores reconhecem que a criação da ULSCB levou a melhores resultados na de eficiência dos serviços. No entanto, em termos de percepção dos

entrevistados sobre os efeitos, em termos de eficiência, da articulação entre os serviços hospitalares e de atenção básica da ULS, verificou-se pelas respostas que houve fraca ou falta de ligação.

Ao nível das desvantagens para o aumento da eficiência dos serviços hospitalares, alguns entrevistados apontam que esta é a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção como responsável. Por outro lado, alguns dos entrevistados mencionaram que os benefícios para o aumento da eficiência são a articulação entre os diferentes níveis de atenção da ULSCB, o que cria uma contradição entre os entrevistados. Do exposto, não é possível concluir que a articulação entre HAL e cuidados primários tenha contribuído para o aumento da eficiência da ULSCB.

No entanto, percebeu-se que a integração poderia ser melhorada se a articulação com os cuidados primários de saúde e cuidados diferenciados fosse fortalecida, permitindo assim que os serviços de HAL se tornassem mais eficazes. Em outras palavras, ficou evidente de uma forma generalizada que a instituição apresentava lacunas na integração nas dimensões funcionais clínicas na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Como não há processo para avaliação global dos resultados das Unidades Locais de Saúde, não foi possível discutir os resultados dessa entidade de saúde com outras. Por este motivo, este artigo é inovador e pode servir de base para comparação com estudos futuros realizados nas outras 7 Unidades Locais de Saúde portuguesas.

Referências

¹Lopes H et al. Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. 2014 [acesso 28 mar 2019]. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Projetos/ReformaHospitalar/tabid/1200/language/pt-PT/Default.aspx?PageContentMode=1>

²Ministério da Saúde. Nova Ambição para a Saúde Pública Focada em Serviços Locais. 2016 [acesso 28 mar 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/comissao-para-a-reforma-da-saude-publica/saude-publica-portugal.aspx>

³Santana R, Costa C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 2008; 7:29-56.

⁴World Health Organization. *Integrated care models: an overview*. World Health Organization Regional Office for Europe. 2016.

⁵Farias S, Nunes A. Inovação na gestão hospitalar: análise dos resultados de eficiência de um hospital português integrado em uma unidade local de saúde. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2018; 10(3):285-290.

⁶Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde. 2015 [acesso 2 abr 2019]. Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=15

⁷Administração Central do Sistema de Saúde. Unidades Locais de Saúde, Modalidade de Pagamento - Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. 2009 [acesso 21 mar 2019]. Disponível em www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/modalidadeULS09.pdf

⁸Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.

- ⁹Hernandez S. Horizontal and Vertical Healthcare Integration: Lessons Learned from the United States. *HealthcarePapers*. 2000; 59-65.
- ¹⁰Shortell S, Arnold D, Kaluzny A. *Health care management: organization design and behavior*. New York: Delmar Publishers; 2000.
- ¹¹Sobczak, A. (2002). Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care*. 2002; 2:1-10.
- ¹²Evans J, Baker G, Berta W, Barnsley J. The evolution of integrated Health Care Strategies. *Advances in Health Care Management*. 2013; 15:125-161.
- ¹³EHI – Essential Hospitals Institute. *Integrated Health Care - Literature Review*. Washington, DC: America's Essential Hospitals. 2013; 1.
- ¹⁴Grone O, Garcia-Barbero M. *Integrated care - A position paper of the WHO European office for integrated health care services*. *International Journal of Integrated Care*. 2001; 1:1-10.
- ¹⁵Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro. *Diário da República n.º 12, Série I-A*. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- ¹⁶Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio. *Diário da República n.º 108, Série I-A*. Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.
- ¹⁷Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de junho. *Diário da República n.º 133, Série I-A*. Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- ¹⁸Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de novembro. *Diário da República n.º 212, Série I*. Cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos.
- ¹⁹Instituto Nacional de Estatística. Serviço de metainformação. [acesso 24 de mar 2019]. Disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito>.
- ²⁰Farias S, Nunes A. (2019). A integração vertical de cuidados de saúde: resultados de eficiência de um hospital integrado numa unidade local de saúde. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*. 2019; 25:17-21.

Tabelas

Tabela 1. Influência da New Public Management e Governance na disseminação do conceito de integração da assistência à saúde

	Paradigma anterior	Novo Paradigma
Eficiência	Maximização da produção Outputs por nível de cuidados	Maximização da eficiência Cadeia de valor entre os vários níveis
Eficácia e organização do trabalho	Especialização do trabalho individual e em modelo hierárquico Atos médicos sem continuidade	Especialização do trabalho em contexto de multidisciplinar Integração em equipas multidisciplinares entre os diferentes níveis Interdependência dos atos médicos Articulação entre os profissionais da atenção primária e hospitalar
Incentivos	Falta de incentivos coletivos	Programa de incentivos uniformes para toda a organização
Organização	Baseada em departamentos e serviços Determinado pelas preferências dos médicos	Programas de promoção da saúde em função das necessidades dos utilizadores Organização matricial
Enfoque	Ênfase nos cuidados agudos Enfoque no tratamento de doenças Responsabilidade pela saúde individual	Ênfase na continuidade da assistência Ênfase no bem estar e promoção da autonomia Responsabilidade por uma saúde coletiva (população residente na área geográfica) Enfoque nas interligações, e na rede de prestação para a adequar às necessidades

Fonte: Shortell , Arnold e Kaluzny¹⁰

Tabela 2. Cronologia da criação das ULS em Portugal

Ano	Região	ULS	Unidades abrangidas
1999	Norte	Matosinhos (experiencia piloto)	Integração do Hospital de Pedro Hispano e dos Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira
2007	Alto Alentejo	Norte Alentejano	Integração do Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre), do Hospital de Santa Luzia (Elvas) e dos centros de saúde do distrito de Portalegre
2008	Alto Minho	Alto Minho	Integração do Centro Hospitalar do Alto Minho e agrupamento de centros de saúde do Alto Minho
	Centro	Guarda	Integração dos Hospitais de Sousa Martins (Guarda) e de Nossa Senhora da Assunção (Seia) e dos centros de saúde do distrito da Guarda, com exceção dos centros de saúde de Vila Nova de Foz Côa e de Aguiar da Beira
	Baixo Alentejo	Baixo Alentejo	Integração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo e dos centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do centro de saúde de Odemira
2009	Centro	Castelo Branco	Integração do Hospital Amato Lusitano e dos agrupamentos de centros de saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul
2011	Alto Trás-os-Montes	Nordeste	Integração do Centro Hospitalar do Nordeste e do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I
2012	Alentejo Litoral	Litoral Alentejano	Integração do Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral

Fonte: Elaboração pelos autores

Tabela 3. Resumo da composição da ULS de Castelo Branco

	ULSCB
Natureza	Empresarial
Duração	Indeterminada
Composição	Conselho de Administração Conselho Fiscal Fiscal Único Conselho Consultivo
Mandato	3 anos, renovável uma única vez
Autonomia	Administrativa, financeira e patrimonial
Capitais	Exclusivamente detidos pelo Estado e integrados no SNS
Financiamento	Contrato – programa, plurianuais com o serviço do Ministério da Saúde Capitação ajustada pelo risco calculado com base nas características da população da área de referência
Objetivo	Prestação de cuidados de saúde pública, hospitalar e continuados, aos beneficiários do SNS, subsistemas de saúde e aos cidadãos em geral Assegurar os meios necessários ao exercício das competências da Autoridade de Saúde na área geográfica abrangida
Área de influência	Concelhos de Penamacor, Idanha-a-Nova, Castelo Branco, Vila Velha de Rodão, Oleiros, Sertã, Proença-a-Nova e Vila de Rei

Fonte: Farias e Nunes²⁰

Tabela 4. Percepção, dos entrevistados, sobre os efeitos da integração do Hospital na ULS

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registro	Unidades de Contexto	n	%
Percepção sobre os efeitos da integração do HAL na ULS	Implicações ao nível da eficiência dos Serviços e da prestação de cuidados	Percepção Positiva	“Sim”; “Sim”; “Sim”; “Existe”; “Poderiam”; “Sim”; “Efetivamente”; “Sim”; “Sim”; “é uma grande vantagem para todos os serviços”	10	58,8
		Percepção Negativa	“Não existe”; “Impacto negativo”; “Não existe articulação”; “Na prática não se vê vantagens”; “não resultou”	5	29,4
		Percepção Neutra	“É igual”; “sempre houve uma boa relação”	2	11,8

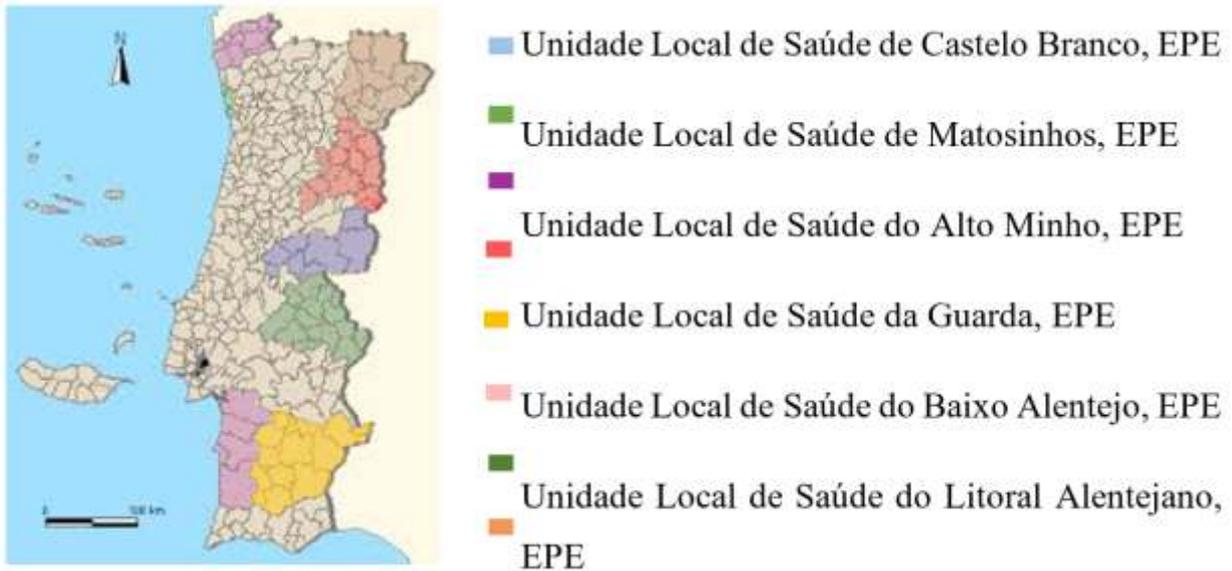
Fonte: Elaboração pelos autores

Tabela 5. Frequência das verbalizações relativamente à percepção sobre os efeitos da integração do Hospital na ULS

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registro	Unidades de Contexto	n	%
Percepção sobre os efeitos da articulação entre os Serviços do HAL e os Centros de Saúde na ULS	Implicações ao nível da eficiência dos Serviços e da prestação de cuidados	Melhoria da articulação	“Melhora a articulação com os cuidados de saúde primários”; “aproveitamento de equipamento”; “(aproveitamento) recursos humanos foi mais eficiente”; “comunicação com os colegas”; “proximidade”; “maior comunicação”; “a ligação é mais eficiente”; “Eficiência nos gastos”; “adequação de recursos humanos”	9	42,9
		Falta/ausência de articulação	“A articulação não se encaixa, não existe ” “Ficam com os doentes que estão à espera de cuidados continuados muito tempo no serviço”; “A articulação com os cuidados primários é deficitária”; “comunicação deficitária com os médicos dos centros de saúde e de eles com o hospital”; “existe dificuldade na comunicação”; “deficitária devido à distância”; “se houvesse resposta em tempo útil dos cuidados continuados”; “Continua a burocracia”; “falta de comunicação”; “continua a merecer grande atenção entre o Serviço de Urgência desta ULS e as consultas dos médicos de medicina geral e familiar”; “ineficácia dos CA”; “Para isso é necessário estratégia, liderança e motivação dos colaboradores com delegação de competências”	12	57,1

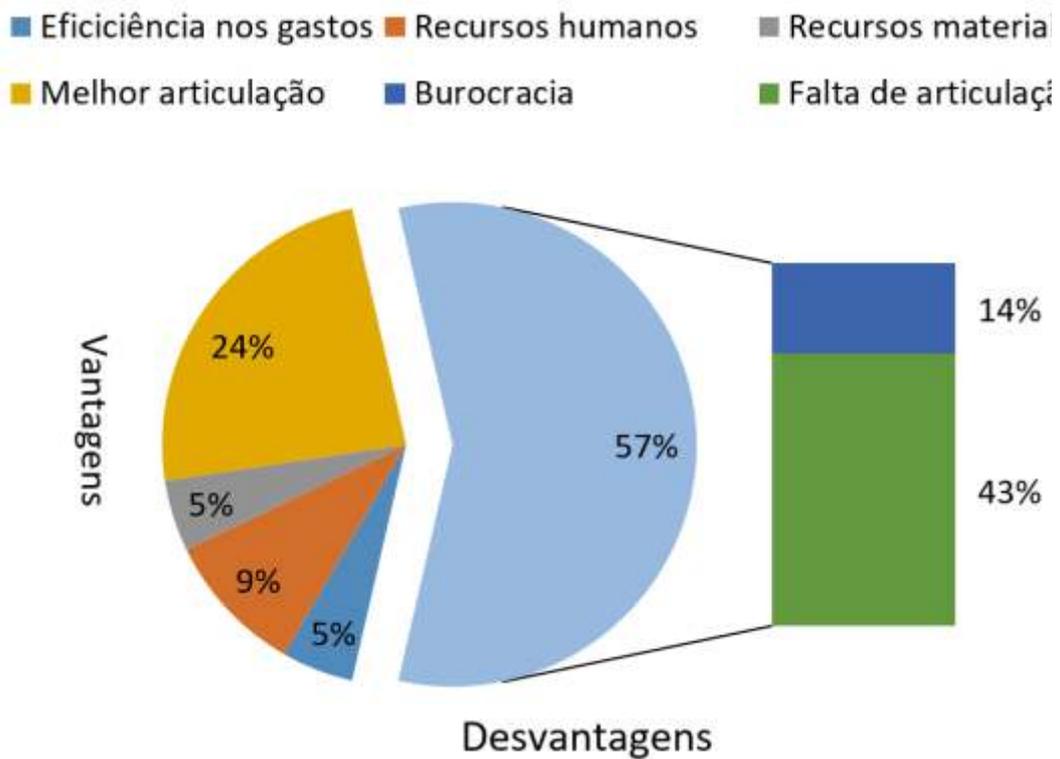
Fonte: Elaboração pelos autores

Figura 1. Área geográfica das ULS em Portugal



Fonte: Elaboração pelos autores

Figura 2. Vantagens e desvantagens apontadas pelos entrevistados



Fonte: Elaboração pelos autores

Submissão: 09/04/2019
 Aceite: 11/09/2019