



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

A descentralização de competências no domínio da saúde: o caso do Município do Fundão

Agostinho José Maroco Santos

Orientador: Professor Doutor Alexandre Manuel Martins Morais
Nunes

Coorientador: Professor Doutor Joaquim Manuel Croca Caeiro

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública
Especialidade em Administração da Saúde

Lisboa

2025



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

A descentralização de competências no domínio da saúde: o caso do Município do Fundão

Agostinho José Maroco Santos

Orientador: Professor Doutor Alexandre Manuel Martins Morais Nunes

Coorientador: Professor Doutor Joaquim Manuel Croca Caeiro

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública
Especialidade em Administração da Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutora Sandra Isabel Rasteiro Firmino, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutor Alexandre Manuel Martins Morais Nunes, Professor Associado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientador;

- Doutora Stella Margarida de Oliveira António Bettencourt da Câmara, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutor Filipe Eduardo Miranda Ferreira, Professor Auxiliar Convidado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Lisboa

2025

καὶ τί σοι μαθήσομαι;

(Tradução: "O que queres que aprenda em teu benefício?")

Aristófanes.

As Nuvens, v. 111.

AGRADECIMENTOS

No decorrer deste percurso acadêmico, deambulando entre desânimos, percalços e superações, foram várias as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua realização, a elas estas humildes palavras carregadas de uma gratidão sem preço.

A todos os Professores que fizeram parte desta caminhada, por terem desbravando caminhos que me eram totalmente desconhecidos.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Doutor Alexandre Nunes, e ao meu co-orientador, Professor Doutor Joaquim Caeiro, por todo o apoio, tempo, dedicação, empenho, paciência demonstrados durante este périplo.

Aos entrevistados pelo tempo e interesse disponibilizados em participar no estudo, sem os quais não seria possível concretizá-lo.

Ao Município do Fundão, nas pessoas do Senhor Presidente Dr. Paulo Fernandes e da Senhora Vereadora Dr.^a Alcina Cerdeira pela amabilidade, disponibilidade e interesse demonstrados pelo estudo.

A todos os colegas de mestrado por todos os momentos de partilha de experiências e de boa diversão. Em especial às colegas da Especialização em Saúde.

Ao Carlo Jerónimo por todo o apoio, dedicação, empenho e pelas pontes efetuadas.

À minha colega e amiga Carolina Dias pelas horas infindáveis de troca de dúvidas, de partilha de desânimos, de câmbio de ideias e de permuta de apoio, disponibilidade e motivação.

À sempre Professora Fernanda Policarpo pelos ensinamentos, disponibilidade e incentivo.

Por fim, aos meus pais e irmãos pelas horas de companhia songadas em prol da realização de mais esta etapa. Em especial à minha mãe e ao meu irmão Daniel por desde sempre me incentivarem a prosseguir os caminhos da erudição.

A todos um eterno bem-haja.

RESUMO

Ao longo das últimas cinco décadas, em Portugal, diversos governos ao transformarem o modelo de funcionamento do Estado enveredaram pela descentralização. Seguindo uma senda reformadora, o XXI Governo Constitucional, estabeleceu como base da reforma do Estado a concretização dos princípios da subsidiariedade, da autonomia das autarquias locais e da descentralização da administração pública. Das diversas áreas descentralizadas e tendo em conta o melhor interesse dos cidadãos, foram transferidas para a alçada das autarquias locais um conjunto de competências no domínio da saúde.

O presente estudo teve como objetivo analisar se a proposta de descentralização no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses dos cidadãos e do Município do Fundão. Metodologicamente, recorreu-se, num primeiro momento, à recolha de informação com a análise documental do auto de transferência e, num segundo momento, à realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas ao Município, Administração Regional de Saúde do Centro, Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira e a presidentes de junta, analisadas com recurso à técnica da análise de conteúdos, com o objetivo de aferir a perceção dos entrevistados sobre diversos aspetos relacionados com a implementação e operacionalização das competências transferidas.

Verificou-se que existe uma margem para uma maior aproximação da comunidade local à autarquia, podendo esta atender de forma mais focalizada às necessidades das pessoas, se acolher as sugestões ou críticas. Além disso, apesar das competências transferidas irem, no curto prazo, ao encontro do melhor interesse dos cidadãos, o mesmo não se perspetiva no longo prazo, existindo alguns receios por parte da comunidade local sobre o acesso aos cuidados de saúde, devido à falta de profissionais de saúde. Verificou-se ainda uma desproporcionalidade entre as competências transferidas e o respetivo financiamento, ficando muito aquém do necessário para responder às necessidades.

Portanto, dos resultados apurados, apesar de existir, em geral, uma visão positiva em torno das mais valias da descentralização, no caso do município do Fundão, o mesmo não se observa em relação às da saúde, sendo postos em causa o financiamento para fazer face às muitas necessidades pré-existentes e o próprio papel da Autarquia. Foram estes os fatores/receios

que levaram a resistir à aceitação do auto de transferência por parte do Município do Fundão. Além disso, não é garantido o maior acesso a cuidados de saúde, logo pela escassez de profissionais, colocando-se assim desafios que passam pela gestão de expectativas, priorização de necessidades e gestão de recursos.

Palavras-chave: Descentralização; Saúde; Proximidade; Município do Fundão.

ABSTRACT

Over the past five decades, in Portugal, several governments, by transforming the state's operational model, have embraced decentralization. Following a reformist path, the XXI Constitutional Government established the realization of the principles of subsidiarity, local government autonomy, and public administration decentralization as the basis for state reform. Among the various decentralized areas, and considering the best interests of citizens, a set of responsibilities in the field of health was transferred to local authorities.

The aim of this study was to analyze whether the proposal for decentralization in the health sector aligns with the interests of citizens and the Municipality of Fundão. Methodologically, the study first involved gathering information through a documentary analysis of the transfer agreement, followed by semi-structured interviews with representatives from the Municipality, the Regional Health Administration of the Centre, the Cova da Beira Health Centers Group, and local council presidents. The interviews were analyzed using content analysis techniques to assess the interviewees' perceptions on various aspects related to the implementation and operationalization of the transferred responsibilities.

It was found that there is room for greater proximity between the local community and the municipality, which could address people's needs more effectively if it listens to their suggestions and criticisms. Additionally, although the transferred responsibilities meet the citizens' best interests in the short term, this is not foreseen in the long term, as there are concerns from the local community about access to healthcare due to the shortage of healthcare professionals. Furthermore, there is a disproportion between the transferred responsibilities and the corresponding funding, which is far below what is needed to meet the demands.

Therefore, despite a generally positive view on the benefits of decentralization, in the case of the Municipality of Fundão, this is not the case with health, as concerns were raised regarding the financing to meet pre-existing needs and the role of the Municipality itself. These factors/concerns led to resistance from the Municipality of Fundão in accepting the transfer agreement. Moreover, greater access to healthcare is not guaranteed, particularly due to the

shortage of professionals, posing challenges in managing expectations, prioritizing needs, and resource management.

Keywords: Decentralization; Health; Proximity; Municipality of Fundão.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AP – Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

AT – Assistente Técnico

CHUCB – Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

CSF – Centro de Saúde do Fundão

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

NPG – New Public Governance

NPM – New Public Management

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

NWS – New Weberian State

PCT – Public Choice Theory

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UFFVDJNC – União de Freguesias do Fundão, Valverde, Donas, Aldeia de Joanes e Aldeia Nova do Cabo

UFJCBB – União de Freguesias de Janeiro de Cima e Bogas de Baixo

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSCBeira – Unidade Local de Saúde Cova da Beira

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
1. INTRODUÇÃO	1
Parte I – Enquadramento Teórico	4
2. Perspetivas teóricas da Administração Pública	4
2.1. Public Choice Theory.....	4
2.2. New Public Management	8
2.3. New Public Governance	14
2.4. Enquadramento do processo de transferência de competências com as teorias.....	20
3. DESCENTRALIZAÇÃO	24
3.1. Conceito	24
3.2. Tipos de descentralização	25
3.2.1. Descentralização política, administrativa e fiscal	27
3.2.2. Devolução, delegação, desconcentração e privatização.....	28
3.2.3. Horizontal e vertical.....	29
3.2.4. Interna e externa	29
3.2.5. Funcional e territorial	29
3.3. Vantagens e desvantagens da descentralização	29
3.4. Os governos e a descentralização.....	31
3.5. A descentralização no sector da saúde.....	34
3.5.1. Argumentos a favor e contra a descentralização no setor da saúde	35
3.6. Experiência no setor da Saúde em Portugal.....	37
3.6.1. Descentralização no Serviço Nacional de Saúde em Portugal	37
3.6.2. Transferência de competências do domínio da saúde para as autarquias locais .	39
Parte II – Estudo Empírico.....	45

4. Modelo de Análise.....	45
4.1 Questões de Investigação	46
5. Caracterização do Objeto de Estudo	47
5.1 Município do Fundão	47
5.2 Centro de Saúde do Fundão	50
6. Opções metodológicas.....	52
6.1 Tipo de Estudo	52
6.2 Orientação da análise qualitativa.....	52
6.2.1 População e Amostra	53
6.2.2 Caracterização da amostra	53
6.2.3 Entrevistas e recolha documental.....	54
6.2.4 Técnica de análise de dados	54
6.2.5 Codificação.....	55
6.2.6 Considerações éticas.....	57
7. Apresentação, análise e discussão dos resultados.....	58
7.1 Apresentação e análise dos resultados.....	58
7.1.1 Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?	59
7.1.2 Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?	64
7.1.3 Será que existem ganhos para o utente dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?.....	66
7.2 Discussão dos resultados	69
8. Conclusão.....	76
8.1 Principais conclusões	76
8.2 Limitações e trabalhos futuros	78
9. Referências bibliográficas	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Fundamentos, princípios inerentes a modelos de Administração Pública	4
Quadro 2 – Principais características do NPM	12
Quadro 3 – Vantagens e desvantagens da descentralização.....	30
Quadro 4 – Análise SWOT da descentralização	31
Quadro 5 – Argumentos a favor e contra a descentralização no setor da saúde	36
Quadro 6 – Definição das categorias e subcategorias	56
Quadro 7 – Resumo económico-financeiro do Município do Fundão	59
Quadro 8 – Endividamento do Município do Fundão.....	60
Quadro 9 – Equilíbrio orçamental do Município do Fundão no ano 2023.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de descentralização	21
Figura 2 – Tipologia da descentralização	26
Figura 3 – Articulação entre os níveis de cuidados no SNS.....	40
Figura 4 – Modelo de Análise	45
Figura 5 – Localização e limites do Concelho do Fundão.....	47
Figura 6 – Pirâmide Populacional do Concelho do Fundão e de Portugal em 2021	50
Figura 7 – Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Cova da Beira	50
Figura 8 – Oportunidades do processo através dos dados recolhidos	73
Figura 9 – Proposta de reorganização das extensões de saúde	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Principais diferenças entre NPM e NPG	17
Tabela 2 – Comparação entre o sistema político-administrativo do NPM e do NPG	18
Tabela 3 – As reivindicações do NPM e NPG	18
Tabela 4 – Elementos básicos no NPG em contraste com os do NPM	18
Tabela 5 – Principais contrastes entre NPM e NPG	19
Tabela 6 – Dados populacionais.....	48
Tabela 7 – Taxa de atividade, de desemprego e de analfabetismo	48
Tabela 8 – Caracterização da população	48
Tabela 9 – Índices populacionais	49
Tabela 10 – Comparação entre valores médios do Concelho com freguesias nos extremos .	49
Tabela 11 – Mapa de pessoal atual de cada unidade funcional do CSF.....	51
Tabela 12 – Distribuição de utentes do CSF.....	51
Tabela 13 – Distância das extensões de saúde à sede.....	51
Tabela 14 – Mapa de pessoal ideal de cada unidade funcional do CSF	61
Tabela 15 – Equipamentos de transporte cuja titularidade é transferida para o Município..	61
Tabela 16 – Equipamentos de transporte cuja gestão é transferida para o Município	62
Tabela 17 – Despesa fixa anual e mensal.....	62
Tabela 18 – Evolução dos valores do financiamento referente às competências da Saúde ..	62
Tabela 19 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 7.....	65
Tabela 20 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 21.....	66
Tabela 21 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 1.....	67
Tabela 22 – Desvantagens na transferência de competências	67
Tabela 23 – Vantagens na transferência de competências	67
Tabela 24 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 14.....	68
Tabela 25 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 23.....	68

1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Portuguesa reconhece, no artigo 6.º, os princípios da subsidiariedade, autonomia das autarquias locais e descentralização democrática da Administração Pública (AP). Também estabelece, no artigo 237.º, que a organização e as competências das autarquias locais devem ser reguladas por lei, observando o princípio da descentralização administrativa. E o artigo 267.º afirma que a lei deve criar formas adequadas de descentralização e desconcentração administrativas, aproximando a AP das populações, garantindo a participação dos cidadãos na gestão pública e desburocratizando (Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto).

A descentralização é referenciada desde o I Governo Constitucional. Esta continuidade é evidente nos Programas de Governo dos 23 governos constitucionais, onde a palavra "descentralização" aparece 254 vezes, variando de 27 menções no II Governo Constitucional a uma menção no VI Governo Constitucional (Anexo 1). Porém, permanece um objetivo inacabado, um processo contínuo, sendo a transferência de competências para os municípios e entidades intermunicipais a fase mais recente desse processo (Nunes & Ferreira, 2022).

Em Portugal, a primeira relação entre municípios e saúde data de 1999, com a definição do quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais, pela Lei n.º 159/1999, de 14 de setembro¹, concretizando os princípios da descentralização administrativa e autonomia local (artigo 1.º da Lei n.º 159/1999, de 14 de setembro). No caso da saúde, o artigo 22.º atribui aos órgãos municipais a participação no planeamento da rede de equipamentos de saúde, construção e manutenção dos centros de saúde, gestão dos equipamentos termais, órgãos consultivos dos sistemas integrados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e noutras funções relacionadas com a saúde pública.

A segunda surge com o XIX Governo Constitucional em 2011, propondo uma reforma do poder local baseada na proximidade aos cidadãos e na descentralização administrativa. Esta reforma visava a descentralização, a reforma administrativa e o fortalecimento do municipalismo. Na

¹ Alterada pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro.

saúde, propunha-se a participação do poder local no planeamento da rede nacional de equipamentos de saúde (República Portuguesa, 2011).

O XXI Governo Constitucional reforçou a descentralização de competências, destacando a necessidade de transformar o modelo de funcionamento do Estado para melhor atender aos interesses dos cidadãos, transferindo competências de gestão de serviços públicos universais, incluindo a saúde (República Portuguesa, 2015a).

A concretização dos princípios da subsidiariedade, descentralização administrativa e autonomia do poder local figura na Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto. Sectorialmente, o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro², reforça o papel das autarquias, como parceiros, na implementação de políticas públicas de saúde, intervindo na gestão e manutenção dos edifícios e equipamentos não médicos afetos aos cuidados de saúde primários, na gestão dos assistentes operacionais, na gestão dos serviços de apoio logístico e como parceiros em programas de prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis.

Contudo, passados quatro anos, segundo a Direção Geral das Autarquias Locais (Direção Geral das Autarquias Locais [DGAL], 2023), a taxa de não adesão na saúde era de 75%, 150 dos 201 municípios elegíveis (Anexo 2), incluindo o Município do Fundão.

A relevância deste estudo reside na sua atualidade e pertinência, considerando que a reforma da saúde tem passado pela criação de unidades locais de saúde (ULS), num princípio de proximidade com foco na prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, centrados nas pessoas. Acresce o facto de ser um tema recente e, por esse motivo, existirem poucos estudos sobre a descentralização de competências, tanto geral como sectorialmente. Desta forma, este trabalho pretende contribuir para o conhecimento do tema, entender os fatores que podem impulsionar a descentralização na saúde e identificar possíveis desafios na implementação.

O estudo do Município do Fundão foi motivado por várias razões: situar-se na zona centro, com ULS's nas regiões envolventes; ser o único município da região a não aderir inicialmente;

² Alterado pelos Decreto-Lei n.º 84/2019, de 28 de junho, Decreto-Lei n.º 56/2020, de 12 de agosto, Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro e Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

ter mais de 20.000 residentes; e segundo Fernandes et al. (2023) apresentar um índice de dívida total elevado (cerca de 1,5).

Para guiar a revisão da literatura, o desenho da pesquisa e a análise de dados, foi definida a pergunta de partida: “Quais os fatores que estão na base da não aceitação por parte do Município do Fundão dos termos propostos no Auto de Transferência?”.

Para o presente estudo foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

Objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das competências transferidas, ao nível da gestão e manutenção de equipamentos, apoio logístico, gestão de viaturas, gestão de recursos humanos (assistentes operacionais) e participação em atividades de promoção da saúde.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde, na perspetiva do Município e cidadãos.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local, na prestação de cuidados de saúde.

Parte I – Enquadramento Teórico

2. Perspetivas teóricas da Administração Pública

Numa breve análise aos Programas do XXI ao XXIII Governo Constitucional e aos diplomas legais que enquadram a transferência de competências no domínio da saúde, podem-se encontrar conceitos e tópicos fundamentados em diversas perspetivas teóricas, como a *Public Choice Theory* (PCT), a *New Public Management* (NPM) e a *New Public Governance* (NPG) (Quadro 1).

Quadro 1 – Fundamentos, princípios inerentes a modelos de Administração Pública

Programas do XXI ao XXIII Governo Constitucional	Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto	Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de agosto
<ul style="list-style-type: none">• valorização da democracia representativa;• participação democrática;• aproximação dos eleitores dos eleitos;• governação flexível;• governação de proximidade;• orientação para resultados;• melhoria da qualidade;• simplificação administrativa;• melhoria do relacionamento dos cidadãos com a administração;• preocupação com os custos;• recompensas pela boa gestão;• disponibilidade de informação;• referendos locais;• criar condições para a concretização do processo da regionalização• base no princípio da subsidiariedade;• ter em conta o melhor interesse dos cidadãos;• rede generalizada de serviços públicos de proximidade;• proximidade e igualdade no acesso aos serviços públicos;• promoção da cooperação intermunicipal.	<ul style="list-style-type: none">• garantia de qualidade no acesso aos serviços públicos;• coesão territorial;• garantia da universalidade e igualdade de oportunidades no acesso;• eficiência e eficácia da gestão pública.	<ul style="list-style-type: none">• aperfeiçoamento dos serviços públicos;• desenvolvimento de projetos de excelência;• respostas eficazes e mensuráveis;• envolvimento da comunidade;• participação da comunidade na gestão dos cuidados de saúde;• participação da comunidade na responsabilização das diferentes entidades pela qualidade dos serviços prestado;• modelo de gestão articulado e integrado;• criação de sinergias;• obtenção de ganhos de eficácia e melhoria dos resultados em saúde;• articulação entre os diversos níveis da Administração Pública.

Fonte: elaboração própria.

2.1. Public Choice Theory

A PCT surge no pós-Segunda Guerra Mundial com artigos de Duncan Black, James Buchanan e Kenneth Arrow, entre 1948 e 1950 (Mueller, 1997). As raízes remontam ao século XVIII, com Jean-Charles de Borda e Marquês de Condorcet (Buchanan, 1984; Mueller, 1997), concretizando a expressão “*nihil novum sub sole*”.

Nas décadas de 1960 e 1970, surgem as primeiras sociedades ligadas à PCT, como a *Public Choice Society*, a *European Public Choice Society* ou a *Japanese Public Choice Society*, além da revista *Public Choice*, derivadas do Centro para o Estudo da Escolha Pública e da publicação *Papers on Non-Market Decision Making*, ambos por James Buchanan e Gordon Tullock (Mueller, 2015).

Dowding (2011) lembra que a escolha pública desenvolveu-se num contexto de preocupações com a dimensão do Estado, deficits orçamentais, estagflação, crises económicas, ineficiências do ciclo político-empresarial e da ingovernabilidade.

A PCT é uma teoria económica que aplica princípios da economia à política, defendendo que as preferências dos cidadãos devem ser a base da decisão pública e da alocação de bens e serviços (Davis, 2018; Dowding, 2011; Ericksson, 2022; Holcombe, 2016; Wagner, 2022).

Dunleavy (2013) sumariza os pressupostos da PCT:

- preferências bem formadas: o indivíduo tem preferências claras que classifica e compara;
- preferências transitivas: se prefere A a B, e B a C, então também prefere A a C;
- maximização dos benefícios: nas decisões o indivíduo maximiza benefícios e minimiza custos;
- comportamento egoísta: o indivíduo age em função do seu próprio bem-estar.

Assim, a investigação da PCT centra-se no indivíduo e nas suas interações nas diversas esferas, considerando as suas necessidades, satisfação, valores, motivações, deliberações e distinções entre o bom e o mau (Caeiro, 2015).

Pereira (1997) observa que, enquanto a economia do bem-estar analisa as falhas de mercado para justificar a intervenção do Estado, a escolha pública foca-se nas falhas do governo. Estas, segundo Niskanen (2008), resultam das limitações de informação e das relações principal-agente, monopólios e externalidades.

Buchanan (1984) explica que a PCT oferece uma compreensão das interações institucionais no setor público, analisando comportamentos individuais no governo. A análise foca-se no

indivíduo como eleitor, candidato, representante, líder político, membro de partido ou burocrata (Buchanan, 1984; Holcombe, 2016; Ericksson, 2022).

Para Barton (2001), o fracasso do governo decorre de dois fatores principais:

- interesses próprios das burocracias: as burocracias podem-se concentrar em objetivos próprios, maximizando orçamentos e criando esferas de influência;
- fraco controlo sobre as burocracias: controle ineficaz pode ser resultado de interesses privados, ministros fracos ou inexperientes e *turnover* ministerial.

Segundo Holcombe (2016), envolve examinar como as decisões individuais afetam a formulação de políticas públicas, analisando como a decisão política realmente ocorre.

A PCT postula que agentes, tanto no privado quanto no público, são maximizadores racionais da utilidade, buscando o maior benefício pessoal (Barton, 2001; Buchanan, 2003; Davis, 2018; Ericksson, 2022; Niskanen 2008). Dearlove (1989) destaca a rejeição da ideia de contrato social e assume que os indivíduos são maximizadores racionais do bem-estar. Portanto, a PCT assume relações de maximização: eleitores à utilidade; partidos políticos aos votos; burocratas aos orçamentos (Mueller, 2017).

Congleton (2018) relaciona a atividade política à promoção dos interesses individuais, moldada por tecnologias disponíveis, talentos, habilidades, conhecimentos e competências com as leis, que criam ou (des)incentivam a janela de oportunidade.

Holcombe (2016) elenca três áreas de estudo: preferências do eleitor, produção de políticas públicas e regras para desenhar políticas.

A PCT concentra-se nas escolhas que influenciam o voto, as ações de grupos de interesse e as decisões institucionais (Congleton, 2018). Examina temas como ação coletiva, problema do agente principal, competição, *rent-seeking*, *logrolling*, monopólios e a dicotomia custo-benefício entre diferentes agentes (os que pagam o custo e os que recebem o benefício) (Buchanan & Tollison, 1984; Buchanan, 2003; Ericksson, 2022; Pereira, 1997).

Segundo Singh e Sachdeva (2012), o objetivo é oferecer mais opções aos indivíduos e promover a pluralidade de mercados institucionais, argumentando que a competição pode

evitar a ineficiência dos monopólios burocráticos. As principais características incluem: informação sobre alternativas, descentralização, participação popular, desburocratização, pluralismo institucional na oferta de bens e serviços, pluralidade de governos e agências públicas conforme as preferências dos consumidores, lógica econômica na distribuição de serviços públicos, concorrência e privatização ou subcontratação para reduzir desperdícios.

Barton (2001) cita exemplos da aplicação da PCT, como: redução do Estado focando-se nas atividades centrais, privatizações, redução do *welfare state*, adoção de princípios de gestão privada, o princípio do usuário-pagador, sistemas de contabilidade para gestão eficiente, contratação por contratos, separação entre formulação e prestação de políticas públicas, e abertura ao mercado para prestação de serviços.

Singh e Sachdeva (2012) criticam a PCT por potencialmente criar desigualdades no acesso a serviços públicos, a "escolha" pode ser ilusória. O interesse público e o bem-estar social são fundamentais para o desenvolvimento humano e os ideais de uma vida coletiva saudável ganham importância na era da globalização.

Davis (2018) sugere que a PCT pode corroer o processo democrático e ignorar a equidade social, podendo afetar negativamente a moral dos funcionários públicos.

Para Niskanen (2008), o processo político é caracterizado por interesses conflitantes e informações imperfeitas, o que pode levar a políticas ineficientes e ineficazes. Segundo o autor, a descentralização pode minimizar esses problemas, porque:

- as decisões são tomadas por atores mais próximos das pessoas afetadas por essas decisões,
- os atores locais têm melhor informação sobre as necessidades;
- o processo político local pode responder aos valores do eleitor marginal da sua jurisdição;
- maior diversidade de combinações de serviços tributários leva a aumentar o conhecimento das decisões políticas e aumenta a oportunidade do indivíduo escolher a combinação de políticas que mais se ajustam às suas necessidades.

Ericksson (2022) acrescenta que o nível de governo adequado para a tomada de decisões depende da natureza do bem público. Pretende-se desenvolver sistemas descentralizados e

de pequena escala nos diversos níveis de governo, promovendo decisões diversificadas e centradas na participação individual (Singh & Sachdeva; 2011).

A fragmentação horizontal impulsiona a eficiência técnica na prestação de serviços, permitindo escolhas mais alinhadas às necessidades individuais e possibilitando economias de escala e gama (Boyne, 1998).

Em suma, a PCT desafia o onirismo do Estado benevolente, onde agentes políticos atuam em prol do interesse público, mitigando as falhas de mercado (Brennan & Buchanan, 1988; Pereira, 1997; Shughart II & Razzolini, 2001) e aplica à política a lógica do *homo economicus* (Brennan & Buchanan, 1988).

A PCT vem expor a política sem filtros, sendo o menino que diz: “o rei vai nu” (Buchanan, 2003).

Na saúde, o poder central transfere para os municípios a capacidade de decisão sobre as necessidades da comunidade, permitindo que os municípios, conhecedores da realidade e das idiossincrasias locais, atuem tendo em conta o melhor interesse dos cidadãos (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro).

2.2. New Public Management

O conceito de *New Public Management*, introduzido por Christopher Hood no seu artigo seminal de 1991, “*A public management for all seasons?*”, reflete sobre as reformas que emergiram no final dos anos de 1970 no Reino Unido e Estados Unidos da América. Essas reformas, disseminadas globalmente nos inícios dos anos 1980, continuam a influenciar muitos países (Capano, 2021; Ferlie, 2017; Hughes, 2003; Hood, 1991; Laegreid, 2017; Torfing et al., 2020). Portugal, nas últimas décadas, reformulou a AP, em geral, sob os auspícios do NPM e, em particular, o setor da saúde (Madureira, 2020; A. M. Nunes, 2020; Nunes & Ferreira, 2019b).

As bases do NPM estão enraizadas nas teorias da escolha pública e do agente principal. A primeira, enfatizada pelo *laissez faire*, defende o livre mercado e a competição, criticando a ossificação burocrática e propondo a limitação do papel do Estado e o empreendedorismo do setor privado. A segunda aborda os problemas de informação assimétrica entre principais e

agentes (Barton, 2001; Ferlie, 2017; Gruening, 2001; Hood, 1991; Lane, 2000; Osborne, 2010a; Torfing et al., 2020).

No setor público, as reformas de gestão visam alterar crenças sobre a entrega de produtos complexos, modas sobre comportamento e desempenho, e unidades de análise (podendo estar focadas no setor público como um todo, nas agências ou nos usuários dos serviços). Resumidamente, as reformas desafiam o *status quo* e são impulsionadas pelo contexto de cada época (Manning & Lau, 2016).

No final dos anos 1970, o setor público nos países desenvolvidos enfrentava uma crise económico-fiscal, com governos incapazes de lidar com as consequências da crise, um setor público desmedido e ineficaz, regulamentação excessiva, aumentos de gastos e impostos, incremento de tarefas, e maus serviços (Gruening, 2001; Manning & Lau, 2016; Pollitt & Bouckaert, 2017; Torfing et al., 2020).

Neste contexto, o setor público era percebido como estático, ineficiente e indiferente, enquanto o privado era considerado dinâmico, eficiente e voltado para o serviço (Torfing et al., 2020). Dadas as diferenças, surgiu a vontade de tornar os governos mais empresariais, aumentando a eficiência e a responsividade das burocracias (Pollitt & Bouckaert, 2017). Desenvolveu-se uma visão de serviço público focado na responsabilização e convergente com o privado, aplacando os mercados e gerando confiança (Hood, 1991).

Apesar da aproximação ao privado, há elementos distintivos como o interesse público ser distinto do privado, os funcionários públicos estarem vinculados a valores democráticos e não a grupos ou interesses particulares e a Constituição consagrar o igual tratamento das pessoas (Lynn, 2003).

Barton (2001) aponta diferenças em tópicos como:

- provisão de bens e serviços públicos: gratuito ou subsidiado, em vez de pagamento total;
- processo decisório: coletivo, em vez de individual ou grupal;
- financiamento: baseado em tributação e não na soberania do consumidor;
- gestão de ativos: parte dos ativos são herdados pelos governos sem custos, administrados como fiduciário, em vez de compra de ativos;

- preservação: ativos públicos ambientais e patrimoniais devem ser protegidos para uso futuro, em vez de serem usados nos processos produtivos;
- natureza: bens públicos são de uso universal, o consumo não é rival nem excludente e não conferem direitos de propriedade privada aos usuários;
- benefícios diretos para o público: muitos ativos fluem para o público como usuários (ativos comunitários, vias públicas, iluminação, infraestruturas públicas);
- financiamento governamental: não depende de investidores, mas do poder de tributar e de herdar ativos de capital natural, bem como empréstimos.

O NPM aproxima-se do privado por novas práticas de governança; incentivos e normas; mercantilização; promoção da remuneração por desempenho; foco no cliente e orçamento baseado em resultados. Assim, o NPM mudou a prestação de serviços, devido a padrões mais complexos de governação que incorporam mercados, redes e atores dos sectores privado e voluntário (Bevir, 2011, Lane, 2000).

Para Lane (2000), o NPM oferece novas ideias para o trabalho governativo, na organização e oferta, abstendo-se de considerações políticas. O seu lado mais prático deve-se à sua plasticidade e natureza multifacetada (Boston, 2011).

Popular como solução para problemas de governos grandes e ineficientes (Singh & Sachdeva, 2012), proliferou por diferentes contextos políticos, administrativos e económicos (Boston, 2011), porém em alguns países foi mais teoria que prática (Christensen, 2012).

O NPM refere-se à adoção de novos valores de governança para tornar o sistema eficiente, legítimo e credível, redefinindo as relações entre prestador e beneficiário do serviço. Defende a mudança de uma administração burocrática, hierárquica e regida por regras, para uma forma mais flexível e baseada no mercado (Singh & Sachdeva, 2012).

Nos primórdios, o NPM baseava-se na gestão profissional, padrão explícito, medidas de desempenho, ênfase no controlo de saída, desagregação de unidades no setor público, maior concorrência, estilos de gestão do setor privado, disciplina e parcimónia no uso dos recursos (Hood, 1991)

A. S. Nunes (2020) destaca como novidades do modelo:

- a agencificação administrativa: organismos passam da administração direta do Estado para entidades com autonomia administrativa e financeira;
- autonomia dos gestores: separação entre política e administração;
- flexibilidade da gestão: instrumentos de gestão adequados a um bom desempenho;
- mecanismos de mercado: contratos de direito privado para fornecer bens e serviços públicos;
- Estado como regulador: foco no financiamento e regulação;
- sistemas de avaliação de desempenho: avaliação de funcionários e instituições para estimular a produção e o empreendedorismo;
- *accountability*: dever de prestação de contas e interação com o utente;
- implementação de tecnologias de informação: sistemas eficientes de comunicação e informação entre organismos.

O modelo evoluiu, abrangendo mais temas, abordagens e terminologias. Hood e Peters (2004) destacam três fases do NPM:

- finais dos anos 1980: preocupações normativas e mapeamento descritivo dos desenvolvimentos institucionais;
- inícios dos anos 1990: identificação dos estágios, idades e variantes da reforma do setor público;
- finais dos anos 1990: autoconsciência intelectual.

Capano (2021) caracteriza o modelo em oito tendências: delegação de autoridade e flexibilidade; assegurar desempenho, controle e responsabilidade; desenvolver a competição e escolha; prestação de serviços responsivos; melhorar a gestão dos recursos humanos; otimizar a tecnologia da informação; melhorar a qualidade da regulação; e fortalecer as funções de direção ao centro. Contudo, Ferlie et al. (1996) distinguem quatro modelos: orientação para a eficiência; *downsizing* e descentralização; em prol da excelência; orientação para o serviço público.

No Quadro 2 apresentam-se as principais características do NPM.

Quadro 2 – Principais características do NPM

Auditoria, avaliação e medição de desempenho
Autonomia dos dirigentes
Competição e concorrência entre organizações
Desagregação
Descentralização
Empreendedorismo
Estado regulador e financiador
Flexibilidade dos instrumentos de gestão
Gestores com capacidade de controlo
Incentivos
Mecanismos de mercado
Padrões de qualidade
Privatização
Produtividade e eficiência
Redução de custos
Responsabilização da gestão
Separação entre política e administração
Separação entre provisão e produção
Tecnologias de informação e comunicação

Fonte: A. S. Nunes (2020); Gruening (2001); Hood (1995); Klijn (2012); Osborne (2010a); Torfing et al. (2020).

No lado das críticas são destacados alguns riscos, nomeadamente associados: ao gerencialismo (Pollitt, 1993); foco no mercado (Lan & Rosenbloom, 1992); paradigma pós-burocrático (Barzelay, 1992); ou governo empreendedor (Osborne & Gaebler, 1992), porém a literatura cristalizou-o como *New Public Management* (Hood, 1991). Em concreto, destaca-se Hughes (2017) ao referir que a NPM descreve as mudanças na gestão pública, concetualizando um conjunto de reformas, mas não a reforma em si; Pollitt e Bouckaert (2017) mencionam também o carácter difuso do termo, abrangendo uma vasta gama de reformas numa miríade de países; Laegreid (2017) aponta para a dependência do contexto e necessidade de se confirmar a eficiência e questiona a universalidade, considerando que não sendo adotada uniformemente, pode variar em graus, ritmos e ênfases; Ferlie (2017) alerta para a superficialidade das reformas; o risco de corrupção associado aos processos de contratação; a redução do papel do Estado em prol de agências; o enfraquecimento da capacidade criativa dos funcionários públicos; o demasiado foco na gestão operacional; o pensamento em silo; a visão no curto prazo em detrimento do longo prazo e Dunleavy e Hood (1994) dividem as críticas em quatro grupos: fatalista (não resolve os problemas básicos da AP, não oferecendo

almoços grátis); hierárquica (pode erodir a coesão do sistema e colocar o setor público fora de controle); individualista (risco substituição aos direitos contratuais individualizados); igualitária (risco de corrupção, enfraquecimento da responsabilidade e pode atender aos interesses pessoais de altos funcionários);

Torfig et al. (2020) apontam para a desconfiança em relação aos funcionários públicos e a obsessão pelo controle e punição e observam como problemas: as diferenças entre público e privado corroerem a ideia do público ser administrado como uma empresa privada; a universalidade não considerar idiossincrasias e desafios ao estado providência. As soluções privadas, os cidadãos como clientes e a individualização dos riscos sociais são antípodas ao estado providência.

Para Osborne e Gaebler (1992) há um movimento inevitável e global para um modelo único de NPM, mas a realidade mostra uma multiplicidade (Dunleavy e Hood, 1994), abrangendo diferentes doutrinas administrativas (Christensen et al., 2007), existindo uma mescla de ideias de diversos modelos consoante o contexto, preferências e capacidades dos formuladores de políticas (Capano, 2021).

O *New Weberian State* (NWS) surge em reação aos pressupostos do NPM e às deficiências de implementação, baseia-se num *mix* de velhas características da administração com elementos novos, ou seja, renova o modelo burocrático com técnicas empresariais, mantendo o papel central do Estado (Capano, 2021; Pollitt, & Bouckaert, 2017). O NWS é o rótulo das reformas da gestão pública que não seguiram as ideias do NPM, nem as redes de cocriação de políticas públicas do NPG (Torfig et al., 2020).

Estas reformas caracterizam-se por combinações, camadas e hibridização, em vez de uma linearidade processual ao encontro do NPM (Christensen & Laegreid, 2011), levando Ferlie et al. (1996) a comparar o NPM a uma tela em branco, onde cada um pinta o que quiser, porque não existe uma definição clara ou consensual, prevalecendo a controvérsia sobre o que é, no que se está a tornar e o que deveria ser. “*Mons murem peperit*”, logo os efeitos prometidos são diminutos (Laegreid, 2017; Pollitt & Bouckaert, 2017).

A descentralização pode tornar os programas mais responsivos e eficazes, transferindo-se responsabilidades: aos níveis subnacionais sobre programas; ao poder local para prestação de

serviços públicos; aos órgãos públicos para aumentar os incentivos dos gerentes e a capacidade de resposta aos cidadãos (Kettl, 2005).

A popularidade da descentralização vem da capacidade de instrumentalizar-se de várias maneiras, adaptar-se a diversas agendas e ir além dos objetivos da NPM (Pollitt, 2007). Pretende tornar a AP mais responsiva, aumentar a eficiência e eficácia na prestação de serviços públicos, promover a inovação local, motivar funcionários públicos e reduzir despesas governamentais (Henrich, 2011; Osborne & Gaebler, 1992, Pollitt, 2007).

Segundo o Programa do XXI Governo Constitucional, os cidadãos necessitam de respostas ágeis e adequadas por parte da AP. A eficiência, a eficácia e a responsabilização, caras ao NPM, estão patentes nos objetivos estratégicos da transferência de competências, no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro.

2.3. New Public Governance

O conceito de *Governance* tornou-se popular (Pollitt & Bouckaert, 2017), omnipresente e amplo (Bevir, 2011), porém escorregadio (Ansell & Torfing, 2022). Esse carácter escorregadio deve-se à sua plasticidade, pois o conceito é usado com diversos qualificativos, como: *corporate governance, global governance, good governance, multi-level governance, network governance, new governance, hybrid governance, operational governance, public sector governance, ou digital-era governance* (Ansell & Torfing, 2022; Osborne, 2010a, Pollitt & Bouckaert, 2017, Torfing et al., 2012).

Segundo Ansell e Torfing (2022), surge da problematização do papel do Estado, das expectativas dos cidadãos, dos escassos recursos e da ineficiência do setor público, levando à sobrecarga do sistema de bem-estar público e à ingovernabilidade da sociedade, pelo declínio dos valores de espírito público e aumento do individualismo.

A *governance* baseia-se em três ideias: uma vontade coletiva que parte de diversos interesses (*politics*); sistema de regras que regulam e moldam as ações dos diversos atores (*polity*); e a direção política das relações sociais e económicas baseadas em instrumentos de política cooperativa (*policy*) (Ansell & Torfing, 2022; Torfing et al., 2012).

Para Rhodes (1996), o significado de governo e processo de governar mudou. A sociedade passa a ser governada de uma nova forma. Ao acarretar problemas de definição, o autor distingue governança em: estado mínimo, governança corporativa, nova gestão pública, boa governança, sistema sócio-cibernático e de redes auto-organizadas.

Segundo Pollitt e Bouckaert (2017), o conceito é amplo e inclusivo, o governo é um dos atores constitutivos, aludindo às relações de dependência na implementação e prestação de serviços públicos. Em Christensen e Laegreid (2012), refere-se às mudanças na natureza e papel do governo devido às reformas do setor público (parcerias e redes). Em Torfing et al. (2012), refere-se aos processos formais e informais em que atores públicos e privados formulam e atingem objetivos comuns através da ação coletiva.

Bovaird e Loeffler (2016) definem governança pública como a forma como uma organização trabalha com parceiros, *stakeholders* e redes para influenciar os resultados das políticas públicas, focando-se na relação entre organizações para alcançar resultados desejados. Logo, importa não apenas o que se faz, mas como as pessoas se sentem sobre o que se faz.

Assim, genericamente, *Governance* é o processo de direcionar a sociedade e a economia por meio da ação coletiva de acordo com objetivos comuns; e, restritamente, como os processos interativos pelos quais sociedade e economia são direcionadas para objetivos negociados coletivamente (Ansell & Torfing, 2022).

O NPG baseia-se na teoria institucional e nas novas teorias de governança de redes, coprodução, metagovernança e inovação colaborativa (Osborne, 2010a). Destaca-se a ação colaborativa entre atores independentes, pressupondo que as instituições formais de governo e a hierarquia político-administrativa têm um papel limitado na governança da sociedade e da economia (Torfing et al, 2020).

Como o NPM, o NPG consiste num conjunto de princípios com foco nos processos, resultados, coordenação, participação e coprodução. A formulação e prestação de serviços públicos melhoram-se pela cooperação, negociação e participação ativa dos atores interessados, partilhando-se conhecimentos, ideias e recursos (Torfing & Triantafyllou, 2013).

Para o NPG, nenhum ator possui os conhecimentos, recursos e capacidades para governar sociedades complexas e fragmentadas. Logo, tornam-se necessárias interações para reunir ideias, recursos e competências para produzir resultados desejáveis (Ansell & Torfing, 2022).

O NPG é o produto da evolução da realidade, que leva a mudanças no papel do Estado e na sua relação com a sociedade (Pinto, 2021). É tanto produto quanto resposta à complexidade, pluralidade e fragmentação da implementação e prestação de políticas e serviços públicos (Osborne, 2010a).

Tenbensen et al. (2021) consideram-no uma representação ideal de AP e governança, focando-se em melhorar resultados pela colaboração na formulação e implementação de políticas.

Sociedades complexas só podem ser governadas através de inter-relações de atores dos diversos setores, com foco nas redes e parcerias (Osborne, 2010a; Pollitt & Bouckaert, 2017), visando melhorar a qualidade na formulação, implementação e prestação de serviços públicos e fortalecer a legitimidade das decisões tomadas através de processos de cocriação, coprodução e coresponsabilização (Pinto, 2021).

As novas tendências de governança surgiram para resolver problemas criados pelo NPM, como a fragmentação e difusão de problemas perversos. Requer-se uma colaboração transversal e inovação, transformando o setor público de uma autoridade legal ou provedor de serviços para uma arena de cocriação, onde os atores participam na definição dos problemas e na criação e implementação de soluções (Bevir, 2011; Christensen & Lægreid, 2012; Osborne, 2010a; Tenbensen et al., 2021; Torfing et al., 2020).

Bevir (2011) apresenta como características distintivas: uma governança híbrida, combinando sistemas administrativos com mecanismos de mercado e organizações sem fins lucrativos; ser multijurisdicional e por vezes transnacional, com relações horizontais e verticais (local, regional, nacional, internacional); a diversidade e pluralidade de partes interessadas (públicas, privadas, sociais); governar é mais híbrido, multijurisdicional e plural.

As formas horizontais de governança oferecem um distanciamento das formas verticais de governo e da mercantilização do setor público (Osborne, 2010a), enfatizando a necessidade de interações colaborativas entre os diversos atores (Torfing et al., 2020).

Rhodes (2012, 2021) elenca três ondas: governança em rede, metagovernança e governança descentralizada. Na primeira, o poder do Estado dispersa-se espacial e funcionalmente por diversas redes (interagindo com os três setores). Na segunda, o Estado coordena pela negociação, diplomacia e formas informais de direção (definindo regras; conexões emocionais; compreensão pública; *storytelling*; distribuindo recursos e autoridade). Na terceira, visão diversificada da autoridade e do exercício do Estado, com a construção social de padrões de regra pela capacidade dos indivíduos em criar significados na ação (abordagem centrada no ator, *bottom-up*, recolocando as pessoas na governança). As três coexistem resultando hibridismo na formulação, implementação e produção de bens e serviços públicos.

Klijn (2012), apesar das diferenças (Tabela 1), alude à dependência recíproca entre o NPG e o NPM, ambos incorporam ideias um do outro. Não competem, complementam-se. O NPM oferece ordem e controlo, mas tem dificuldade em lidar com a complexidade de governar, aspeto que o NPG consegue gerir. Este não lida eficientemente com formas de controlo e de avaliação de desempenho dos governos, essenciais ao NPM.

Tabela 1 – Principais diferenças entre NPM e NPG

	NPM	NPG
Foco	Intraorganizacional – mudanças e adaptações organizacionais e institucionais no setor público.	Interorganizacional – mudanças e adaptações nas relações entre governos e outros atores.
Objetivos	Melhora a eficácia e a eficiência da prestação de serviços públicos e das organizações públicas.	Melhora a coordenação interorganizacional e a qualidade da tomada de decisão.
Ideias centrais / técnicas de gestão	Emprega técnicas modernas de gestão, mecanismos de mercado, indicadores de desempenho e conselhos de consumidores para aprimorar a prestação de serviços.	Usando gerenciamento de rede: ativando atores, organizando pesquisas e coleta de informações (<i>joint fact-finding</i>), explorando conteúdo, organizando interações, regras de processo.
Política	Os funcionários eleitos estabelecem metas e a implementação é alcançada por agências independentes ou mecanismos de mercado com base em indicadores de desempenho claros.	As metas são desenvolvidas durante os processos de interação e tomada de decisão; os titulares de cargos eleitos fazem parte do processo ou são metagovernadores.
Complexidade	A sociedade moderna é complexa, há necessidade de objetivos claros e de uma implementação flexível. Afastamento de interações complexas com a sociedade. Recurso a conselhos de consumidores ou incentivos de mercado para governar as unidades de implementação.	A sociedade moderna é complexa e requer interdependência. Os cidadãos não aceitam decisões dos atores públicos pelo seu valor nominal. Participar da complexidade interagindo com os atores da sociedade é inevitável e/ou necessário para alcançar resultados satisfatórios.

Fonte: adaptado de Klijn (2012).

A literatura oferece diversas comparações entre o NPM e o NPG.

Torfig e Triantafillou (2013), (Tabela 2), utilizam quatro elementos constitutivos do sistema político-administrativo: *input* – fornecimento e processamento de insumos na demanda, apoio e mobilização de recursos; *withinput* – organização e criação de informação na configuração institucional de processos decisórios; *output* – conceção e implementação de

resultados em políticas, regulamentos e serviços públicos; *feedback* – avaliação de resultados com base em padrões normativos.

Tabela 2 – Comparação entre o sistema político-administrativo do NPM e do NPG

	Input	Withinput	Output	Feedback
NPM	Votação mais satisfação e escolha do usuário	Gestão estratégica de desempenho e quase-mercados: público vs. privado	Desregulamentação e serviços orientados pela demanda visando garantir a eficiência e a satisfação do usuário	Medição de desempenho e sanções por meio da concorrência
NPG	Votação e arenas para participação fortalecida, reunindo atores públicos e privados em diálogo contínuo	Colaboração entre diferentes níveis, setores e atores: público e privado	Novas ferramentas que capacitam e envolvem as partes interessadas na resolução de problemas públicos e na produção de serviços	Múltiplas formas de responsabilização baseadas em uma variedade de padrões sintonizados com a aprendizagem organizacional

Fonte: adaptado de Torfing e Triantafillou (2013).

Pollitt e Bouckaert (2017) comparam as principais reivindicações e mecanismos de coordenação (Tabela 3); Rhodes (2021) confronta os elementos básicos (Tabela 4) e Tenbenschel et al. (2021) comparam os principais contrastes (Tabela 5).

Tabela 3 – As reivindicações do NPM e NPG

	Principais reivindicações	Mecanismos de coordenação
NPM	Tornar o governo mais eficiente e responsivo ao consumidor injetando métodos empresariais	Tipo mercado: indicadores de desempenho, metas, contratos competitivos, quase-mercados.
Governance (NPG é uma variante)	Tornar o governo mais eficaz e legítimo, integração de atores sociais na formulação e implementação de políticas. Algumas vertentes da <i>Governance</i> têm uma abordagem em rede; e a maioria das vertentes enfatiza a horizontalidade sobre os controlos verticais	Redes e parcerias entre as partes interessadas, que trazem diferentes habilidades e recursos para resolução de problemas complexos.

Fonte: adaptado de Pollitt e Bouckaert (2017).

Tabela 4 – Elementos básicos no NPG em contraste com os do NPM

	Raízes teóricas	Tradição estadual	Unidade de análise	Foco principal	Mecanismo de alocação de recursos	Creças fundamentais
NPM	Teoria da escolha racional Estudos administrativos	Regulatório	A organização	Gestão de recursos organizacionais e desempenho	Mercados	Eficiência, competição e o mercado
NPG	Novo institucionalismo e teoria da rede	Diferenciado	A rede	Negociação de valores, significados e relacionamentos	Redes	Confiança e reciprocidade

Fonte: adaptado de Rhodes (2021).

Tabela 5 – Principais contrastes entre NPM e NPG

	Mecanismo central de coordenação social	Fonte de legitimidade	Formulação vs implementação de políticas	Práticas institucionais	Objetivo dos indicadores de desempenho	Instrumentos de política para melhoria do sistema
NPM	Mercados	Estado como condutor e comprador	Separado: o estado dirige (como principal); implementadores (como agentes)	Contratos clássicos (de preferência competitivos)	Monitoração do desempenho contratual	Metas, desempenho pago, incentivos contratuais
NPG	Nova governança pública	Valor público (cocriado por atores estatais e não estatais), Capacidade de lidar com problemas perversos	Fundido: implementadores têm papel na política de codesign (entrega de serviço)	Codesign, relacional, contratação / comissão	Aprendizagem, resolução conjunta de problemas	Processos de melhoria de qualidade, partilha de dados

Fonte: adaptado de Tenbense et al. (2021).

Torfin et al. (2020) apontam como desafios: o equilíbrio (governar demais – pacificar os outros participantes; governar pouco – surgem conflitos destrutivos); e evitar que gestores públicos marginalizem políticos eleitos. Os mesmos autores apresentam cinco argumentos contra: podem produzir processos de colaboração e inovação complexos, ingovernáveis e propensos a riscos (falta de acordo entre atores); ausência de garantias da adesão dos usuários, cidadãos e sociedade civil nas soluções públicas; *free-riding* (beneficiar sem contribuir); transparência pública (dificuldade em responsabilizar redes e parcerias por falhas de políticas ou governança); e aumentos de despesas. Bevir, (2011) acrescenta como potenciais problemas a legitimação, liderança e promoção de objetivos individuais ou organizacionais.

O NPG refletiu sobre as mudanças desde a crise económica dos anos 1970 e, em vez de substituir, reformulou e minimizou falhas das reformas anteriores, hibridizando os modelos (Tabensel et al., 2021; Torfin et al., 2020).

No NPG, a descentralização busca melhorar a colaboração, participação e responsabilização na formulação e implementação de políticas públicas, além de incentivar a participação dos outros setores. Também visa aumentar a capacidade dos atores locais em responder às necessidades dos cidadãos com conhecimentos e recursos (Ansell & Torfin, 2021; Ansell & al., 2022, Saito, 2011).

A descentralização é política: na democratização, amplia as oportunidades de participação dos cidadãos em decisões locais; economicamente, busca melhorar o bem-estar, tornando os serviços públicos mais responsivos às necessidades dos cidadãos (Saito, 2011).

Segundo o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, visa-se obter respostas mais eficazes e mensuráveis, com maior envolvimento da comunidade e um modelo de gestão integrado, criando-se sinergias pelo envolvimento da comunidade local e pela articulação entre os diversos níveis da AP.

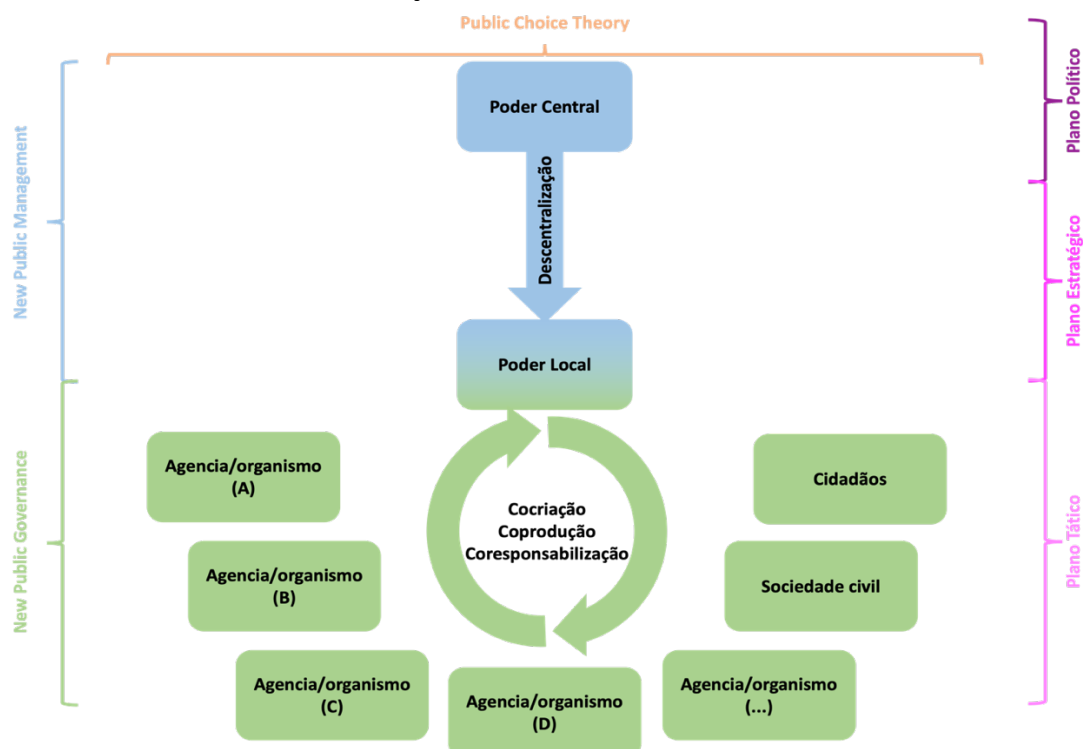
2.4. Enquadramento do processo de transferência de competências com as teorias

A coabitação entre teorias é comum. Ao se complementarem, respondem à dificuldade dos Estados lidarem com a crescente complexidade das sociedades (Klijn, 2012; Pinto, 2021; Pollitt & Bouckaert, 2017; Tabensel et al., 2021; Torfing et al., 2020).

O processo de descentralização, iniciado pelo XXI Governo Constitucional, pode ser analisado em três planos: o político, o estratégico e o tático. A cada plano está associado um dos modelos/teorias exploradas supra.

A Figura 1 ilustra, segundo a nossa interpretação, o processo de descentralização de competências para as autarquias locais.

Figura 1 – Processo de descentralização



Fonte: elaboração própria.

Aos objetivos explícitos, soma-se os implícitos: desoneração do Estado central (Almeida et al, 2023), redução da despesa pública (Santos & Anjos, 2023); desresponsabilização pela forma como os serviços são prestados (Rodrigues & Pedreiro, 2023); e pelos fracassos de políticas públicas centrais (Pereira, 2023).

A transferência de competências tem uma componente financeira, assente em situações pretéritas (Cristina, 2023), condicionado, centralmente, caso se pretenda aumentar a rede existente (Rodrigues & Pedreiro, 2023).

O processo de descentralização é um contínuo, no XIX Governo Constitucional, tinha como eixos a proximidade com os cidadãos e a descentralização administrativa (República Portuguesa, 2011); teria continuado no XX Governo Constitucional, ao pretender-se aprofundar o processo de descentralização em diversas áreas da AP (República Portuguesa, 2015b); no XXI Governo Constitucional desenvolveu-se o maior processo de descentralização de competências das últimas décadas (República Portuguesa, 2019).

O plano estratégico refere-se à própria transferência. O Governo pretende tornar os serviços mais eficientes e responsivos ao cidadão.

A descentralização assenta nos preceitos do NPM: flexibilidade, autonomia, orientação para o cliente, desburocratização, responsabilização, transparência, e melhoria do desempenho (Singh & Sachdeva, 2012).

O plano tático refere-se à operacionalização das competências através de redes de cooperação e coprodução entre os diferentes setores. Na saúde, são objetivos estratégicos o envolvimento da comunidade na participação, responsabilização e criação de sinergias (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro).

O NPG abrange modos interorganizacionais baseados em redes na prestação de serviços públicos (Osborne, 2010b). De sentido *bottom-up*, reconhece-se a dependência mútua de recursos, devendo-se envolver os vários setores (Torfing et al., 2020), pois nenhum ator detém em si todos os conhecimentos, recursos e capacidades para atingir os resultados desejáveis (Ansell & Torfing, 2022).

O Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro alude a relações verticais e horizontais.

Nas verticais:

- prestar informações ao Ministério da Saúde (alínea b do n.º 2 do art.º 4);
- parecer prévio vinculativo do Governo em novos investimentos (n.º 2 do art.º 12);
- parceria com a Administração Regional de Saúde (ARS) em diversos programas (alínea a do n.º 2 do art.º 16);
- articulação com diversos níveis da Administração Pública (alínea e do n.º 2 do art.º 5).

Nas horizontais, o município relaciona-se com:

- o ACeS:
 - articulação local em matéria de saúde (art.º 8),
 - programas de prevenção e promoção (alínea a do n.º 2 do art.º 16),
 - implementação de unidades móveis de intervenção (alínea d do n.º 2 do art.º 16);
 - delegação da gestão de pessoal (art.º 19);
- a comunidade local na gestão dos cuidados de saúde (n.º 1 e alínea b do n.º 2 do art.º 5);
- outras instituições no financiamento de programas (n.º 4 do art.º 16).

O conselho municipal de saúde (art.º 9) e a comissão de acompanhamento e monitorização (art.º 10) são bons exemplos destas relações interorganizacionais.

As relações aludidas vão ao encontro das ideias do NPG, no que se refere à adoção de uma visão interorganizacional da governança pública, mobilizando atores públicos e privados, em busca de objetivos num setor público que produz valor público para a sociedade, em vez de lucro para privados (Torfing et al., 2020).

3. DESCENTRALIZAÇÃO

3.1. Conceito

A literatura é unânime sobre a dificuldade de estabelecer uma definição única, dada a diversidade de significados, variando conforme o país, idioma, contexto, história e campo de pesquisa (Dubois & Fatorre, 2009; Regmi, 2013; Terlizzi, 2019).

A dicotomia entre descentralização e centralização remonta aos primórdios dos estudos sobre AP (Pollitt, 2007), porém o interesse pela descentralização intensificou-se após a Segunda Guerra Mundial (Aucoin, 1997; Dubois & Fatorre, 2009; Garmendia, 2021; Santagati, et al., 2020; Terlizzi, 2019).

Dubois e Fatorre (2009) apontam como marcos para o crescimento do interesse científico na descentralização: a II Guerra Mundial, como reação à concentração de poderes e presença governamental; os processos de descolonização nas décadas de 1960 e 1970; e o colapso da União Soviética.

A descentralização é vista como “bala mágica” para diversos dilemas e problemas estruturais e políticos em diferentes domínios da governação (Saltman & Vrangbaek, 2007; Vrangbaek, 2007).

Segundo a literatura, a descentralização deve-se a fatores como: resposta às exigências do contexto de governança (novo paradigma de gestão pública) (Aucoin, 1997); fortalecimento do Estado (Faguet et., al., 2014); eficiência da máquina administrativa (Uddin, 2018); e tornar as administrações públicas mais eficientes, flexíveis e responsivas (Faguet & Poschl, 2015; Pollitt, 2007).

Apesar de global (Faguet & Poschl, 2015; Pollitt, 2007, Santagati, et al., 2020; Schakel, 2021), o conceito de descentralização é difícil de definir e padronizar, devido à sua polissemia e plasticidade (Aucoin, 1997; Dubois & Fatorre, 2009; Pollitt, 2007; Saltman & Bankauskaite, 2006; Santagati, et al., 2020).

Alguns autores alertam que as definições podem ser enganosas e as tipologias não capturam todas as dimensões do conceito. O termo pode ser ambíguo, referindo-se tanto ao estado da

descentralização (dinâmico) quanto ao processo de descentralização (estático). O primeiro refere-se à descentralização como estrutura; o segundo, como reforma (Saltman & Bankauskaite, 2006; Dubois & Fatorre, 2009).

Embora sugira um movimento do centro para fora, não há uma definição concreta do conceito, sendo concetualizado de várias formas diferentes (Dardanelli, 2021; Faguet & Poschl, 2015; Nunes & Ferreira, 2022; Saltman et al., 2006).

Para Schneider (2003), é consensual que a transferência de poder e recursos para os governos nacionais não é descentralização, mas a suposição geral é que a descentralização inclui essas transferências.

Apesar da falta de consenso na definição, pode-se afirmar que a descentralização refere-se a uma mudança política, na qual se transferem responsabilidades do governo central para outros níveis de governo (Faguet & Poschl, 2015; Nunes & Ferreira, 2022; Saltman et al., 2006).

3.2. Tipos de descentralização

As últimas décadas foram profícuas no desenvolvimento e teorização de diversas formas de descentralização (Cohen & Peterson, 1999; Dardanelli, 2021; Santagati et al., 2020), destacando-se as seguintes distinções:

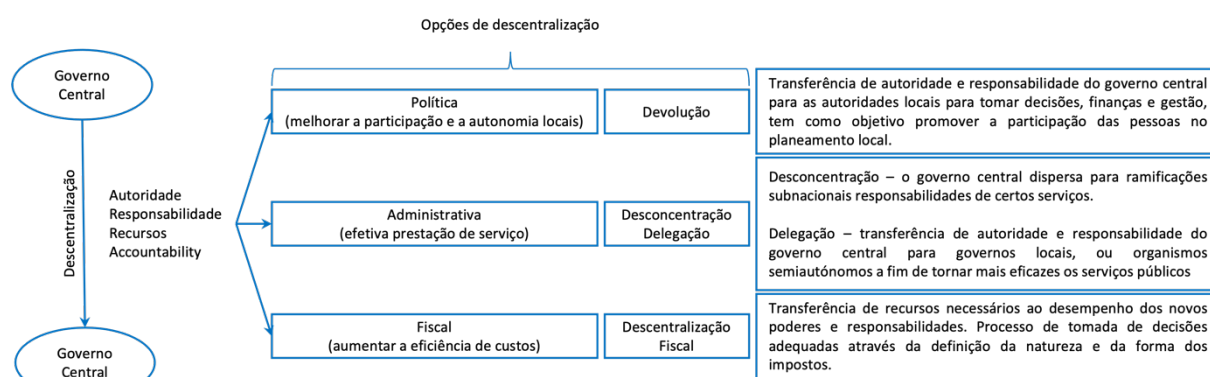
- política, administrativa e fiscal (Falleti, 2005; Saltman & Bankauskaite, 2006; Schneider 2003; Schakel, 2021; Smoke 2003);
- devolução, delegação, desconcentração e privatização (Rondinelli, 1981; Rondinelli et al., 1983; Manor, 1999; Smith 2001);
- horizontal e vertical (Dubois & Fattore, 2009; Pollitt, 2007);
- interna e externa (Pollitt, 2007);
- funcional e territorial (Cohen & Peterson, 1999).

Treisman (2002) analisa-a em seis dimensões: vertical (número de níveis); tomada de decisão (autonomia dos agentes subnacionais nas decisões políticas); nomeação (as nomeações executivas são no mesmo nível ou inferior ou superior); eleitoral (eleitos ou não); fiscal

(participação dos governos subnacionais nas receitas fiscais ou despesas públicas); e pessoal (participação dos governos subnacionais no total de funcionários da Administração Central).

Regmi (2013) destaca que a complexidade em definir descentralização decorre da introdução de diversos paradigmas e perspectivas, além de sua multiplicidade de formas e dimensões, incluindo vários rótulos (Figura 2).

Figura 2 – Tipologia da descentralização



Fonte: Adaptado de Regmi (2013).

A divergência quanto à definição de descentralização estende-se às suas formas. A plasticidade e polissemia do conceito resultam em críticas ou oposições. Parte da literatura argumenta contra a inclusão de formas diversas de descentralização.

Bankauskaite e Saltman (2007) observam que a inclusão da desconcentração, devolução e privatização como formas de descentralização é criticada.

Para Schakel (2021), a delegação para organizações corporativas ou governamentais quase autónomas não é descentralização. O mesmo diz Regmi (2013) sobre a privatização, pois visa o lucro, não o bem comum, e a devolução e a desconcentração podem levar à privatização. Terlizzi (2019), também, tece críticas à desconcentração e privatização.

Dardanelli (2021), após analisar vários autores, identifica um consenso em cinco pontos, apesar da ausência de uma definição unânime de descentralização:

- i) refere-se à distribuição de poder dentro de uma organização, especialmente quanto à autonomia entre unidades;

- ii) deve ser entendida como um contínuo, e não uma dicotomia entre descentralização e centralização;
- iii) pode ser vista em duas dimensões:
 - a. vertical – distribuição de poderes entre níveis do governo;
 - b. horizontal – distribuição de poderes no mesmo nível de governo;
- iv) a dimensão vertical tem três âmbitos:
 - a. institucional – autonomia das instituições subnacionais em relação aos níveis superiores,
 - b. político – controle dos governos subnacionais sobre políticas nos seus territórios,
 - c. fiscal – autonomia na angariação de receitas para financiar instituições e políticas locais;
- v) pode ser encarada tanto de uma perspectiva estática como dinâmica (distribuição de poderes num dado momento ou mudanças na distribuição ao longo do tempo).

3.2.1. Descentralização política, administrativa e fiscal

Historicamente, uma distinção importante que se cristalizou foi entre a descentralização política, administrativa e fiscal.

Schneider (2003) distingue essas três formas de descentralização:

- política: grau de autonomia dos governos subnacionais em assumir funções políticas;
- administrativa: autonomia em relação ao controle central;
- fiscal: grau de transferência do impacto fiscal para as entidades não centrais.

Em linha, Falleti (2005) define descentralização política como o conjunto de emendas constitucionais e reformas eleitorais que abrem espaço para a representação das entidades governamentais subnacionais; a administrativa como a transferência de políticas de administração e serviços sociais para governos subnacionais; e a fiscal como políticas que aumentam a receita ou a autonomia fiscal desses governos (exemplo: novos impostos, delegação de autoridade tributária ou aumento das transferências do governo central).

Portanto, a descentralização é um processo abrangente que inclui reformas administrativas, fiscais e políticas. Essas reformas devem ser estudadas em conjunto, pois o tipo de interesse

territorial predominante (nacional ou subnacional) em cada coligação descentralizadora determina o tipo de reforma adotada, e a ordem sequencial das reformas explica a mudança no equilíbrio de poder intergovernamental (Falleti, 2010).

Se os interesses nacionais predominarem, a descentralização tende a ser administrativa; se os subnacionais prevalecerem, é provável uma descentralização política ou fiscal. Assim, do ponto de vista do governo central, a sequência das reformas seria administrativa -> fiscal -> política; enquanto do ponto de vista dos governos subnacionais, seria política -> fiscal -> administrativa (Falleti, 2010).

Em Portugal, o processo foi iniciado pelo governo central, resultando predominantemente em uma descentralização administrativa, o que aumenta o poder de barganha do governo central em futuras negociações (Falleti, 2010).

3.2.2. Devolução, delegação, desconcentração e privatização

Em 1981, Rondinelli propôs duas distinções de descentralização. Uma distingue entre descentralização funcional e regional. A funcional envolve a transferência de autoridade para organizações especializadas, tanto nacionais quanto locais, para executar tarefas específicas. A regional transfere a responsabilidade por funções públicas para organizações dentro de limites subnacionais definidos, sejam eles geográficos ou políticos (Rondinelli, 1981).

A segunda, classifica a descentralização em diferentes graus: desconcentração, delegação, devolução (Rondinelli, 1981) e privatização (Rondinelli et al., 1983):

- Desconcentração: transferência de responsabilidades de agências ou ministérios do governo central para unidades locais, sendo a forma mais fraca de descentralização, pode não envolver transferência de autoridade decisória (Rondinelli, 1981).
- Delegação: transferência de responsabilidades para organismos indiretamente controlados por quem delega (Rondinelli, 1981).
- Devolução: transferência de responsabilidades para organismos pouco ou nada controlados por quem delega (Rondinelli, 1981).

- Privatização: transferência total de responsabilidades do governo central para organizações voluntárias ou empresas privadas (Rondinelli et al., 1983).

3.2.3. Horizontal e vertical

A descentralização horizontal refere-se à distribuição de poderes entre diversos níveis hierárquicos dentro do governo. A descentralização vertical refere-se à distribuição de poderes entre diversas organizações que não têm uma relação hierárquica entre si (Dardanelli, 2021; Dubois & Fattore, 2009; Pollitt, 2007). As relações entre essas organizações devem ser baseadas na especialização, coordenação e cooperação, ao invés da rigidez hierárquica (Pollitt, 2007).

3.2.4. Interna e externa

A descentralização interna ocorre dentro dos níveis de governo pela delegação. A descentralização externa ocorre fora do governo, pela devolução de poder para outras organizações fora do controle direto do governo (Dardanelli, 2021; Pollitt, 2007).

3.2.5. Funcional e territorial

A descentralização funcional envolve a transferência de responsabilidades do governo central para organizações paraestatais sob controle governamental ou para organizações fora da jurisdição governamental, entidades privadas ou sociais. A territorial refere-se à transferência de bens e serviços públicos de um nível central para unidades locais, mantendo-se sob a hierarquia e jurisdição do governo central (Cohen & Peterson, 1999).

3.3. Vantagens e desvantagens da descentralização

A descentralização tornou-se um fenômeno global adotado por muitos países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento, com o objetivo de melhorar a prestação de serviços públicos, gestão pública, *accountability*, desenvolvimento económico, equidade e promover a estabilidade nacional (Smoke, 2015a).

Manor (1999) observa que cada país tem as suas próprias motivações, que podem incluir a redução da pobreza rural, fortalecimento da sociedade civil e identidade nacional,

aprofundamento da democracia, ou transferência de responsabilidades para governos subnacionais.

A descentralização é vista como uma solução para uma variedade de problemas (Faguet et al., 2014). Pollitt (2007) compara-a a um ator popular que, embora receba muitos papéis secundários e seja reconhecido, raramente desempenha o papel principal.

O Quadro 3 apresenta as principais vantagens e desvantagens da descentralização.

Quadro 3 – Vantagens e desvantagens da descentralização

Vantagens	Desvantagens/críticas
<ul style="list-style-type: none"> • acelera a tomada de decisão ao reduzir a informação e burocracia; • as decisões são tomadas mais perto dos cidadãos; • considera as idiossincrasias locais; • reduz a interferência política em assuntos que são melhor geridos sem intervenção política; • estimula a inovação; • melhora a motivação; • aproxima o poder político dos cidadãos; • torna os políticos mais visíveis e responsivos; • aproxima o cidadão da política; • flexibilização da alocação de recursos; • maior economia e eficiência na gestão de recursos; • melhorar o desempenho dos recursos financeiros e humanos do governo; • abre caminhos para a governança; • fortalece o sistema de governo local; • permite que a administração local e a sociedade contribuam nas atividades nacionais; • melhora a gestão ao regionalizar e delegar autoridade e responsabilidade; • maior rapidez e frequência de comunicação entre os diversos níveis de governo. 	<ul style="list-style-type: none"> • inibe economias de escala; • dificuldade em reter massa crítica especializada; • padronização dos serviços, lava a maior equidade; • a centralização facilita a coordenação de políticas e programas; • não tem uma linha de responsabilização clara; • risco de incumprimento da disciplina económica; • risco de falhas de coordenação fiscal entre níveis de governo, resultando em ineficiência; • risco de politização local; • insuficiente especialização; • risco de aplicação desigual das leis; • mentalidade federalista vs unidade e identidade nacional; • risco de grupos rebeldes exigirem mais autonomia; • risco de governos subnacionais administrarem assuntos de forma independente; • risco de captura dos fundos descentralizados pelas elites locais; • pode aumentar a discricionariedade das elites locais na distribuição de bens públicos.

Fonte: Adaptado de Aucoin (1997), Faguet et al. (2014), Ladner e Keuffer (2023); Pollitt (2007), Treisman (2007) e Uddin (2018).

Através das vantagens, desvantagens e riscos, pode-se elaborar a análise SWOT da descentralização (Quadro 4), identificando fatores que afetam o processo e desenvolvendo estratégias para melhorar a descentralização, visando atingir os objetivos propostos e aumentar as vantagens competitivas.

Quadro 4 – Análise SWOT da descentralização

Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)
<p>Agilidade e flexibilidade: Decisões mais próximas das comunidades permitem ações rápidas e adaptadas às necessidades locais.</p> <p>Envolvimento da sociedade civil: Maior participação cívica, com inclusão de diversas perspectivas na tomada de decisões.</p> <p>Respostas direcionadas: Políticas ajustadas para atender às características e necessidades específicas de cada região.</p> <p>Equidade no desenvolvimento regional: Redução das assimetrias regionais, com melhor alocação de recursos e desenvolvimento de áreas desfavorecidas.</p> <p>Eficiência local: Conhecimento local facilita decisões mais ágeis, flexíveis e eficientes.</p> <p>Inovação: Tomada de decisões regionais estimula a inovação e soluções adequadas ao contexto específico.</p> <p>Desburocratização: A proximidade ao poder decisório reduz a burocracia e permite respostas mais rápidas às questões locais.</p>	<p>Falta de coordenação: Pode gerar descoordenação entre unidades administrativas, resultando em esforços duplicados e desalinhamento estratégico.</p> <p>Inconsistência de qualidade: Sem diretrizes claras, pode haver variações na qualidade dos serviços públicos e políticas.</p> <p>Desigualdade potencial: A falta de equilíbrio na distribuição de recursos pode acentuar desigualdades entre regiões.</p> <p>Desafios de capacitação: Nem todas as regiões possuem recursos administrativos, técnicos e financeiros para decisões eficazes.</p> <p>Assimetrias regionais: Regiões desfavorecidas podem enfrentar dificuldades em lidar com responsabilidades ampliadas.</p> <p>Falta de coerência: Políticas fragmentadas podem surgir, prejudicando a coordenação de questões globais.</p> <p>Risco de corrupção: A proximidade do poder aumenta o risco de corrupção, má gestão e clientelismo, sem sistemas adequados de controle.</p>
Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)
<p>Inovação: Soluções criativas para enfrentar desafios locais incentivam a inovação.</p> <p>Desenvolvimento econômico: Alocação de recursos baseada nas necessidades reais pode impulsionar o empreendedorismo e criar empregos.</p> <p>Empowerment da sociedade civil: A participação ativa na formulação de políticas públicas promove transparência e responsabilidade.</p> <p>Governança eficiente: A proximidade do poder decisório permite modelos de governança mais flexíveis e cooperativos, melhorando a qualidade dos serviços.</p> <p>Políticas experimentais: Regiões podem testar diferentes políticas, permitindo a adaptação e identificação de melhores práticas.</p> <p>Melhoria dos serviços públicos: Decisões locais resultam em serviços públicos mais eficazes e ajustados às necessidades da comunidade.</p> <p>Fixação de pessoas: Melhor qualidade dos serviços públicos atrai e fixa novas pessoas na região.</p>	<p>Fragmentação política: Regiões podem priorizar interesses próprios, negligenciando os nacionais.</p> <p>Risco de corrupção: Aumenta o risco de clientelismo e corrupção, se faltarem mecanismos de controle e transparência.</p> <p>Falta de recursos: Regiões desfavorecidas podem enfrentar dificuldades de recursos e de competências para gerir responsabilidades transferidas.</p> <p>Coordenação intergovernamental: A complexidade de coordenação entre níveis de governo pode gerar disputas políticas e falta de comunicação eficaz.</p> <p>Fragmentação nacional: Em excesso pode enfraquecer a coesão e identidade nacional.</p> <p>Conflitos inter-regionais: Podem emergir conflitos devido a decisões descentralizadas, gerando tensões.</p> <p>Instabilidade política: Pode causar instabilidade política, sem mecanismos de coordenação adequados.</p> <p>Falta de cooperação internacional: Pode dificultar a colaboração em questões globais ou regionais.</p> <p>Voto com os pés: Populações podem migrar para regiões que melhor atendem às suas necessidades.</p>

Fonte: elaboração própria.

3.4. Os governos e a descentralização

Desde 1950, os governos centrais têm adotado a descentralização como tendência global. Em diferentes graus, há uma partilha de autoridade e responsabilidade sobre políticas públicas entre níveis de governo ao redor do mundo (Atkinson, 2007; Terlizzi, 2019).

Os atores políticos nem sempre deixam claros os motivos que os levam a escolher uma política em detrimento de outra. Frequentemente, agindo conforme a conveniência política, em vez de seguir uma ideologia ou o bem comum (Faguet & Shami, 2022).

A descentralização implica a transferência de algum poder do governo central para níveis subnacionais, resultando na perda de poder de uns em favor de outros (Caeiro et al., 2022).

Eaton (2004) distingue dois sentidos da descentralização:

- *Top-down*: reforma intencional em que os atores políticos descentralizam voluntariamente, levantando a questão dos motivos para abdicar de parte do poder.
- *Bottom-up*: pressão dos atores subnacionais sobre o governo central para transferir mais poder e recursos.

Então, por que um governo central abdicaria parte do seu poder em favor de níveis de governo que podem estar fora de seu controle?

A descentralização é impulsionada pelos benefícios a ela associados. Na economia, há uma melhor adequação dos gastos às necessidades dos cidadãos, decisões públicas de maior qualidade baseadas em informações precisas, e a capacidade dos cidadãos em "votar com os pés" em busca de melhores respostas às suas necessidades. Na governança, governos menores e mais próximos dos cidadãos são mais responsivos e tomam decisões mais responsáveis; além disso, governos flexíveis e sensíveis às necessidades locais podem aliviar tensões políticas e reduzir o risco de instabilidade política (Faguet, 2014; Faguet & Shami, 2022).

Diversos argumentos são apresentados na literatura: a percepção de que as perspectivas são melhores no nível subnacional (O'Neill, 2003); oportunidades de clientelismo para manter o partido no poder (Green, 2010); descentraliza-se quando os partidos são fracos e centraliza-se quando são fortes (Dickovich, 2011); calculismo de curto prazo ou meio de obtenção de determinados fins (Eaton, 2004, Faguet & Shami, 2022); sobrevivência política ou consolidação do poder (Faguet & Poschl; 2015); forma de desonerar o governo central e de

aumentar os encargos dos governos subnacionais (Almeida et al., 2023; Rodrigues & Pedreiro, 2023); ou forma de diminuir a despesa pública (Santos & Anjos, 2023).

Contudo, os resultados nem sempre correspondem às expectativas (Faguet & Shami, 2022; Rondinelli et al., 1983).

A disparidade de *outcomes* deve-se ao mau desenho do processo e pelas reais intenções da descentralização (Faguet & Poschl, 2015; Faguet & Shami, 2022); por dificuldades administrativas, ser um meio para se atingirem objetivos específicos, e à resistência em abrir mão do poder por parte dos políticos ou da AP (Rondinelli et al., 1983, Smoke, 2015b).

Para Smoke (2015b), o insucesso pode ocorrer porque os atores políticos não planejam o processo de forma coerente, e porque os burocratas, dependendo de como se veem no processo, podem influenciar positivamente ou negativamente a implementação da descentralização.

Segundo Rondinelli et al. (1983), o sucesso depende de:

- apoio do governo central e da burocracia às organizações que assumem novas responsabilidades;
- comportamento, atitudes e cultura que favoreçam a tomada de decisões descentralizadas;
- políticas e programas concebidos para promover a gestão descentralizada;
- adequação dos recursos transferidos (financeiros, humanos e físicos) às novas responsabilidades.

A descentralização muda a forma de gerir as funções públicas e os recursos, é um fenómeno heterogéneo que deve ser adaptado às circunstâncias e aos objetivos traçados. Portanto é essencial considerar a diversidade dos objetivos, formas e elementos envolvidos, o contexto nacional, o dinamismo da burocracia e a complexidade dos contextos locais, além da forma e processo de implementação, tanto nacional como localmente (Smoke, 2015b).

Segundo Faguet e Shami (2022) o busílis da questão reside na diferença entre o tempo da política e o tempo da descentralização. A descentralização é uma mudança profunda na

estrutura da autoridade e das finanças públicas, com efeitos de longo prazo e não uma medida política específica de curto prazo ou isolada.

Em suma, espera-se que a descentralização melhore o funcionamento dos governos nacional e local. No entanto, sendo um fenómeno intrinsecamente político, os objetivos reais são múltiplos (Smoke, 2015b).

3.5. A descentralização no sector da saúde

Diversos agentes veem a descentralização como uma medida política desejável em si, mas é importante lembrar que a descentralização deve ser vista como um meio para um fim, e não como um objetivo final (Atkinson, 2007). Ela não é uma "bala mágica" que resolve automaticamente problemas estruturais e políticos (Saltman & Vrangbaek, 2007).

A saúde é dos setores frequentes na descentralização. Na Europa, remonta ao século XIX, com a transferência, em 1864, da responsabilidade operacional dos hospitais suecos para o nível regional e os seguros sociais de saúde na Alemanha em 1883 (Saltman & Vrangbaek, 2007).

A onda de descentralização das políticas públicas de saúde espalhou-se dos países nórdicos para o sul da Europa, tornando-se uma referência para fortalecer governos subnacionais em vários setores, incluindo a saúde (Nunes & Ferreira, 2022; Terlizzi, 2019).

Descentraliza-se para satisfazer as necessidades dos cidadãos, promover políticas públicas baseadas na proximidade da AP (Nunes & Ferreira, 2022), e aumentar a eficiência dos governos, aproximando o poder de decisão das necessidades dos cidadãos (Oates, 1972).

A descentralização tem o potencial de melhorar a eficiência, eficácia e padrões dos sistemas de saúde, promover o empoderamento, a equidade das comunidades e aumentar a transparência, qualidade, responsabilidade e legitimidade (Bossert et al., 2000; Prud'homme, 1995; Regmi, 2013).

Prud'homme (1995) compara a descentralização a um medicamento potente, que, se administrado corretamente, pode ter o efeito desejado, mas, nas circunstâncias erradas, pode agravar problemas em vez de resolvê-los. Possíveis problemas incluem o aumento das

desigualdades entre comunidades, prejudicar a estabilidade macroeconômica, reduzir a eficiência e aumentar a corrupção.

Regmi (2013) também adverte que a descentralização é uma abordagem abrangente, mas não uma solução definitiva para a reforma do setor da saúde, e que deve ser equilibrada entre centralização e descentralização.

As dificuldades residem na escolha das funções a descentralizar, em que setores e regiões. O problema não é apenas decidir se um serviço deve ser prestado pelo governo central, regional ou local, mas organizar a produção conjunta desse serviço entre os diferentes níveis de governo (Oates, 1999; Prud'homme, 1995).

O denominador comum nos argumentos pró-descentralização, e também um contra-argumento, é o seu potencial. A descentralização tem potencial para trazer vários benefícios, mas não garante a sua realização (Caeiro et al., 2022). Isso justifica os alertas de autores como Regmi (2013) e Prud'homme (1995) e a insistência na importância das intenções políticas e do contexto envolvente (Faguet et al., 2014; Faguet & Poschl, 2015; Faguet & Shami, 2022; Falletti, 2010).

Na saúde, espera-se que a descentralização remodele a estrutura e as funções dos serviços, promovendo mudanças duradouras na saúde das comunidades (Bankauskaite & Saltman, 2007; Topi & Regmi, 2013).

Dada a complexidade, não é surpreendente que a descentralização no setor da saúde em muitos países tenha sido parcial (Saltman & Bankauskaite, 2006), com resultados abaixo das expectativas (Tobi & Regmi, 2013).

3.5.1. Argumentos a favor e contra a descentralização no setor da saúde

As motivações para descentralizar no setor da saúde incluem tornar os serviços mais responsivos às necessidades das pessoas, desburocratizar processos, melhorar a qualidade dos serviços, motivar os colaboradores, atualizar práticas clínicas e atender melhor às necessidades de saúde das comunidades (Atkinson, 2007; Regmi, 2013; Terlizzi, 2019; Tobi & Regmi, 2013).

Embora a descentralização possa trazer várias vantagens ao setor, ela também enfrenta críticas (Quadro 4).

Quadro 5 – Argumentos a favor e contra a descentralização no setor da saúde

A favor	Contra
<p>Eficiência técnica: Redução de custos e burocracia, maior adequação as reais necessidades das comunidades, serviços de saúde mais económicos e direcionados, promovendo diferenciação.</p> <p>Eficiência locativa: Melhoria na responsabilização e capacidade de resposta, adequação dos serviços às necessidades locais, proximidade entre decisores e comunidade, alocação de recursos alinhada às preferências e necessidades, aumentando a satisfação.</p> <p>Melhoria organizacional: Otimização no recrutamento e alocação de recursos humanos, maior responsabilização e coordenação, motivação dos colaboradores, melhor fluxo de doentes e cumprimento de metas de produtividade, eficiência e controle de despesas</p> <p>Inovação: Competição saudável entre governos subnacionais, políticas focadas na comunidade e desenvolvimento de boas práticas.</p> <p>Envolvimento das comunidades: Participação ativa das comunidades na gestão da sua saúde, promovendo coprodução e colaboração entre setores público, privado e social.</p>	<p>Ineficiência técnica: Falhas em explorar economias de escala.</p> <p>Desequilíbrios entre regiões: Diferenças de <i>know-how</i> e capacidades técnicas, humanas e financeiras na prestação de cuidados de saúde.</p> <p>Desequilíbrios financeiros: Falta de coordenação entre políticas nacionais e locais pode comprometer a disciplina financeira e a sustentabilidade das finanças públicas.</p> <p>Captura política: Perigo de corrupção e influência das elites locais.</p> <p>Sub-representação de minorias: Dificuldade em obterem representação formal.</p> <p>Atração de profissionais qualificados: regiões com pouca atratividade.</p> <p>Padronização inconsistente: Cuidados de saúde não são uniformes entre as regiões.</p> <p>Desequilíbrios: Diferenças entre justiça e equidade no acesso a serviços entre regiões.</p> <p>Poder central: Necessidade de manter a capacidade de impor melhores soluções e implementar planos nacionais.</p> <p>Centralização da informação: Coleta de dados e controle de desempenho devem ser centralizados para promover aprendizagem entre regiões.</p> <p>Desequilíbrios de coordenação: Duplica serviços e gera ineficiências na coordenação entre regiões.</p> <p>Externalidades negativas: Decisões em uma região podem impactar negativamente outras, devido à competição por recursos humanos, técnicos e financeiros, além de pacientes.</p>

Fonte: elaboração própria adaptado de Bankauskaite e Saltman (2007); Bossert et al. (2000); Caeiro et al. (2022); Mills et al. (1990); Prud'homme (1995); Saltman e Bankauskaite (2006); Terlizzi (2019); Vrangbaek (2007).

Segundo Tobi e Regmi (2013), a reforma do setor da saúde é um processo multidimensional que envolve a definição de prioridades, o aperfeiçoamento das políticas de saúde e a reestruturação das organizações e instituições de saúde.

Estes autores defendem a necessidade de captar recursos humanos de qualidade, melhorar as funções e estruturas das organizações de saúde, reforçar as abordagens dos governos subnacionais, melhorar os sistemas de governança em todos os níveis, garantir um financiamento seguro, estabelecer parcerias robustas, integrar e coordenar os serviços de saúde nos cuidados primários e otimizar o acesso e uso dos serviços de saúde (Tobi & Regmi, 2013).

Em suma, para haver mudanças duradouras nos sistemas de saúde e na saúde das comunidades é necessário captar os aspetos da saúde das populações, tornar os serviços mais responsivos às necessidades e exigências das comunidades e que haja proteção financeira.

3.6. Experiência no setor da Saúde em Portugal

Portugal foi o segundo país do sul da Europa a criar um sistema nacional de saúde na década de 1970. Desde o início, havia o objetivo de estabelecer um SNS descentralizado. Após algumas tentativas sem sucesso, em 1993, foram criadas cinco administrações regionais de saúde, mas a responsabilidade pelo financiamento, planeamento e alocação de recursos permaneceu com o governo central (Terlizzi, 2019).

No setor da saúde, as expectativas dos cidadãos têm aumentado desde 2016, devido à perceção de melhoria na qualidade dos cuidados, especialmente na saúde pública e cuidados primários (Nunes & Ferreira, 2019a, 2022).

3.6.1. Descentralização no Serviço Nacional de Saúde em Portugal

A criação do SNS em Portugal alicerça-se na Constituição de 1976, onde o artigo 64.º estabelece o direito à proteção da saúde, assegurado por um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (Decreto de aprovação da Constituição, 1976, de 10 de abril).

O cunho descentralizante vem desde 1979, pelo artigo 2.º, da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que descreve o SNS como uma rede de órgãos e serviços com gestão descentralizada e democrática, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde. No n.º 1 do artigo 18.º, também concede autonomia administrativa e financeira ao SNS, com uma estrutura descentralizada e desconcentrada, englobando órgãos centrais, regionais e locais, além de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados.

A descentralização foi reforçada na primeira revisão constitucional, em 1982, adicionando um n.º 4 ao artigo 64.º, confirmando a gestão descentralizada e participativa do SNS (Lei Constitucional n.º 1/82, de 30 de setembro).

Em 1982, o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, criou as administrações regionais de saúde, substituindo as administrações distritais criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro.

Segundo Nunes e Ferreira (2018), o processo de descentralização começou na década de 1990, sendo fundamentais dois diplomas: a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, que reafirma a organização regionalizada e a gestão descentralizada do SNS (Base XXIV); e o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que cria as novas Administrações Regionais de Saúde e extingue as anteriores. O SNS foi organizado em cinco regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, subdivididas em sub-regiões e áreas de saúde.

Em 1999, foram definidos os regimes dos Sistemas Locais de Saúde para promover a saúde e a eficiência dos recursos (A. M. Nunes, 2021).

Nos últimos anos, destacam-se a Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, que estabelece o quadro de transferência de competências para autarquias locais e entidades intermunicipais; e o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, que concretiza essas transferências no domínio da saúde.

Em 2019, a nova Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, reafirmou a organização regionalizada e a gestão descentralizada e participada do SNS (Base XX).

Em 2022, o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o novo Estatuto do SNS, reafirmando sua organização territorial por regiões de saúde e funcionalmente por níveis de cuidados. Os estabelecimentos e serviços devem orientar-se pela proximidade da prestação, integração de cuidados e articulação inter-regional.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, promoveu diversas reestruturações e sucessões nos serviços e organismos do Ministério da Saúde

Em suma, o alvorecer do século XXI trouxe sinais de ineficiências na gestão dos serviços de saúde e dificuldades de acesso, levando a uma reavaliação da política nacional de saúde e das formas de gestão pública. A descentralização nos cuidados de saúde primários começou a ser considerada em 2014 e vem sendo implementada desde 2019 (Caeiro et al., 2022; Nunes & Ferreira, 2022).

3.6.2. Transferência de competências do domínio da saúde para as autarquias locais

O XXI Governo Constitucional reformou o modelo de funcionamento do Estado com base na descentralização, visando ir ao encontro dos interesses dos cidadãos e de tornar a AP mais ágil, eficiente e responsiva. No setor da saúde, os objetivos incluíram garantir melhor acesso ao SNS, fortalecer estratégias de prevenção de doenças e promover uma distribuição equitativa dos recursos (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro; República Portuguesa, 2015a).

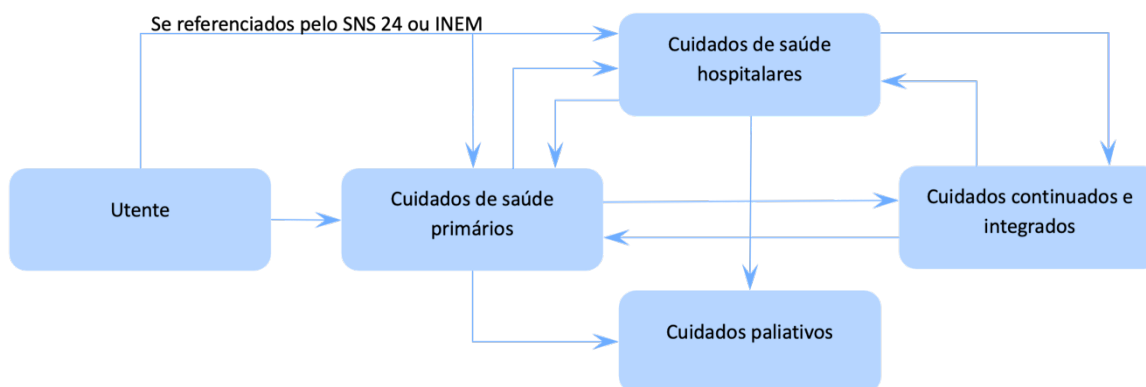
A transferência de competências no domínio da saúde tem base legal na Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, que estabelece o quadro de transferências de competências, e no Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, que especifica essas transferências para os órgãos municipais.

Os objetivos estratégicos desta descentralização incluem o aprimoramento do serviço público e a criação de um modelo de gestão mais integrado dos cuidados de saúde primários a nível municipal. Assim sendo pretende-se (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro):

- promover e aumentar a eficácia e eficiência na gestão dos recursos da saúde;
- criar sinergias com a Comunidade Local na prestação de cuidados de saúde;
- obter melhores resultados em saúde no município;
- melhorar a articulação entre os níveis da AP;
- desenvolver projetos de excelência e incentivar a inovação;
- promover a participação da comunidade local na gestão dos cuidados de saúde;
- responsabilizar as diversas entidades e organismos pela qualidade dos serviços.

A descentralização nos cuidados de saúde primários é crucial porque esses serviços são exclusivos do setor público, estão mais próximos das comunidades, representam a porta de entrada no sistema de saúde, oferecem uma resposta integrada e centrada no cidadão, família, comunidade e articulam-se com os diversos níveis de cuidados no SNS (Figura 3) (A. M. Nunes, 2021; Nunes & Ferreira, 2019b).

Figura 3 – Articulação entre os níveis de cuidados no SNS



Fonte: Nunes (2021).

A organização dos cuidados de saúde primários, em Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), é um aspeto importante. Ao integrar diversas unidades funcionais, facilita o acesso, eficiência e qualidade dos cuidados. As unidades funcionais incluem Unidades de Saúde Familiares; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidades de Cuidados na Comunidade; Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

O Governo, para alcançar os objetivos estabelecidos (artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro), transferiu para os municípios as seguintes competências:

- participar no planeamento, gestão e realização de investimentos para construção, equipamento e manutenção de unidades de cuidados de saúde primários;
- gestão, manutenção e conservação de equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários;
- gestão de recursos humanos na carreira de assistente operacional dos ACeS;
- gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACeS;
- parceria em programas de prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis e envelhecimento ativo (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de setembro).

Estas competências gerais são detalhadas nos artigos 12.º a 19.º:

- 1) participar no planeamento, gestão e realização de investimentos para construção, equipamento e manutenção de unidades de cuidados de saúde primários:
 - a. realizar investimentos na construção e equipamento de novas unidades, com parecer prévio do Governo (n.º 1 e n.º 2 do artigo 12.º);

- b. gerir e manter instalações e equipamentos, incluindo os da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) (n.º 3 do artigo 12.º);
 - c. desenvolver programas de apoio financeiro às operações de investimento em unidades de prestação de cuidados de saúde primários, por dotações do Orçamento de Estado ou por verbas de fundos europeus (n.º 1 do artigo 13.º);
- 2) gestão, manutenção e conservação de equipamentos:
- a. garantir a qualidade e segurança das instalações (alínea a do n.º 2 do artigo 14.º);
 - b. prestar informações ao Ministério da Saúde (alínea b do n.º 2 do artigo 14.º);
 - c. assegurar altos níveis de serviço; (alínea c do n.º 2 do artigo 14.º);
- 3) gestão de recursos humanos na carreira de assistente operacional:
- a. transferência de trabalhadores na carreira de assistentes operacionais das unidades funcionais dos ACeS e DICAD (n.º 1 do artigo 18.º);
- 4) gestão dos serviços de apoio logístico (alíneas do n.º 1 do artigo 15.º):
- a. serviços de limpeza;
 - b. vigilância e segurança;
 - c. arranjos exteriores, incluindo jardinagem;
 - d. fornecimento de eletricidade, gás, água e saneamento;
 - e. viaturas e respetivos encargos;
 - f. encargos com meios de deslocação, utilizados para a prestação de cuidados de saúde;
 - g. seguros dos estabelecimentos de saúde;
 - h. manutenção e conservação de elevadores:
 - i. manutenção dos sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado;
 - j. pagamento de rendas e outros encargos;
- 5) participação em programas de saúde:
- a. desenvolver/participar em programas de prevenção da doença, em parceria com o ACeS e ARS respetiva, no quadro dos respetivos planos de ação e do Plano Municipal de Saúde (alínea a do n.º 2 do artigo 16.º);
 - b. articular as atividades de cariz social com as intervenções de saúde, no âmbito das unidades dos Cuidados de Saúde Primários e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (alínea b do n.º 2 do artigo 16.º);

- c. promover atividades de apoio a iniciativas das unidades coordenadoras funcionais (alínea c do n.º 2 do artigo 16.º);
- d. implementar unidades móveis de intervenção em saúde, em articulação com os ACeS (alínea a do n.º 2 do artigo 16.º).

Sobre o financiamento, persistem dúvidas. Segundo Nunes e Ferreira (2022), a legislação não é clara sobre o pagamento das despesas de gestão e implementação dos serviços de apoio logístico e recursos humanos.

Para manutenção e conservação, o Fundo de Financiamento da Descentralização transfere anualmente verbas calculadas com base na fórmula (valor por metro quadrado (Vm^2) * área do edificado), considerando a idade do imóvel (artigo 17.º). Para arranjos exteriores, incluindo jardinagem, é transferida anualmente uma verba de 0,50€ por m^2 de área descoberta, desde que estejam integrados no espaço público ou em contrato (n.º 2 do artigo 15.º).

O diploma prevê a criação de uma comissão em cada município para monitorar a implementação e desenvolvimento das competências transferidas (artigo 10.º). A comissão acompanha o progresso das competências e propõe medidas para alcançar os objetivos estratégicos (n.º 1 do artigo 10.º). É composta pelo presidente da câmara (que preside), um representante da ARS e um dos diretores executivos dos ACeS (n.º 2 do artigo 10.º).

A colaboração entre os municípios e o setor da Saúde não é nova, estando presente nas Leis de Bases da Saúde³ e nos Planos Nacionais de Saúde. Desde 2004, os municípios são

³ Na Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto, na base IX, relativa às autarquias locais, é dito: “Sem prejuízo de eventual transferência de competências, as autarquias locais participam na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de atuação em que estejam diretamente interessadas e contribuem para a sua efetivação dentro das suas atribuições e responsabilidades”. E no n.º 3 da base XXXVIII, referente às instituições particulares de solidariedade social com objetivos de saúde, é dito: “Para além do apoio referido no n.º 2 da base XXXVII, os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas Autarquias Locais.”

Na Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na alínea f) do n.º 2 da base 4, relativa à política de saúde, é dito: “A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde”. Na base 8, referente às autarquias locais, é dito: “1 – As autarquias locais participam na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individual e coletiva, nos termos da lei. 2 – A intervenção das autarquias locais manifesta-se, designadamente, no acompanhamento aos sistemas locais de saúde, em especial nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde”. Finalmente, no n.º 2 da base 12, relativa à literacia para a saúde, é dito: “A literacia para a saúde deve estar sempre presente nas decisões e intervenções em saúde pública, impondo a

reconhecidos como atores fundamentais na promoção da saúde e na mobilização de recursos locais para criar um ambiente urbano saudável. Os municípios conhecem bem as questões das suas comunidades e as inter-relações entre os setores, incentivando a articulação entre a Administração Central e as autoridades locais (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 destacou a participação dos municípios na implementação das Estratégias Locais de Saúde, na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, e na monitorização do estado de saúde das populações, incluindo ações de melhoria nos seus planos (DGS, 2013).

A revisão e extensão do PNS até 2020 enfatizou a colaboração intersectorial e o papel crucial das autarquias na implementação das seguintes diretrizes:

1. Alinhamento dos planos regionais e locais de saúde com o PNS.
2. Criação de perfis de saúde locais.
3. Promoção de ambientes saudáveis e comunidades resilientes.
4. Apoio ao voluntariado em saúde.
5. Divulgação de boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e apoio solidário.
6. Melhoria na prestação de cuidados de saúde em diferentes níveis.
7. Reforço da articulação entre serviços de saúde e sociais para identificar e encaminhar casos com impacto na saúde (DGS, 2015).

O PNS 2021-2030 reforça o papel dos municípios ou grupos de municípios na coordenação de iniciativas promotoras de saúde (DGS, 2021a). As autarquias desempenham um papel central na harmonização de políticas territoriais, destacando-se os seguintes aspetos:

- promoção da saúde e prevenção da doença;
- transferência de competências com foco nas oportunidades e desafios;
- Estratégia Municipal de Saúde como documento chave para políticas em diferentes escalas de governança;
- abordem de “Todas as Políticas na Saúde” / “A Saúde em todas as Políticas”;

articulação com outras áreas governamentais, em particular a da educação, do trabalho, da solidariedade social e do ambiente, com as autarquias e com os organismos e entidades do setor público, privado e social”.

- investimento na capacitação organizacional e técnica dos municípios na área do bem-estar e saúde;
- Cooperação dos municípios ou comunidades intermunicipais em ações como:
 - localização do Sistema de Saúde integral local nos municípios;
 - elaboração de Planos de Saúde Locais em parceria com o governo e a DGS;
 - prestação de cuidados de saúde de proximidade, preferencialmente domiciliários, para populações vulneráveis;
 - na gestão do ACeS;
 - priorização dos cuidados de saúde primários, continuados, paliativos e hospitalares;
 - cooperação nacional e internacional em saúde;
 - estratificação da comunidade com base na fragilidade para direcionar cuidados conforme as necessidades;
 - implementação de estratégias de promoção de hábitos alimentares saudáveis a nível municipal (DGS, 2021b).

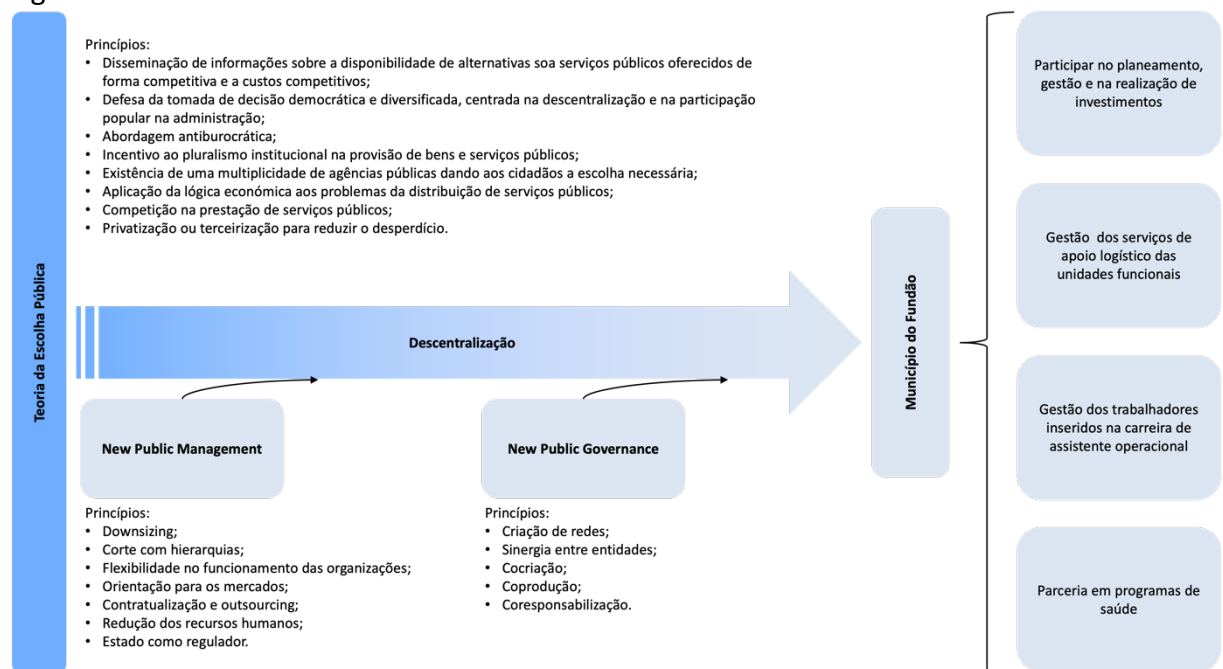
Parte II – Estudo Empírico

4. Modelo de Análise

A Administração Central seguindo os princípios da PCT (proximidade da decisão aos cidadãos; incentivo à competição na prestação de serviços públicos; redução de desperdícios) e apoiando-se nos princípios do NPM (desburocratização de processos; aumento da eficiência e eficácia na produção de bens e serviços públicos; contratualização e outsourcing) e do NPG (criação de redes; sinergias entre entidades; coresponsabilização pelos bens e serviços prestados), descentraliza um conjunto de competências para o Município do Fundão.

Na Figura 4 apresenta-se o esboço do modelo de análise do presente estudo.

Figura 4 – Modelo de Análise



Fonte: Elaboração própria.

As competências descentralizadas dividem-se em quatro grupos: 1) participação no planeamento, gestão e realização de investimentos; 2) gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais; 3) gestão dos trabalhadores (assistentes operacionais); 4) parceria em programas de saúde.

4.1 Questões de Investigação

Tendo em conta a questão de partida e os objetivos, supracitados, desenvolveram-se as seguintes questões de investigação:

- Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?

- Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?

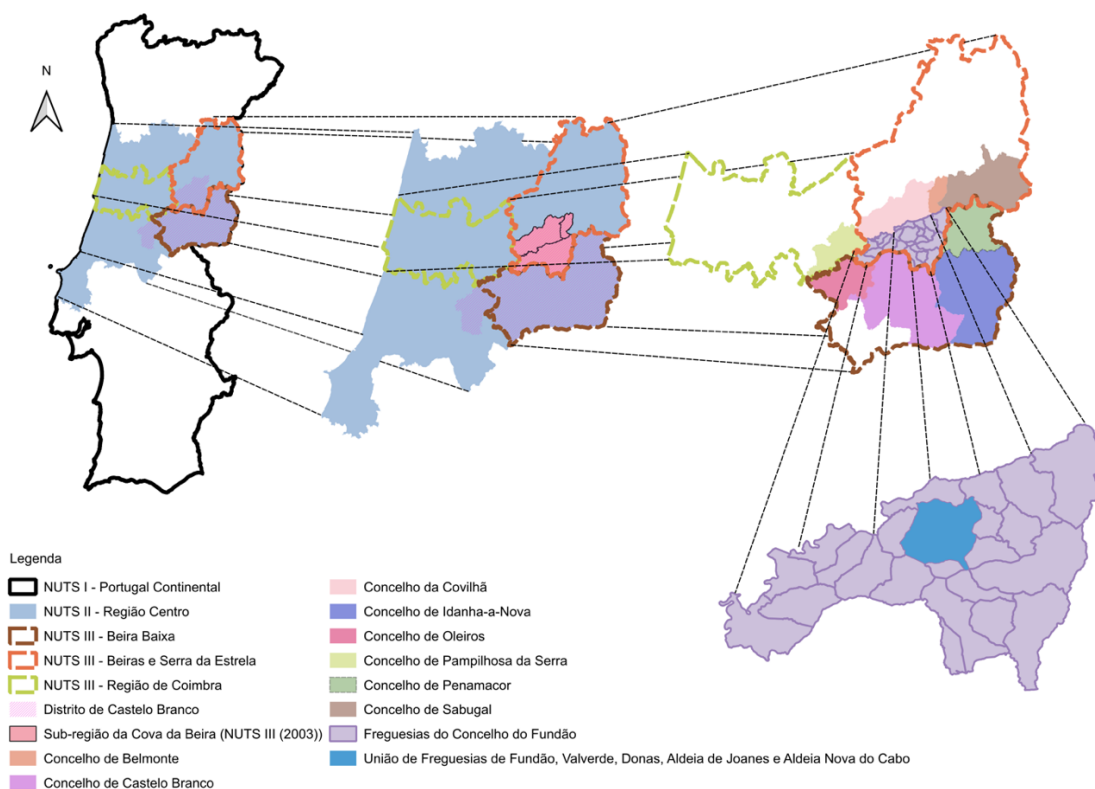
- Será que existem ganhos para o utente dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?

5. Caracterização do Objeto de Estudo

5.1 Município do Fundão

O Município do Fundão (Figura 5), integrado na antiga sub-região da Cova da Beira⁴, é delimitado: a Norte pelos municípios da Covilhã, Belmonte e Sabugal (NUTS III Beiras e Serra da Estrela); a Este por Penamacor (NUTS III Beira Baixa); a Sudeste por Idanha-a-Nova (NUTS III Beira Baixa); a Sul por Castelo Branco (NUTS III Beira Baixa); a Sudoeste por Oleiros (NUTS III Beira Baixa); e a Oeste por Pampilhosa da Serra (NUTS III Região de Coimbra) (INE, 2015).

Figura 5 – Localização e limites do Concelho do Fundão



Fonte: elaboração própria com recurso ao QGIS3.34.

⁴ A Cova da Beira refere-se à Nomenclatura das Unidades Territoriais de 2003 (Regulamento (CE) n.º 1059/2003), na qual a sub-região da Cova da Beira era composta pelos municípios de Belmonte, Covilhã e Fundão. Em 2015, dando cumprimento ao Regulamento (CE) n.º 868/2014, Portugal alterou a NUTS, o município do Fundão passou a integrar a NUT III Beiras e Serra da Estrela, composta pelos municípios: Almeida, Belmonte, Celorico da Beira, Covilhã, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Fundão, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia e Trancoso. Mantém-se a denominação por ser a área de atuação do ACeS Cova da Beira e por serem os municípios de referência da ULS Cova da Beira.

O município do Fundão é constituído por 23 freguesias, dispersas por 700,2km². Quanto à distância⁵ à sede do município: 7 estão a menos de 10km; 8 entre 10 e 20km; 5 entre 20 e 30km; 1 entre 30 e 40 km; e 1 a mais de 40km (Anexo 3).

Em termos demográficos, o concelho do Fundão tem uma população residente de 26.503 indivíduos (Tabela 6), o que representa -9,28% entre 2011 e 2021, muito acima da média nacional de -2,10% (INE, 2022). A densidade populacional é significativamente inferior à nacional: 37,85 habitantes por km², comparado a 112,15 habitantes por km² no país.

Tabela 6 – Dados populacionais

	Superfície (Km ²)	População residente	Densidade Populacional	Variação populacional (2011-2021)
Portugal	92.225,20	10.343.066	112,15	-2,10
Região Centro	28.199,35	2.227.239	78,98	-4,32
CIM Beiras e Serra da Estrela	6.304,95	210.602	33,40	-10,77
Belmonte	118,76	6.205	52,25	-9,53
Covilhã	555,60	46.455	83,61	-10,31
Fundão	700,20	26.503	37,85	-9,28

Fonte: adaptado de INE (2024).

A taxa de atividade é de 40,57%, com uma taxa de desemprego de 6,45% e uma taxa de analfabetismo de 6,09% (Tabela 7), correspondendo, respetivamente, a 10.751, 693 e 399 habitantes (Tabela 8) (INE, 2022).

Tabela 7 – Taxa de atividade, de desemprego e de analfabetismo

	Taxa de atividade	Taxa de desemprego	Taxa de analfabetismo
Portugal	46,58	8,13	3,08
Região Centro	44,74	6,02	3,65
CIM Beiras e Serra da Estrela	40,55	6,79	5,40
Belmonte	40,55	8,62	6,88
Covilhã	42,28	7,69	4,05
Fundão	40,57	6,45	6,09

Fonte: INE (2022).

Tabela 8 – Caracterização da população

	População portuguesa	População estrangeira	População Ativa	População desempregada	População analfabeta
Portugal	9.800.752	542.165	4.817.978	391.517	292.809
Região Centro	2.143.428	83.793	996.554	59.985	75.162
CIM Beiras e Serra da Estrela	206.091	4.510	85.391	5.796	10.691
Belmonte	6.114	91	2.516	217	399
Covilhã	45.318	1.136	19.640	1.510	1.762
Fundão	25.640	863	10.751	693	1.512

Fonte: INE (2022).

⁵ Distâncias calculadas desde as respetivas juntas de freguesia até aos paços do concelho, através do <https://www.google.pt/maps>.

A população do concelho do Fundão é envelhecida (Tabela 9). Os índices de rejuvenescimento, de dependência de jovens e de sustentabilidade potencial são inferiores aos nacionais, enquanto o índice de envelhecimento é 76,60% superior ao nacional.

Tabela 9 – Índices populacionais

	Índice de envelhecimento	Índice de rejuvenescimento	Índice de dependência de jovens	Índice de sustentabilidade potencial
Portugal	182,07	76,11	20,21	271,83
Região Centro	228,62	67,09	19,34	226,12
CIM Beiras e Serra da Estrela	337,79	54,30	17,00	174,19
Belmonte	303,96	51,22	18,50	177,82
Covilhã	286,78	60,74	17,37	200,79
Fundão	321,54	54,25	17,61	176,57

Fonte: INE (2022).

Os dados das freguesias, além de refletirem assimetrias, indicam um envelhecimento da população e uma progressiva desertificação das áreas rurais (Tabela 10).

Tabela 10 – Comparação entre valores médios do Concelho com freguesias nos extremos

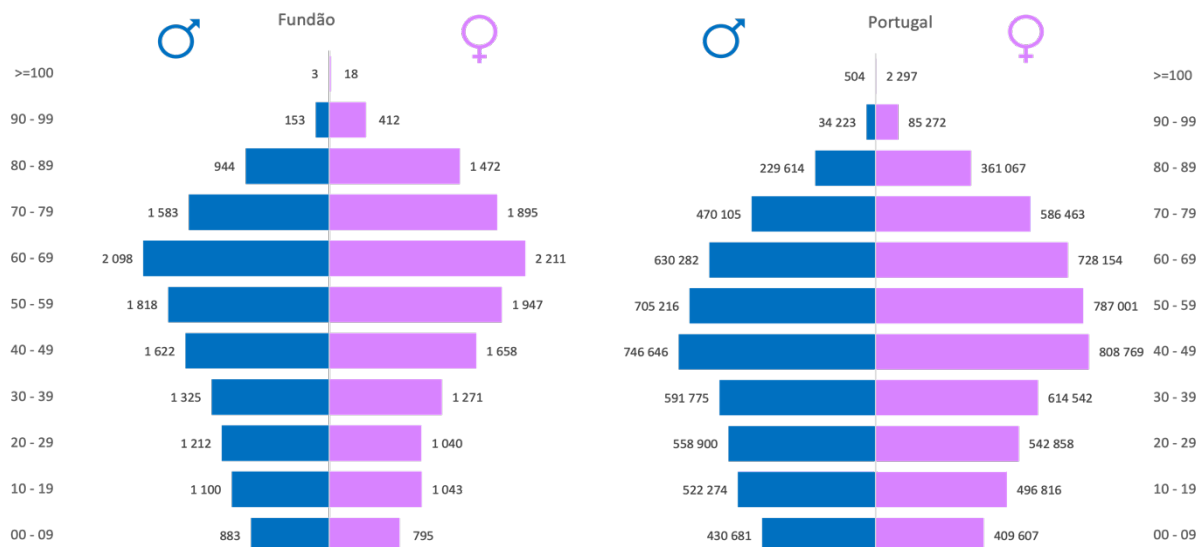
	Varição populacional (2011-2021)	Densidade Populacional	Idade média da população	Índice de envelhecimento	Índice de rejuvenescimento	Índice de sustentabilidade potencial
Fundão	-9,28	37,85	50,68	321,54	54,25	176,57
Valor mais alto (freguesia)	0,00 (Silvares)	218,55 (UFFVDJNC)	61,58 (UFJCBB)	1.273,68 (UFJCBB)	70,94 (UFFVDJNC)	244,35 (UFFVDJNC)
Valor mais baixo (freguesia)	-23,79 (Barroca)	8,71 (Castelo Novo)	46,86 (UFFVDJNC)	221,50 (UFFVDJNC)	15,00 (Bogas de Cima)	67,77 (UFJCBB)

Fonte: INE (2022).

A pirâmide demográfica do concelho está quase invertida (Figura 6):

- a maior concentração de indivíduos está na faixa etária dos 60 a 69 anos.
- a idade média é de 50,68 anos, acima da média nacional de 45,44 anos.
- 75% da população tem idade igual ou inferior a 68 anos, a mesma proporção tem idade igual ou inferior a 62 anos.

Figura 6 – Pirâmide Populacional do Concelho do Fundão e de Portugal em 2021

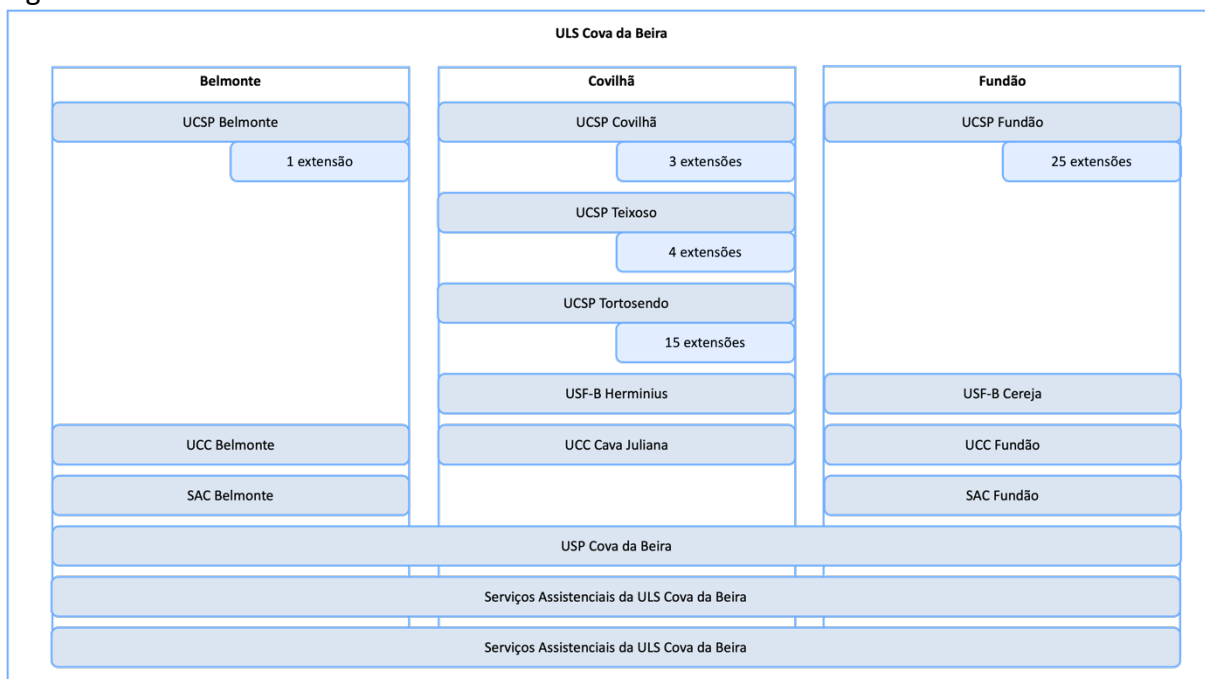


Fonte: INE (2022).

5.2 Centro de Saúde do Fundão

O Centro de Saúde do Fundão (CSF) está integrado na ULS Cova da Beira (ULSCBeira)⁶ (Figura 7) e é constituído por quatro unidades funcionais.

Figura 7 – Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Cova da Beira



Fonte: Adaptado de AceS Cova da Beira (2019).

⁶ Criado pela Portaria n.º 274/2009, de 18 de março, reorganizado pela Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro.

A equipa do CSF é constituída por 92 profissionais⁷, conforme detalhado na Tabela 11.

Tabela 11 – Mapa de pessoal atual de cada unidade funcional do CSF

Unidade Funcional	Médicos			Enf.	AT	TSDT	Câmara Municipal AO
	Quadro	Aposentados e prestação de serviços	Internos				
UCSP	6	5		21	15		10
USF	6		4	6	5		
UCC				6			
USP	1			3	1	3	

Fonte: Informação solicitada ao ACeS Cova da Beira.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos 27.305 utentes inscritos por unidade funcional e a sua situação quanto à atribuição de médico de família (BI CSP, 2023).

Tabela 12 – Distribuição de utentes do CSF

	UCSP		USF Cereja	
	Inscritos	Percentagem	Inscritos	Percentagem
Com médico de família	13.297	72,18%	8.881	99,97%
Sem médico de família	5.062	27,48%	1	0,01%
Sem médico de família por opção	62	0,34%	2	0,02%

Fonte: BI CSP (2023).

A UCSP do Fundão é constituída pela sede e por 25 extensões, com distâncias que variam entre 4,6 km e 42,8 km (Tabela 13). O hospital de referência, Hospital Pêro da Covilhã, fica a 16,7 km da sede da UCSP do Fundão.

Tabela 13 – Distância das extensões de saúde à sede

Extensão de saúde	Distância (km)	Extensão de saúde	Distância (km)
Alcaide	6,6	Lavacolhos	12,5
Alcaria	10,5	Mata da Rainha	23,5
Alpedrinha	13,9	Orca	21,9
Atalaia do Campo	19,8	Pêro Viseu	12,6
Barroca do Zêzere	27,9	Póvoa da Atalaia	20,7
Bogas de Baixo	39,8	Quintãs	25,6
Bogas de Cima	34,9	Quintas da Torre	23,4
Capinha	19	São Martinho	25,4
Castelejo	7,9	Silvares	18,9
Castelo Novo	19,1	Soalheira	20,7
Enxames	12,9	Souto da Casa	4,6
Fatela	8	Vale de Prazeres	12,4
Janeiro de Cima	42,8		

Fonte: elaboração própria.

⁷ Informação cedida pelo ACeS Cova da Beira a 1 de abril de 2024.

6. Opções metodológicas

Este estudo segue uma abordagem qualitativa, visando compreender o fenômeno da descentralização de competências no domínio da saúde a partir da perspectiva dos participantes, dado que o tema é ainda pouco explorado.

6.1 Tipo de Estudo

A investigação adota um estudo de caso, um método que, utilizando vários processos de pesquisa, analisa uma unidade, o caso, para responder à formulação do problema, testar hipóteses ou desenvolver uma teoria (Sampieri et al., 2014).

O “caso” pode abranger desde um indivíduo a um objeto, de um fato histórico a uma catástrofe natural, de um sistema a uma organização, de uma comunidade a um município, etc. (Coutinho, 2022; Sampieri et al., 2014). Neste estudo, o caso em análise é o Município do Fundão.

A escolha do Município do Fundão deve-se a: ser uma região da zona centro, com modelo de ULS nas regiões envolventes; foi o único município da região a não aderir inicialmente; tem mais de 20.000 residentes; e segundo Fernandes et al. (2023) apresenta um índice de dívida total elevado.

6.2 Orientação da análise qualitativa

A abordagem qualitativa permite investigar intenções e situações, ou seja, explorar ideias que sustentam ações individuais e interações sociais, com base nas perspectivas dos atores envolvidos. Este método é adequado para estudar as especificidades das competências em análise, que envolvem atividades a serem desenvolvidas em cooperação com outras entidades (Coutinho, 2022).

Este tipo de abordagem busca expandir os dados e a informação para que o investigador possa formar crenças sobre o fenômeno em estudo. O objetivo é descrever, compreender e interpretar os fenômenos, baseando-se nas percepções e significados produzidos pelas experiências dos participantes (Sampieri et al., 2014).

A abordagem qualitativa é recomendada, segundo Sampieri et al. (2014), quando o tema está pouco explorado, como é o caso da descentralização de competências no domínio da saúde em Portugal.

6.2.1 População e Amostra

Neste estudo, o contexto é territorial, centrando-se no processo de descentralização de competências no domínio da saúde no Município do Fundão.

A população alvo inclui os diversos atores envolvidos ou potencialmente envolvidos na implementação e operacionalização das competências, tais como: Município do Fundão; ARS Centro; ULSCBeira (que integra as unidades de cuidados primários). Como representantes da comunidade local, incluem-se as Juntas de Freguesia e a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários do Fundão.

Conforme Sampieri et al. (2014), a amostra na abordagem qualitativa consiste num grupo de indivíduos, eventos, comunidades, etc., sobre os quais se coletam dados, sem a necessidade de ser representativa do universo ou população estudada. A amostra pode ser reformulada ao longo do estudo, com a amostra final podendo diferir da inicial.

6.2.2 Caracterização da amostra

O tipo de amostra utilizada é de participante voluntário. Este tipo de amostra é comum em pesquisas qualitativas, e a escolha dos participantes depende da sua proximidade com o caso (Sampieri et al., 2014), o presente é a implementação da transferência de competências.

Foram convidados a colaborar neste estudo: o Presidente da Câmara do Fundão; a Vereadora do pelouro da saúde; o Presidente da Assembleia Municipal; os 25 Presidentes das Juntas de Freguesia; um representante da ARS Centro; um representante do ACeS Cova da Beira; um representante do Hospital Pêro da Covilhã; os Coordenadores do UCSP do Fundão e da USF Cereja; e o Presidente da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários do Fundão.

6.2.3 Entrevistas e recolha documental

A recolha de dados incluiu entrevistas a diversos atores envolvidos na implementação e operacionalização da descentralização de competências, além de recolha documental.

Segundo Sampieri et al. (2014), num estudo qualitativo, o objetivo é obter dados que serão transformados em informação. Os instrumentos utilizados não seguem um padrão rígido, podendo incluir diversas fontes de dados, como entrevistas, observações diretas, documentos, materiais audiovisuais, entre outros.

Neste estudo, a recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e da análise documental (o Auto de Transferência e respetivos anexos, atas de reuniões da Câmara Municipal do Fundão e da Assembleia Municipal do Fundão, diplomas legais).

Para Coutinho (2022), as entrevistas são cruciais em estudos de caso, pois permitem compreender como os indivíduos interpretam as suas próprias vivências.

As entrevistas semiestruturadas seguiram um guião (Anexo 4), neste tipo de entrevistas o entrevistador tem liberdade de formular perguntas adicionais, para aprofundar conceitos ou obter mais informações sobre o tema (Coutinho, 2022; Sampieri et al., 2014).

Os documentos constituem uma importante fonte de dados, ajudando a entender o fenómeno em estudo. Eles permitem conhecer os antecedentes de um ambiente, experiências, vivências e situações cotidianas (Sampieri et al., 2014). Também servem para validar evidências de outras fontes e/ou fornecer novas informações (Coutinho, 2022).

6.2.4 Técnica de análise de dados

Como técnica recorreu-se à análise de dados aplicada aos instrumentos de recolha de dados (documentos e entrevistas).

A análise de conteúdo é um método para analisar textos e dados em forma de texto escrito ou falado, com o objetivo de identificar e quantificar a ocorrência de palavras, frases ou temas considerados "chave" (Coutinho, 2022).

Tratando-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visa entender as verbalizações além do seu significado imediato. O objetivo é ultrapassar incertezas e enriquecer a interpretação, ampliando os horizontes de descoberta. Além disso, permite validar ou não determinadas afirmações provisórias (Bardin, 2011). Desta forma, pretende-se recolher o máximo de informação verbalizada pelos principais intervenientes no processo, no âmbito do município do Fundão.

6.2.5 Codificação

Para uma melhor análise do material das entrevistas, é necessário codificá-lo. Isso envolve transformar os elementos do texto conforme regras definidas, decompondo e agregando informações para representar os principais conteúdos. Numa análise por categorias, essa organização inclui: decomposição, com a escolha das unidades; definição das regras de contagem; e agregação e classificação dos dados, criando as categorias (Bardin, 2011).

Neste tipo de análise, procede-se à codificação de excertos de textos, com o intuito de identificar experiências ou conceitos em segmentos de dados (Sampieri et al., 2014). A codificação permite captar informações relevantes dos dados e recolher dados que ajudem a descrever e compreender o fenómeno em estudo (Coutinho, 2022).

Utilizar-se-á a técnica de análise de conteúdo no tratamento dos dados, iniciando-se com a categorização (Quadro 6).

Quadro 6 – Definição das categorias e subcategorias

Questão de investigação	Categoria	Definição	Subcategorias	Definição
Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?	Relação entre os recursos transferidos e a operacionalização das competências	Reflexão sobre a adequação dos fatores de produção transferidos	Agilidade e eficiência nas respostas	Reflexão sobre o modo como a autarquia pode dar respostas ágeis e eficazes
			Modelos de ULS	Perceção das vantagens e desvantagens da passagem para ULS
			Adequação de recursos	Reflexão sobre a adequação dos recursos transferidos
			Salubridade dos edifícios	Perceção sobre a salubridade dos edifícios e necessidade de remodelação
			Recursos humanos	Perceção sobre a adequação da dotação de recursos humanos
			Desafios de operacionalização	Perceção sobre os desafios de operacionalização das competências transferidas
			Níveis de serviço	Perceção sobre a definição de adequados níveis de prestação de serviços
			Financiamento	Reflexão sobre o equilíbrio financeiro
			Assimetrias regionais	Reflexão sobre potenciais assimetrias entre concelhos
Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?	Relação das competências transferidas e a aproximação dos cidadãos à autarquia	Reflexão sobre a descentralização de competências no domínio da saúde	Classificação das competências transferidas	Perceção sobre as competências como tarefas ou verdadeiras competências.
			Abrangência das competências transferidas	Reflexão sobre o grau de ambição da descentralização de competências
			Potencialidades de sinergias	Reflexão sobre as potencialidades advindas do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde
			Relação entre eficiência e gestão de recursos	Reflexão sobre o modo de aumentar a eficiência da gestão de recursos e ganhos em saúde
			Envolvimento da comunidade local	Reflexão sobre as possíveis formas de envolvimento da comunidade local
			Relação entre a transferência de competências e a aproximação da comunidade à autarquia	Reflexão sobre o impacto da transferência de competências sobre a aproximação ou não da comunidade à autarquia
			Beneficiários da transferência de competências	Reflexão sobre os principais beneficiários da transferência de competências
Será que existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?	Relação entre as competências transferidas e ganhos para os utentes dos serviços de saúde	Reflexão sobre o papel central do cidadão em torno da transferência de competências no domínio da saúde	Descentralização de competências	Perceção sobre a descentralização de competências Perceção das vantagens e desvantagens da descentralização de competências
			Motivações para a descentralização	Perceção das motivações para a descentralização de competências
			Relação entre o Município e a gestão de cuidados de saúde	Reflexão sobre o modo como o Município participa na gestão de cuidados de saúde
			Interesses dos cidadãos	Perceção sobre as preocupações dos cidadãos em relação à descentralização de competências
			Relação entre gestão da autarquia na área da saúde e ganhos para os utentes	Reflexão sobre ganhos dos utentes com a participação da autarquia na gestão.
			Relação entre as competências transferidas e o melhor interesse dos cidadãos	Reflexão sobre o melhor interesse dos cidadãos

Fonte: Elaboração própria.

6.2.6 Considerações éticas

A confidencialidade e o anonimato dos entrevistados foram rigorosamente mantidos. As suas identidades e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas foram estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

7. Apresentação, análise e discussão dos resultados

7.1 Apresentação e análise dos resultados

A apresentação, análise e discussão dos resultados realiza-se em função das questões de investigação:

- Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?
- Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?
- Será que existem ganhos para o utente dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?

A fim de dar resposta às questões, foram analisados os anexos ao Auto de Transferência e realizadas 12 entrevistas (Anexo 5), analisadas por meio da técnica da análise de conteúdos, através do *software* MAXQDA 2024, apresentando-se de seguida os resultados.

7.1.1 Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?

Para responder a esta questão, realiza-se, primeiramente, uma análise económico-financeira do Município⁸. Em seguida, avaliam-se os recursos transferidos, comparando os custos fixos com os valores transferidos⁹. Por fim, analisam-se as respostas obtidas nas entrevistas realizadas.

O Quadro 7 apresenta um breve resumo económico-financeiro do município do ano 2023, em comparação com 2022.

Quadro 7 – Resumo económico-financeiro do Município do Fundão

	2023	2022	Varição	
Balanco	Ativo não corrente	158.027.266,47€	151.404.379,31€	4,37%
	Ativo corrente	11.227.738,05€	9.824.284,09€	14,29%
	Total do ativo	169.255.004,52€	161.228.663,40€	4,98%
	Total do património líquido	75.699.039,90€	75.719.456,29€	-0,03%
	Passivo não corrente	86.460.344,97€	79.653.704,90€	8,55%
	Passivo corrente	7.095.619,65€	5.855.502,21€	21,18%
	Total do passivo	93.555.964,62€	85.509.207,11€	9,41%
Total do património líquido e passivo	169.255.004,52€	161.228.663,40€	4,98%	
Dem. de Resultados	Gastos	37.672.081,40€	32.741.968,74€	15,06%
	Proveitos	38.019.720,57€	32.765.598,86€	16,04%
	Resultado antes de depreciações e gastos financeiros	9.482.406,98€	8.521.095,92€	11,28%
	Resultado operacional	1.324.509,91€	852.009,90€	55,46%
	Resultado Líquido	347.639,17€	23.630,12€	1371,17%
Rácios	Liquidez geral	158,23%	167,78%	-5,69%
	Liquidez reduzida	157,01%	166,56%	-5,73%
	Liquidez imediata	22,77%	11,66%	95,28%
	Autonomia financeira	44,72%	46,96%	-4,77%
	Endividamento (dependência financeira)	55,28%	53,04%	4,22%
	Solvabilidade	80,91%	88,55%	-8,63%
	Estrutura do endividamento	7,58%	6,85%	10,76%
	Endividamento curto prazo	4,19%	3,63%	15,43%
	Endividamento longo prazo	51,08%	49,40%	3,40%
	Prazo médio de pagamento (dias)	14	18	-22,22%

Fonte: adaptado de Câmara Municipal do Fundão (2024).

O Município em 2023 teve um desempenho económico e uma gestão financeira positivas, onde se destacam o crescimento do ativo não corrente em 4%; um aumento dos proveitos

⁸ Os valores apresentados são extraídos das demonstrações financeiras do Município do Fundão respeitantes ao ano de 2023.

⁹ Os valores e dados apresentados referentes ao Auto de Transferência de Competências na área da Saúde foram tornados públicos em reunião ordinária pública da Câmara Municipal do Fundão a 30 de janeiro de 2023. Conferir Ata n.º 1/2023, de 30 de janeiro de 2023.

16%; uma melhoria substancial do resultado líquido do período em 1371%; uma autonomia financeira de 45% e um endividamento de curto prazo de 4%.

No lado da dívida, o Quadro 8 apresenta-a por natureza.

Quadro 8 – Endividamento do Município do Fundão

	2023	2022	Diferencial	Prevista em PAM (5º ano) ¹⁰
Dívida a fornecedores curto prazo	1.965.984,82€	1.429.436,24€	536.548,58€	948.909,59€
Dívida a fornecedores médio/longo prazo	250.226,54€	289.152,94€	-38.926,40€	308.479,12€
Dívida a fornecedores	2.216.211,36€	1.718.589,18€	497.622,18€	1.257.388,71€
Dívida bancária de curto prazo				
Dívida bancária a médio/longo prazo	46.125.594,31€	47.888.569,88€	-1.762.975,57€	47.904.910,70€
Dívida bancária	46.125.594,31€	47.888.569,88€	-1.762.975,57€	47.904.910,70€
Dívida ao Estado	163.922,11€	119.911,63€	44.010,48€	92.499,76€
Dívida a outras entidades	334.212,87€	316.556,29€	17.656,58€	761.032,31€
Total da dívida	48.839.940,65€	50.043.626,98€	-1.203.686,33€	50.015.831,48€
Dívida REFALEI	48.631.246,77€	49.843.283,18€	-1.212.036,41€	49.807.137,60€

Fonte: adaptado de Câmara Municipal do Fundão (2024).

Apesar de um aumento de 37,5% na dívida a fornecedores no curto prazo, a dívida total contraiu 2,43%.

No que respeita ao equilíbrio orçamental, o Quadro 9 apresenta os dados relativos aos anos de 2023 e 2022, tendo em consideração o artigo 40.º, da Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro.

Quadro 9 – Equilíbrio orçamental do Município do Fundão no ano 2023

Rúbrica	2023	2022	Varição
Receita Corrente	33.745.186,14€	28.461.407,78€	18,56%
Despesa Corrente	26.310.066,88€	22.511.484,17€	16,87%
Amortização (média)	2.742.110,51€	2.663.873,51€	2,94%
Equilíbrio orçamental	4.693.008,75€	3.286.050,10€	42,82%

Fonte: adaptado de Câmara Municipal do Fundão (2023, 2024).

O Município apresenta estabilidade económico-financeira, evidenciada pelo aumento do resultado líquido, de 23.330,12€ para 347.639,17€; pelo crescimento em 55,46% do resultado operacional, atingindo 1.324.509,91€; e pela diminuição da dívida total em 1.212.036,41€. Adicionalmente, os rácios de liquidez indicam capacidade para cobrir dívidas de curto prazo. Apesar de uma redução de 4,77% na autonomia financeira, esta assegura 44,72% do financiamento dos ativos por capitais próprios. O endividamento está concentrado no

¹⁰ O Município do Fundão aderiu ao Fundo de Apoio Municipal em 2018, encontrando-se recuperação financeira até ao final de 2048.

médio/longo prazo, com uma solvência de 80,91%. O equilíbrio orçamental aumentou em 42,82%, passando dos 3.286.050,10€ para 4.693.008,75€

De seguida analisam-se os recursos transferidos no âmbito da descentralização de competências na área da saúde, que incluem imóveis, equipamentos não médicos, recursos humanos, logísticos, encargos associados e financiamento.

Entre os imóveis, foi transferida para o Município a propriedade e gestão do edifício do CSF, com mais de 20 anos, a necessitar de melhorias para otimizar as condições de trabalho e atendimento. Além disso, foi transferida a gestão das 25 extensões de saúde.

Dos 202 equipamentos não médicos transferidos, 41 (20,30%) necessitam de reparação. Destes, 38 (92,7%) estão na sede, representando 38,78% dos equipamentos desse edifício.

Em relação aos recursos humanos, foram transferidos para os quadros do Município 10 assistentes operacionais do mapa de pessoal do CSF (Tabela 11). A Tabela 14 indica o número ideal de profissionais para cada unidade funcional.

Tabela 14 – Mapa de pessoal ideal de cada unidade funcional do CSF

Unidade Funcional	Médicos			Enf.	AT	TSDT	Câmara Municipal AO
	Quadro	Aposentados e prestação de serviços	Internos				
UCSP	13			21	18		14
USF	6		4	6	5		
UCC				6			
USP	1			3	1	3	

Fonte: Informação solicitada ao ACeS Cova da Beira.

Comparando com a Tabela 11, do mapa de pessoal existente, constata-se a falta de 4 assistentes operacionais (-28,57%).

No que concerne aos recursos logísticos, foram transferidos para o Município os equipamentos de transporte constantes nas Tabelas 15 e 16.

Tabela 15 – Equipamentos de transporte cuja titularidade é transferida para o Município

Tipo	Matrícula	Marca	Combustível	Ano	Idade
Ligeiro (passageiros/mistos)	74-90-UB	Mercedes Benz	Gasóleo	2002	22
Ligeiro (passageiros/mistos)	74-56-OG	Renault	Gasolina	1999	25
Ligeiro (passageiros/mistos)	18-EF-99	Renault	Gasolina	2007	17
Ligeiro (passageiros/mistos)	18-EF-98	Renault	Gasolina	2007	17
Ligeiro (passageiros/mistos)	04-49-HF	Renault	Gasolina	1996	28

Fonte: Adaptado do Auto de Transferência.

Tabela 16 – Equipamentos de transporte cuja gestão é transferida para o Município

Tipo	Matrícula	Marca	Combustível	Ano	Idade
Ligeiro (passageiros/mistos)	61-30-CT	Peugeot	Gasóleo	1993	31
Ligeiro (passageiros/mistos)	AB-23-MU	Renault	Gasóleo	2020	4
Ligeiro (passageiros/mistos)	AB-24-MU	Renault	Gasóleo	2020	4

Fonte: Adaptado do Auto de Transferência.

A frota automóvel é composta por 8 veículos, com uma idade média de $\cong 18,5$ anos. Excluindo as três viaturas cedidas por protocolos (Tabela 16), a idade média sobe para $\cong 21,8$ anos.

Seguidamente, apresentam-se os encargos relativos a recursos humanos e logísticos assumidos pelo Município à data da transferência. A Tabela 17 detalha os custos com pessoal, fornecimento de serviços e contratos de arrendamento ou cedência.

Tabela 17 – Despesa fixa anual e mensal

Rubricas de Classificação Económica	Despesa fixa anual	Percentagem
Recursos humanos	151.705,81€	41,69%
Contratos logísticos	166.678,18€	45,80%
Contratos de arrendamento ou cedência	45.544,08€	12,51%
Total	363.928,07€	

Fonte: Adaptado do Auto de Transferência.

Os contratos logísticos representam 45,80% dos encargos, seguindo-se os recursos humanos com 41,69% e, por fim, os contratos 12,51% dos encargos.

De seguida, analisam-se as verbas transferidas, ou seja, o financiamento das competências transferidas no âmbito da saúde.

O financiamento, entre os valores apresentados no Despacho n.º 6541-B/2019, de 19 de julho, e a versão final, foi evoluindo¹¹ (Tabela 18).

Tabela 18 – Evolução dos valores do financiamento referente às competências da Saúde

Rubricas de Classificação Económica	Despacho n.º 6541-B/2019, de 19 de julho	Versão final	Varição
Imóveis	19.488 €	46.050,98 €	136,30%
Assistentes Operacionais	127.546 €	148.230,50 €	16,22%
Serviços de Apoio Logístico	179.746 €	210.592,81 €	17,16%
Total	326.780 €	404.874,29 €	23,90%

Fonte: Adaptado do Despacho n.º 6541-B/2019, de 19 de julho e do Auto de Transferência.

¹¹ O primeiro valor remetido pelo Governo ao Município do Fundão a 19 de fevereiro de 2019 cifrava-se em 376 641€, ligeiramente superior ao valor indicado no Despacho n.º 6541-B/2019, de 19 de julho, de 326 780€, uma diferença de 49 861€. Informação tornada pública em reunião ordinária pública da Câmara Municipal do Fundão a 25 de setembro de 2020. Conferir Ata n.º 12/2020, de 25 de setembro.

O financiamento total evoluiu positivamente, com um aumento geral de 23,9% em relação ao valor inicial, reforçado em 78.094,29€. Todas as rubricas registaram acréscimos, destacando-se os imóveis, com um aumento de 136,3%. As rubricas relativas a assistentes operacionais e serviços de apoio logístico também cresceram, com aumentos de 20.684,50€ e 30.846,81€, respetivamente.

Comparando o financiamento (Tabela 18) com os custos fixos (Tabela 17), observa-se que o Município dispõe de um saldo de 40.946,22€, para cobrir encargos relacionados à gestão, manutenção e conservação de imóveis e equipamentos fixos, além dos gastos com viaturas.

Finalmente, para responder a esta questão, foram colocadas questões a fim de aferir a perceção dos entrevistados sobre o financiamento das competências transferidas.

À pergunta sobre se a transferência de competências aumentará a dívida do Município, a resposta foi negativa, reconhecendo-se que gerará pressão no orçamento. Em relação aos recursos transferidos, os representantes do Município, destacam o mau estado dos mesmos e a idade média dos profissionais ser alta.

Complementarmente, procurou-se saber, entre os entrevistados, como a autarquia pode dar respostas mais ágeis e eficientes, destacam-se a colaboração (28,57%); flexibilidade (21,53%); autonomia (14,29%) e celeridade na resolução de problemas (14,29%).

Em resultado da análise de conteúdo das respostas às perguntas relacionadas com esta questão de investigação, destacam-se os seguintes resultados (Anexos 6 a 10):

- défice orçamental (n=9; 11,54%) (*exs. “é financiá-los efetivamente de acordo com as responsabilidades que estão a ser transferidas. ... o financiamento não está a acompanhar as responsabilidades que estão a ser transferidas” (E8, p. 23); “o dinheiro que recebem da delegação de competências não chega (E12, p. 36); “espero que não, mas claramente cria uma pressão nos orçamentos dos municípios. No limite, pode levar a situações de aumento de dívida” (E12, P.42));*

- autonomia financeira (n=6; 7,69%) (exs. “os Municípios sendo entidades com autonomia administrativa, com autonomia financeira” (E10, p. 23); “porque temos mais autonomia orçamental” (E12, p. 27)).

A inexistência de históricos, na ARS Centro, de despesas de manutenção do edificado e dos gastos com veículos condiciona a aferição de cálculos.

Dado que o resultado operacional é positivo e crescente, atingindo 1.324.509,91€ (um aumento de 55,46% face ano anterior), pode-se calcular um valor indicativo para requalificação do edifício. Este cálculo visa aferir cabimento financeiro, confrontando o resultado operacional com o produto da área do edifício pelo custo de reconstrução por m².

A área do edifício é de 1.804m², com um custo de reconstrução de 732,53€¹² por m², totalizando 1.321.484,12€. Comparando com o resultado operacional, remanesce 3.015,79€, permitindo viabilizar a requalificação do edifício incluindo-a nas grandes opções do plano. Futuras despesas de manutenção seriam cobertas pelo saldo positivo de 40.946,22€ do financiamento das competências na saúde.

Em suma e respondendo à questão de investigação, o financiamento, dadas as obrigações advindas das competências transferidas na área da saúde, é insuficiente, o que pode levar a uma pressão orçamental. Contudo, apesar do Município se encontrar sob o plano de ajustamento municipal, foi referido que ainda tem capacidade financeira para fazer face às competências na área saúde.

7.1.2 Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?

Para responder a esta questão, os entrevistados foram questionados sobre diversos aspetos: se a transferência de competências aproxima a comunidade local da autarquia, se são suficientes e, se insuficientes, quais acrescentariam. Também se discutiram as potencialidades

¹² Valor de reconstrução por m² a vigorar para o ano de 2025 na Zona III. <https://r2seguros.pt/blog-es/valor-de-reconstrucao-no-seguro-multirriscos-2025/> (último acesso a 30 de novembro de 2024).

do envolvimento da comunidade no processo e quais os beneficiários da transferência de competências (Anexos 11 a 15).

Quando questionados se as competências transferidas aproximam a comunidade da autarquia, 66,7% dos entrevistados responderam afirmativamente. A comunidade pode se envolver reportando as suas experiências, cooperando, criando movimentos de cidadãos e expressando as suas opiniões.

Ao serem questionados se as competências são suficientes, 70% consideraram-nas insuficientes. Como sugestões, destacaram a ampliação das competências para incluir a contratação de profissionais de saúde (62,5%), o reforço do financiamento (25%) e uma maior relevância dos municípios como representantes nas ULS's.

Em complemento procurou-se saber a perceção dos entrevistados sobre as potencialidades do envolvimento da comunidade local no processo. Os resultados figuram na Tabela 19.

Tabela 19 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 7

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
•	pergunta 7	Nos programas de prevenção	3	30,00
•	pergunta 7	Dar voz à comunidade local	2	20,00
•	pergunta 7	Acolhimento de sugestões	1	10,00
•	pergunta 7	Implementação de estratégias mais locais	1	10,00
•	pergunta 7	Literacia em saúde	1	10,00
•	pergunta 7	Sentimento de pertença	1	10,00
•	pergunta 7	Valorização dos serviços de saúde	1	10,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

Entre as respostas obtidas, a criação de programas de prevenção mais direcionados às comunidades foi a mais mencionada (3 entrevistados). Outras sugestões incluem dar mais voz à comunidade local (2 entrevistados) e acolher sugestões da população (1 entrevistado).

Os programas de prevenção tendem a ser mais eficazes e participativos quando atendem às necessidades reais das comunidades, o que exige escutá-las e acolher suas sugestões.

Procurou-se ainda saber qual a perceção dos entrevistados sobre os beneficiários da transferência de competências. Os resultados figuram na Tabela 20.

Tabela 20 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 21

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
●	pergunta 21	Todos	4	57,14
●	pergunta 21	Comunidade local	1	14,29
●	pergunta 21	Ministério da Saúde	1	14,29
●	pergunta 21	UCSP	1	14,29
●	pergunta 21	Município	0	0,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

A grande maioria dos entrevistados (57,14%) alega que todos os envolvidos, de certa forma, saem beneficiados com a transferência de competências.

Em suma e respondendo à questão de investigação, segundo os resultados obtidos, não é certa, porém a transferências de competências pode levar à aproximação da comunidade local à autarquia, contudo tem de haver por parte da autarquia abertura para ouvir e sentir a comunidade e as suas preocupações.

7.1.3 Será que existem ganhos para o utente dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?

Para explorar esta questão, questionaram-se os entrevistados sobre vários aspetos, incluindo: perceção de melhorias na gestão com a participação das autarquias, opiniões sobre a implementação das competências, vantagens e desvantagens do processo, preocupações dos cidadãos em relação à descentralização e se as competências atendem aos interesses dos cidadãos.

Sobre a pergunta “Na sua opinião, existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?” (ou, às entidades de saúde: “na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pela ARS?”), os entrevistados destacaram, principalmente, melhorias nas condições dos serviços, na comunicação e na rapidez para resolver problemas. Contudo, um dos entrevistados alertou para possíveis assimetrias.

Pode criar situações de assimetria, não se conseguir regular de forma a ter uma uniformização nessas condições que são dadas às populações nos centros de saúde. E também perder um bocadinho a capacidade de gerir aquela prestação de cuidados de saúde como um todo (entrevista 8, Pos. 45).

Procurou-se apurar a opinião dos entrevistados sobre a implementação da transferência de competências. Os resultados figuram na Tabela 21.

Tabela 21 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 1

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
●	pergunta 1	Favorável	7	58,33
●	pergunta 1	Tendencialmente favorável	5	41,67
●	pergunta 1	Desfavorável	0	0,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

A maioria dos entrevistados, 58,33%, declara-se favorável à transferência de competências e 41,67% tendencialmente favorável, dado que os objetivos das competências não são adquiridos por decreto e pelas desvantagens associadas a este processo.

Em complemento, procurou-se saber quais as desvantagens e vantagens que os entrevistados destacam da transferência de competências. os resultados figuram, respetivamente, nas Tabelas 22 e 23.

Tabela 22 – Desvantagens na transferência de competências

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
●	Desvantagens	Discrecionalidade do poder político	2	14,29
●	Desvantagens	Literacia em saúde	2	14,29
●	Desvantagens	Suborçamentação	2	14,29
●	Desvantagens	Assimetrias	1	7,14
●	Desvantagens	Condições dos equipamentos	1	7,14
●	Desvantagens	Excessiva municipalização	1	7,14
●	Desvantagens	Falta de serviços partilhados entre municípios	1	7,14
●	Desvantagens	Não especialização	1	7,14
●	Desvantagens	Não haver forma de avaliação	1	7,14
●	Desvantagens	Não haver forma de garantir o mesmo acesso	1	7,14
●	Desvantagens	Não haver forma de garantir o mesmo nível de cuidados de saúde	1	7,14

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

Tabela 23 – Vantagens na transferência de competências

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
●	Vantagens	Proximidade	5	25,00
●	Vantagens	Celeridade na resolução de problemas	4	20,00
●	Vantagens	Autonomia	2	10,00
●	Vantagens	Flexibilidade	2	10,00
●	Vantagens	Cooperação/ Parceria	2	10,00
●	Vantagens	Desburocratização	2	10,00
●	Vantagens	Legitimação	1	5,00
●	Vantagens	Maior eficiência	1	5,00
●	Vantagens	Capacidade técnica e humana	1	5,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

As principais desvantagens, todas com 2 referências cada, são a discrecionalidade do poder político, a literacia em saúde e a suborçamentação. No lado das vantagens, figura a proximidade, com 5 referências, e a celeridade na resolução de problemas com 4 referências.

Quanto às preocupações dos cidadãos, procurou-se saber a percepção dos entrevistados sobre as preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização de competências no domínio da saúde. Os resultados figuram na Tabela 24.

Tabela 24 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 14

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
●	pergunta 14	Acesso à saúde	5	25,00
●	pergunta 14	Falta de médico de família	5	25,00
●	pergunta 14	O cidadão está alheio à transferência de competências	4	20,00
●	pergunta 14	Ganhos em saúde	2	10,00
●	pergunta 14	Boas condições	1	5,00
●	pergunta 14	Burocracia	1	5,00
●	pergunta 14	Distância à unidade de saúde	1	5,00
●	pergunta 14	Falta de transporte	1	5,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

As duas principais preocupações, apontadas pelos entrevistados, focam-se em problemas no acesso à saúde e na falta de médicos de família, cada com 5 referências. No entanto, note-se que 4 entrevistados salientam que o cidadão está alheio à transferência de competências.

Por fim, pretendeu-se saber se os entrevistados acreditam que a transferência de competências atende ao melhor interesse dos cidadãos. Os resultados figuram na Tabela 30.

Tabela 25 – Resultados obtidos da análise de conteúdo à pergunta 23

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)
●	pergunta 23	Não	4	33,33
●	pergunta 23	Sim	4	33,33
●	pergunta 23	Tem potencial	3	25,00
●	pergunta 23	Em parte	1	8,33

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

A opinião dos entrevistados não é unânime, dividindo-se entre "sim" e "não", com 33,33% cada; para 25% há potencial; e para 1 entrevistado atende parcialmente ao melhor interesse dos cidadãos.

Em resultado da análise de conteúdo das respostas às perguntas relacionadas com esta questão de investigação, destacam-se os seguintes resultados (Anexos 16 a 20):

- Proximidade (n=27; 9,03%) (exs. *“o centro de decisão está mais perto do cidadão”* (E7, p.29); *“não tínhamos esta proximidade tão fácil”* (E9, p.14));
- Celeridade na resolução de problemas (n=20; 6,69%) (exs. *“na celeridade da resolução dos problemas”* (E2, p.29); *“a nível de celeridade nos processos”* (E5, p.14));

Em suma e respondendo à questão de investigação, os cidadãos beneficiam da participação das autarquias na gestão, pois passam a contar com um interlocutor mais próximo e acessível para expor preocupações e exigir responsabilidades. Os principais ganhos estão na gestão e manutenção do edificado, com melhorias nas condições físicas, nos equipamentos e nas amenidades.

7.2 Discussão dos resultados

Os resultados indicam que não é possível afirmar, inequivocamente, que a transferência de competências no domínio da saúde atende ao melhor interesse dos cidadãos ou do Município do Fundão, nem que os objetivos estratégicos serão concretizados.

Durante a investigação, ficou patente a sobrevalorização, pelas entidades da saúde, dos benefícios teóricos da descentralização para o cidadão. Em contrapartida, o Município demonstrou ceticismo quanto aos benefícios práticos de médio-longo prazo.

Entre a sobrevalorização e o ceticismo, a descentralização gera estados conflitantes entre atores:

- para o Ministério da Saúde, desburocratiza processos, alivia encargos, otimiza recursos e melhora infraestruturas e equipamentos;
- para o Centro de Saúde do Fundão, melhora as condições físicas dos edifícios e veículos e estabilizar o mapa de pessoal da carreira de assistentes operacionais;
- para o Município do Fundão, aumenta as tarefas e pressiona o orçamento, sem ter uma voz preponderante na atividade core da Saúde;
- para o cidadão, melhora as amenidades da saúde, sem aumentar o acesso, nem mitigar a falta de profissionais de saúde.

O artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, estabelece os objetivos estratégicos, contudo não se consegue estabelecer uma relação direta de causalidade entre as

competências e os objetivos estratégicos, mostrando-se desarmónicos. Embora haja potencial para se concretizarem, dadas as fragilidades, não estão garantidos *per se*.

Na operacionalização, há espaço para conflitos discricionários. Por um lado, o Município do Fundão pode comprometer os resultados desta política se se alhear das necessidades dos cidadãos e profissionais de saúde ou se não entender esta política como prioritária; por outro lado, a ULSCBeira pode obstruir as ações do Município se reorganizar, unilateralmente, a rede de cuidados de saúde primários, se alocar os recursos unicamente ou preferencialmente nos cuidados hospitalares, ou se beneficiar outro(s) municípios em detrimento do Fundão.

Um dos entrevistados vinca o peso diminuto dos Municípios:

“os municípios deviam ter mais voto nas matérias relevantes em termos de decisão nos municípios ... se quiserem fechar um centro de saúde ou ... extensões de saúde ... podem-nas E nós podemos ter estado a construir ou a requalificar ou melhorar as extensões de saúde, que no dia seguinte fecham”. (E12, p. 24).

Mesmo que o Município execute as competências transferidas, não é sinónimo de eficiência na gestão dos recursos da saúde, nem de ganhos em saúde. Para tal, é necessário que existam equipas médicas disponíveis, o que torna a gestão operacional bicéfala entre o Município e a Saúde.

As competências não são novas ao Município. Este, excetuando a gestão de assistente operacionais, já as vinha executando, requalificando extensões de saúde¹³; disponibilizando veículos para as equipas de saúde se deslocarem¹⁴ e participando em programas de promoção de estilo de vida saudáveis e de envelhecimento ativo. Apesar da sua importância, têm um carácter secundário e marginal, afastadas da área core da saúde ou de políticas de saúde.

Segundo os resultados, o financiamento é insuficiente ao exercício das competências, podendo criar pressão orçamental sobre o Município. Segundo o Tribunal de Contas (2024), o

¹³ Conferir Acta da Assembleia Municipal do Fundão n.º 1/2022, sessão ordinária de 25 de fevereiro de 2022.

¹⁴ Conferir Acta da Assembleia Municipal do Fundão n.º 3/2019, sessão ordinária de 28 de junho de 2019.

subfinanciamento foi um dos fatores para a elevada percentagem de rejeição das competências na saúde.

No curto prazo, perspetivam-se investimentos em viaturas e equipamentos não médicos e, a médio-longo prazo, na requalificação do edificado:

- viaturas em média com $\cong 18,5$ anos (das 8, apenas 2 têm < 5 anos);
- equipamentos não médicos, 41 de 202 estão avariados (31 na sede);
- o edificado > 20 anos (segundo um entrevistado realizaram-se obras na cobertura devido a infiltrações).

Aos encargos com as rendas das extensões existe risco de ineficiência. Segundo o ACeS Cova da Beira, no início de 2024, cinco extensões (Alcaide, Alcaria, Castelejo, Mata da Rainha, Quintas da Torre) estavam sem médico de família. Permanecendo inalterado, no final do ano, o Município pagará 9.546,60€ em rendas sem proveito. Sem uma política eficiente de captação de médicos, o número de extensões sem médico aumentará, pois, cinco médicos em exercício estão aposentados¹⁵ ou em prestação de serviço.

Os resultados sugerem que a Comunidade Local pode aproximar-se da autarquia, mas é necessário ouvi-la para se proporcionarem programas de saúde adequados às necessidades.

Outra forma de aproximação ocorre através da queixa, já que os cidadãos transferem ao Município a responsabilidade pelos problemas, incluindo a insatisfação com os serviços de saúde. Sem conhecimento sobre a descentralização e seus impactos, nem sabendo avaliar corretamente a qualidade dos cuidados, os cidadãos tendem a basear a sua avaliação pelas amenidades.

Apesar dos riscos, esta transferência tem potencial para beneficiar todos os intervenientes:

¹⁵ Decreto-Lei n.º 6/2019, de 14 de janeiro, altera a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, quanto à caducidade dos processos disciplinares e às condições de exercício de funções públicas por aposentados ou reformados.

- o Ministério da Saúde desobriga-se de encargos e de responsabilidades e passa a reafectar os recursos na sua área core – a Saúde,
- o Centro de Saúde do Fundão tem um interlocutor próximo, com outra capacidade para suprir as necessidades enquadradas nas competências transferidas,
- a Comunidade Local tem um interlocutor próximo e pode ver resolvidas algumas questões de acessibilidade e de amenidades da saúde,
- o Município do Fundão ganha visibilidade perante os cidadãos e passar a ter uma visão abrangente dos serviços que o Centro de Saúde presta à comunidade.

O poder discricionário do Município pode comprometer os benefícios da Comunidade Local e do Centro de Saúde, caso não invista, ou priorize a satisfação do utente. Satisfação e Saúde nem sempre estão alinhadas. O Município pode desviar os interesses dos cidadãos em benefício próprio, prejudicando o Centro de Saúde e os próprios cidadãos (*“nem sempre o utente muito satisfeito tem mais saúde”* (E9, p. 17)).

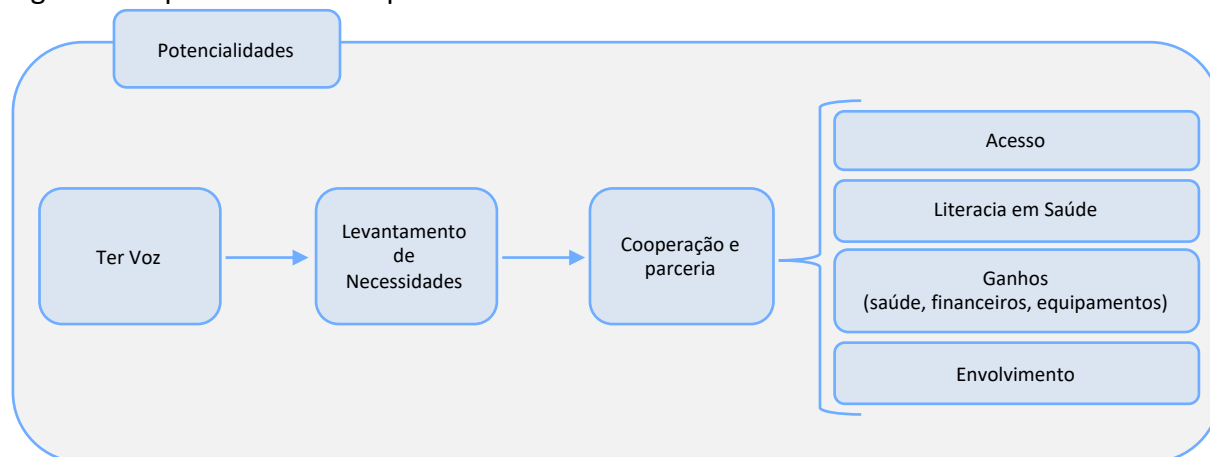
Segundo os resultados, há tendência de consenso quanto à transferência de competências da saúde, mas não sobre se atende ao melhor interesse dos cidadãos. As principais vantagens são: proximidade dos interlocutores e rapidez na resolução de problemas. As desvantagens incluem: o poder discricionário, a baixa literacia em saúde e a suborçamentação. Outra desvantagem é a especialização necessária na área da saúde (*“na saúde o achismo corre mal ... essa especialização não existindo pode levar a erros muito crassos”* (E12, p.18)). As desvantagens e vantagens estão alinhadas com o enquadramento teórico (Quadro 4).

Finalmente, podem-se criar oportunidades de todos os atores ganharem com o processo de descentralização. Estas surgem da combinação de algumas ideias-chave apontadas como relevantes nas questões de investigação (Anexos 10, 15, 20).

As potencialidades do processo iniciam-se pela criação de espaços de partilha de ideias. Ouvindo-se os envolvidos, identificam-se as necessidades específicas de cada ator, estabelecendo-se redes de cooperação e parceria para atender a essas demandas. O objetivo

é melhorar o acesso aos cuidados de saúde; aumentar a literacia em saúde; envolver os cidadãos; ganhos financeiros, de saúde e eficiência de recursos. A Figura 11 ilustra a cadeia.

Figura 8 – Oportunidades do processo através dos dados recolhidos



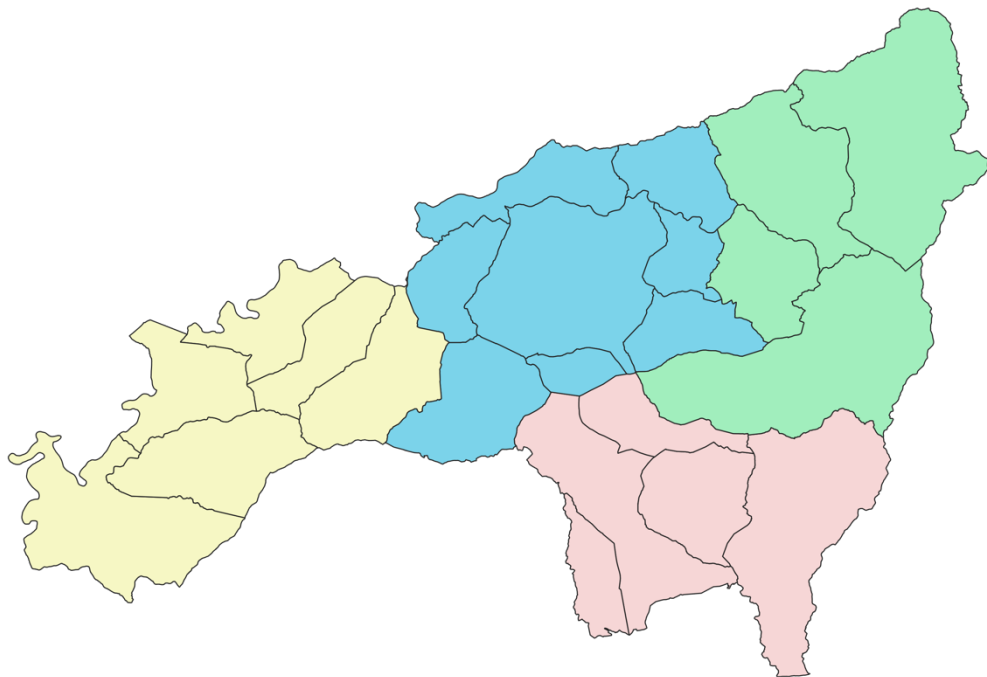
Fonte: Elaboração própria.

Rodrigues e Pedreiro (2023) destacam a importância do serviço prestado, das soluções de proximidade e da responsabilização como pilares da ação dos municípios e da descentralização. Para Fernandes (2023), os ganhos de eficiência podem ser alocados em programas que promovam a melhoria da saúde das populações.

A literacia em saúde é importante para ensinar o indivíduo a lidar com a doença, a utilizar os serviços assertivamente e participar nas decisões (Carreira & Nogueira, 2023).

A descentralização oferece a oportunidade de reorganizar as extensões de saúde, visando tornar mais eficiente a prestação de serviços e maximizar recursos. Uma proposta seria criarem-se três agrupamentos além da sede (Figura 12).

Figura 9 – Proposta de reorganização das extensões de saúde



- Sede (Alcaide; Alcaria; Alcongosta; Fatela; Pero Viseu; Souto da Casa; Telhado; UFFVDJNC)
- Agrupamento Este (Capinha; Enxames; Três Povos; UFVPMR)
- Agrupamento Oeste (Barroca; Bogas de Cima; Castelejo; Lavacolhos; Silvares; UFJCBB)
- Agrupamento Sudeste (Alpedrinha; Castelo Novo; Orca; Soalheira; UFATPA)

Fonte: elaboração própria com recurso ao QGIS3.34.

Outra oportunidade, mencionada por dois entrevistados, é a criação de serviços partilhados entre os municípios (*“os municípios têm muitos serviços de cooperação, mas têm muito pouco histórico de serviços partilhados com outros municípios”* (E12, p. 18); *“as CIM’s terão de organizar centrais de compras, (E8, p. 23))*.

A descentralização reflete um modelo híbrido, combinando o NPM, focado na eficiência interna, e o NPG, centrado nas relações externas, unidos pela PCT (Cataldi, 2024), enfatizando a eficiência, capacidade de resposta e participação dos cidadãos na governação, alinhando-se aos objetivos estratégicos da transferência de competências e aos resultados desta investigação.

O subfinanciamento da transferência de competências, apontado pelos entrevistados, decorre do ímpeto do NPM, associado às políticas de austeridade, reestruturação e *downsizing* nas décadas de 2000 e 2010, sobretudo durante a Troika (Madureira, 2020; Pinto

et al., 2021; Caldeiras et al., 2022), levando ao desinvestimento em manutenção, concentrando os recursos em funções essenciais.

Para melhorar a prestação de cuidados de saúde, o Governo adotou a transferência de competências ao jeito de *outsourcing*, envolvendo múltiplos serviços. Alinhada com a PCT e NPM, visando desburocratizar, controlar custos, fomentar concorrência e aproximar a gestão das comunidades.

Na esteira da PCT e NPM, 57% dos entrevistados acreditam que todos os envolvidos beneficiam do processo em curso, elencando como principais vantagens a “proximidade”, “celeridade na resolução de problemas”, “autonomia” e “flexibilidade”.

Em sintonia com o NPG, 67% dos entrevistados consideram que a transferência promove a proximidade entre cidadãos e autarquias, enfatizando-se o “envolvimento” e a criação de espaços para participação da população. A “colaboração” (29%) e “flexibilidade” (22%) são citadas como formas de tornar as respostas municipais mais ágeis e eficazes.

Ainda dentro do NPG, reconhecendo que nenhum ator possui todos os recursos e capacidades para enfrentar problemas complexos, incentivam-se parcerias entre Município, ULSCBeira, instituições de solidariedade social e comunidade local. Procura-se um modelo de gestão articulado e integrado dos cuidados primários, visando a eficiência dos recursos, sinergias locais e melhores resultados em saúde, articulando diferentes níveis da Administração Pública. À semelhança da coresponsabilização pela gestão: a ULSCBeira administra equipas e equipamentos médicos, o Município ocupa-se da logística, equipamentos não médicos e assistentes operacionais.

A descentralização concretiza o princípio da subsidiariedade, transferindo o poder decisório para níveis governamentais mais próximos dos cidadãos, promovendo a participação, cooperação, desburocratizando e fortalecendo o poder local.

Neste contexto, surge a cocriação, um processo colaborativo onde diversos atores compartilham ideias e experiências para enfrentar desafios públicos, resultando em soluções inovadoras e significativo valor público (Roiseland et al., 2024).

8. Conclusão

8.1 Principais conclusões

A presente investigação teve como objetivo analisar se a proposta de descentralização de competências na saúde atende aos interesses do Município do Fundão e dos cidadãos. A escolha deste município deveu-se à sua localização, as regiões envolventes, inicialmente, estarem no modelo de ULS; ser o único município da região a não aderir inicialmente, à sua dimensão média e ao elevado índice de dívida total.

Para responder às perguntas de investigação, analisaram-se diversos documentos e realizaram-se entrevistas com representantes das entidades envolvidas no processo de implementação e operacionalização das competências transferidas.

Quanto à primeira questão, não é certo que o financiamento cubra todas as necessidades. O estado dos imóveis, equipamentos não médicos e viaturas não é o ideal, exigindo investimentos a curto e médio prazo. A não aceitação inicial deveu-se ao estado dos ativos tangíveis e ao subfinanciamento. Apesar de se encontrar sob ajustamento, o Município, mantendo-se o estado atual inalterado, tem capacidade financeira para fazer face às competências transferidas.

Quanto à segunda questão, pode haver aproximação, mesmo que seja pela queixa. Há condições de envolver a comunidade na implementação das competências, aproximando-os à autarquia. Para isso, é crucial dar-lhes voz e identificar as suas necessidades.

Quanto à terceira questão, no curto prazo, sim; no longo prazo, não. A melhoria inicial será exponencial dado o mau estado dos equipamentos transferidos, diminuindo à medida que forem substituídos. Atualmente, o Município participa em programas de promoção da saúde, requalificação de extensões, aquisição de veículos para a área da Saúde e na implementação de iniciativas de atração e fixação de profissionais qualificados, incluindo da saúde.

Dadas as competências transferidas, como pode o Município ser responsabilizado pelos ganhos de eficácia e melhoria dos resultados em saúde no município? Ou pela gestão eficiente dos recursos na área da saúde? De que adianta gerir e manter 25 extensões de saúde dispersas por 700,2 km², se faltam recursos humanos, especialmente médicos, para torná-las eficientes?

Há um desequilíbrio de poderes, em que o Município não tem voz suficiente para influenciar decisões da ULSCBeira, embora esta possa influenciar as ações do Município.

Todo o processo carece de amadurecimento, refletindo-se nas diversas alterações entretanto efetuadas. A última é problemática, pois, inicialmente, a transferência de competências na saúde restringia-se aos municípios nas áreas dos Centros Hospitalares, não das ULS's. No entanto, desde o início de 2024, uniformizou-se nacionalmente o modelo de gestão hospitalar em ULS's, com competências legais sobre a gestão dos edifícios, serviços logísticos e de pessoal, criando-se um limbo legal, referenciado por dois entrevistados. Uma vez que o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, alarga a transferência de competências às ULS's anteriores a 2024, seria necessário e sensato revisar e aprofundar os diplomas que definem essas competências.

Para reduzir a discricionariedade, será necessário implementar mecanismos reguladores que garantam uniformidade no acesso e nas condições, minimizando desigualdades. Outra medida seria a criação de um gabinete dentro da ULSCBeira de acompanhamento dos cuidados primários, em articulação com os municípios no processo de descentralização.

Em suma, há consenso sobre a importância da descentralização na saúde, mas divergências quanto ao processo. Para as entidades da Saúde, o papel do Município é essencial; mas o Município e a Comunidade Local não compartilham dessa visão. O presente processo de descentralização de competências no domínio da saúde não vai ao encontro dos interesses do Município e aos dos cidadãos só vai em parte. O Município vê na transferência uma lista de tarefas que criará pressão orçamental e critica a falta de influência sobre a ULSCBeira. Os cidadãos percebem os benefícios nas melhorias para os profissionais de saúde e nas condições oferecidas, mas constatam que as principais reivindicações — acesso à saúde e falta de profissionais — permanecem inalteradas.

8.2 Limitações e trabalhos futuros

No decorrer desta investigação foram encontradas algumas limitações.

A principal limitação diz respeito à falta de dados ou atualização dos dados disponibilizados por diversas entidades, como sejam, a Direção Geral das Autarquias Locais e da Agência para a Modernização Administrativa.

Uma segunda limitação foram as diversas alterações ao quadro de transferência de competências para os órgãos municipais no domínio da saúde. As quais obrigaram a fazerem-se ajustes. Ainda existem alterações ao quadro de competências que não foram concretizadas por falta de informação, que já deveria ter saído em portaria e que ainda não se tornaram públicas. Neste caso encontram-se os critérios e a fórmula de cálculo para determinação da dotação de trabalhadores das unidades funcionais e os rácios de viaturas a afetar a cada centro de saúde.

Uma terceira limitação foi a indisponibilidade para as entrevistas de diversas entidades, tais como algumas juntas de freguesia, a USF Cereja, a ULS Cova da Beira.

Para futuro seria interessante e benéfico fazerem-se estudos:

- da teia de relações de governança, principalmente com a passagem do CHUCB para ULS Cova da Beira;
- do benchmarking entre os três municípios afetos à ULS Cova da Beira;
- a cocriação e a coprodução como resposta ao problema complexo da prestação de cuidados de saúde primários;
- da perceção e satisfação dos utentes dos serviços de saúde.

9. Referências bibliográficas

- Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira (2019). *Plano Local de Saúde Cova da Beira 2018 – 2020. Revisão Novembro 2019*. Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/QUEM%20SERVIMOS/PLANO%20LOCAL%20DE%20SAÚDE_ACES.CB_Nov2019.pdf
- Almeida, L., Maia, T., Costa, C., & Grilo, F. (2023). Descentralização da saúde nos municípios portugueses e a percepção das Assembleias Municipais. In A. Pereira, L. Almeida, & M. Ramos (Coord.), *Municípios e Saúde: entre as lições da COVID-19 e os desafios da descentralização* (pp. 181-195). Almedina.
- Ansell, C. & Torfing, J. (2022). Introduction to the handbook on theories of governance. In Christopher Ansell & Jacob Torfing (Ed.), *Handbook on Theories of Governance* (2nd ed., pp. 1-16). Edward Elgar Publishing.
- Atkinson, S. (2007). Approaches to studying decentralization in health systems. In R. Saltman, V. Bankauskaite & K. Vrangboek (Ed.), *Decentralization in health care: strategies and outcomes* (pp. 87-104). McGrawHill. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>
- Aucoin, P. (1997). Decentralization and public management reform. In P. Weller, H. Bakvis & R. Rhodes (Ed.), *The Hollow Crown: Countervailing Trends in Core Executives* (pp. 176-197). Palgrave Macmillan.
- Bankauskaite, V., & Saltman, R. (2007). Central issues in the decentralization debate. In R. Saltman, V. Bankauskaite & K. Vrangboek (Ed.), *Decentralization in health care: strategies and outcomes* (pp. 9-21). McGrawHill. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4^a ed.). Edições 70.
- Barton, A. (2001). Public choice theory and economic rationalism: the basis of new public management. In J. Guthrie and P. Steane (Ed.), *Learning from International Public Management Reform: Part B (Research in Public Policy Analysis and Management)*

- (Vol. 11 Part 2, pp. 571-588). Emerald Group Publishing Limited.
[https://doi.org/10.1016/S0732-1317\(01\)11015-8](https://doi.org/10.1016/S0732-1317(01)11015-8)
- Barzelay, M. (1992). *Breaking through bureaucracy: A new vision for managing in government*. University of California Press.
- Bevir, M. (2011). Governance as theory, practice, and dilemma. In M. Bevir (Ed.), *The Sage handbook of governance* (pp. 1-16). Sage Publications.
- Bossert, T., Beauvais, J., & Bowser, D. (2000). *Decentralization of health systems: preliminary review of four country case studies*. Partnerships for Health Reform, Abt Associates.
https://www.researchgate.net/profile/Thomas-Bossert/publication/237615504_Decentralization_of_Health_Systems_Preliminary_Review_of_Four_Country_Case_Studies/links/0deec52b4b90febaee000000/Decentralization-of-Health-Systems-Preliminary-Review-of-Four-Country-Case-Studies.pdf
- Boston, J. (2011). Basic NPM ideas and their development. In T. Christensen & P. Laegreid (Ed.), *The Ashgate research companion to new public management* (pp. 17-32). Ashgate. <https://doi.org/10.4324/9781315613321>
- Bovaird, T. & Loeffler, E. (2023). Understanding public management and governance. In T. Bovaird & E. Loeffler (Ed.), *Public Management and Governance* (4th ed., pp. 3-13). Routledge.
- Boyne, G. (1998). *Public choice theory and local government: a comparative analysis of the UK and the USA*. MacMillan Press.
- Brennan, G. & Buchanan, J. (1988). Is Public Choice Immoral? The Case for the “Nobel” Lie. *Virginia Law Review*, 74(2), 179-189. <https://doi.org/10.2307/1073142>
- Buchanan, J. (1984). Politic without Romance: a Sketch of Positive Public Choice and its Normative Implications. In J. Buchanan & R. Tollison (Ed.), *The Theory of Public Choice – II* (pp.11-22). The University of Michigan Press.
- Buchanan, J. (2003). Politics without romance. *Policy*, 19(3), 13-18.
- Caeiro, J. (2015). *Estado Social, Políticas Públicas e Política Social*. ICSP – Universidade de Lisboa.
- Caeiro, J., Nunes, A. M., Teles, H., Ramos, R., Junior, J., Debetir, E., Ramos, I., & Fischer, S. (2022). Um olhar sobre os processos de implementação da descentralização de competências em Portugal e no Brasil. In J. Caeiro & J. Junior (Coord.), *Governança e*

coesão territorial de comunidades intermunicipais, áreas e regiões metropolitanas: experiências, perspectivas e desafios no Brasil e Portugal (pp. 143-158). Edições ISCSP.

[http://sites.ufca.edu.br/ebooks/wp-](http://sites.ufca.edu.br/ebooks/wp-content/uploads/sites/22/2022/11/Ebook_governanca-e-coesao-territorial-de-areas-e-regioes-metropolitanas.pdf)

[content/uploads/sites/22/2022/11/Ebook_governanca-e-coesao-territorial-de-areas-e-regioes-metropolitanas.pdf](http://sites.ufca.edu.br/ebooks/wp-content/uploads/sites/22/2022/11/Ebook_governanca-e-coesao-territorial-de-areas-e-regioes-metropolitanas.pdf)

Caleiras, J., Carmo, R., Roque, I., & Assis, R. (2022). Pandemia, serviços públicos e trabalhadores vulneráveis em Portugal: uma relação ambivalente?. *RBEST: Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho*, 4, e022003. <https://doi.org/10.20396/rbest.v4i00.16528>

Câmara Municipal do Fundão. (2023). *Relatório de Gestão e de Acompanhamento do PAM – 2022*. Câmara Municipal do Fundão. <https://www.cm-fundao.pt/index.php/documentos/category/65-prestacao-de-contas>

Câmara Municipal do Fundão. (2024). *Relatório de Gestão e de Acompanhamento do PAM – 2023*. Câmara Municipal do Fundão. <https://www.cm-fundao.pt/index.php/documentos/category/65-prestacao-de-contas>

Capano, G. (2021). *Models of Administrative Reform*. Oxford. <https://oxfordre.com/politics/display/10.1093/acrefore/9780190228637.001.0001/acrefore-9780190228637-e-1436>.

Carreira, H. & Nogueira, R. (2023). Literacia em Saúde e a Competência dos Poderes Autárquicos. In C. Almeida & I. Fragoneiro (Coord.), *Manual de Literacia em Saúde princípios e práticas* (pp. 101-112). Pactor.

Cataldi, L. (2024). *New Public Governance as a Hybrid a critical interpretation*. Cambridge University Press.

Christensen, T. (2012). Organization theory and public administration. In B. Peters & J. Pierre, *Handbook of public administration* (2nd ed., pp. 149-156). Sage Publications.

Christensen, T. & Laegreid, P. (2011). Introduction. In T. Christensen & P. Laegreid (Ed.), *The Ashgate research companion to new public management* (pp. 1-17). Ashgate. <https://doi.org/10.4324/9781315613321>

Christensen, T. & Laegreid, P. (2012). Governance and administrative reforms. In D. Levi-Faur (Ed.), *The Oxford Handbook of Governance* (pp. 255-267). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199560530.013.0018>

- Christensen, T., Lie, A. & Legreid, P. (2007). Still Fragmented Government or Reassertion of the Centre?. In T. Christensen & P. Legreid (Eds.), *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms* (pp. 17-41). Ashgate.
- Cohen, J., & Peterson, S. (1999). *Administrative decentralization: Strategies for developing countries*. Kumarian Press.
- Congleton, R. (2018). Intellectual foundations of public choice, the forest from the trees. *Public Choice*, 175, 229-244. <https://doi.org/10.1007/s11127-018-0545-1>
- Coutinho, C. (2022). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanos: teoria e prática*. Almedina.
- Cristina, R. (2023). O poder local e a saúde. In A. Pereira, L. Almeida, & M. Ramos (Coord.), *Municípios e Saúde: entre as lições da COVID-19 e os desafios da descentralização* (pp. 365-379). Almedina.
- Dardanelli, P. (2021). Conceptualizing and measuring decentralization. In I. Lago (Ed.), *Handbook on Decentralization, Devolution and the State* (pp. 9 -26). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781839103285.00008>
- Davis, K. (2018). Public Choice Theory of Organizations. In A. Farazmand (Ed.), *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy and Governance* (pp. 5091-5096). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_69-1
- Dearlove, J. (1989). Neoclassical politics: public choice and political understanding. *Review of Political Economy*, 1(2), 208-237. <https://doi.org/10.1080/09538258900000016>
- Dickovick, J. (2011). *Decentralization and recentralization in the developing world: comparative studies from Africa and Latin America*. Pennsylvania State University Press.
- Direção Geral das Autarquias Locais. (2023). *Transferência de competências*. Direção Geral das Autarquias Locais. <http://www.portalautarquico.dgal.gov.pt/pt-PT/transferencia-decompetencias/>
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades*. Direção Geral de Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol1-Plano-Nacional-de-Saude-2004-2010-Prioridades.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. Direção Geral de Saúde.

<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Direção Geral de Saúde.

<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2021a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para todo@s*. Direção Geral de Saúde.

https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf

Direção Geral de Saúde. (2021b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 contributos do conselho consultivo relatório síntese*. Direção Geral de Saúde.

https://pns.dgs.pt/files/2022/04/PNS21-30_Doc-CC_Final_revMF_06.04.22.pdf

Dowding, K. (2011). Rational choice theory. In M. Bevir (Ed.), *The SAGE handbook of governance* (pp.36-51). Sage.

Dubois, H., & Fattore, G. (2009). Definitions and typologies in public administration research: the case of decentralization. *International Journal of Public Administration*, 32(8), 704-727. <https://doi.org/10.1080/01900690902908760>

Dunleavy, P. (2013). *Democracy, bureaucracy and public choice: economic explanations in political science*. Routledge.

Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From old public administration to new public management. *Public money & management*, 14(3), 9-16.

<http://dx.doi.org/10.1080/09540969409387823>

Eaton, K. (2004). *Politics beyond the Capital: the design of subnational institutions in South America*. Stanford University Press.

Ericksson, L. (2022). Public Choice Theory. In C. Ansell & J. Torfing (Ed.), *Handbook on Theories of Governance* (2nd ed. pp. 336-352). Edward Elgar Publishing.

Faguet, J. (2014). Decentralization and governance. *World Development*, 53, 2-13.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.01.002>

Faguet, J. & Poschl, C. (2015). Is decentralization good for development? Perspectives from academics and policy makers. In J. Faguet & C. Poschl (Ed.), *Is decentralization good for development? Perspectives from academics and policy makers* (pp. 1-28). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198737506.003.0001>

- Faguet, J., & Shami, M. (2022). The incoherence of institutional reform: Decentralization as a structural solution to immediate political needs. *Studies in Comparative International Development*, 57(1), 85-112. <https://doi.org/10.1007/s12116-021-09347-4>
- Faguet, J., Fox, A., & Poschl, C. (2015). Does decentralization strengthen or weaken the state?. In J. Faguet & C. Poschl (Ed.), *Is decentralization good for development? Perspectives from academics and policy makers* (pp. 129-159). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198737506.003.0006>
- Falletti, T. G. (2005). A sequential theory of decentralization: Latin American cases in comparative perspective. *American political science review*, 99(3), 327-346. <https://doi.org/10.1017/S0003055405051695>
- Falletti, T. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777813>
- Ferlie, E. (2017). *The New Public Management and Public Management Studies*. Oxford. <https://oxfordre.com/business/display/10.1093/acrefore/9780190224851.001.0001/acrefore-9780190224851-e-129>
- Ferlie, E., Pettigrew, A., Ashburner, L., & Fitzgerald, L. (1996). *The new public management in action*. Oxford University Press.
- Fernandes, A. (2023). Prefácio. In A. Pereira, L. Almeida, & M. Ramos (Coord.), *Municípios e Saúde: entre as lições da COVID-19 e os desafios da descentralização* (pp. 9-12). Almedina.
- Fernandes, M., Camões, P., & Jorge, S. (2023). *Anuário financeiro dos municípios portugueses 2022*. Ordem dos Contabilistas Certificados. <https://www.occ.pt/pt-pt/publicacoes>
- Garmendia, A. (2022). The political determinants of decentralization. In I. Lago (Ed.), *Handbook on Decentralization, Devolution and the State* (pp. 91-115). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781839103285.00012>
- Green, E. (2010). Patronage, district creation, and reform in Uganda. *Studies in comparative international development*, 45, 83-103. <https://doi.org/10.1007/s12116-009-9058-8>
- Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International public management journal*, 4(1), 1-25. [https://doi.org/10.1016/S1096-7494\(01\)00041-1](https://doi.org/10.1016/S1096-7494(01)00041-1)

- Henrich, C. (2011). Public Management. In M. Bevir (Ed.), *The SAGE handbook of governance* (pp. 252-269). Sage.
- Holcombe, R. (2016). *Advanced introduction to public choice*. Edward Elgar Publishing.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, 69(1), 3-19.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3), 93-109.
[https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)
- Hood, C. & Dixon, R. (2015a). *A government that works better and costs less?*. Oxford University Press.
- Hood, C. & Dixon, R. (2015b). What we have to show for 30 years of new public management: higher costs, more complaints. *Governance*, 28(3), 265-267.
<https://doi.org/10.1111/gove.12150>
- Hood, C. & Jackson, M. (1991). *Administrative argument*. Dartmouth.
- Hood, C., & Dixon, R. (2016). Not what it said on the tin? Reflections on three decades of UK public management reform. *Financial Accountability & Management*, 32(4), 409-428.
<https://doi.org/10.1111/faam.12095>
- Hood, C., & Peters, G. (2004). The middle aging of new public management: into the age of paradox?. *Journal of public administration research and theory*, 14(3), 267-282.
<https://doi.org/10.1093/jopart/muh019>
- Hughes, O. (2003). *Public management and administration* (3rd ed.). Palgrave MacMillan.
- Hughes, O. (2017). Gestão pública: 30 anos depois. *Revista Internacional de Gestão do Setor Público*, 30 (6-7), 547-554. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-06-2017-0174>
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *NUTS 2013 As novas unidades territoriais para fins estatísticos*.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=230206673&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Indicadores – Base de dados – Censos 2021*. INE.
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Base de dados*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic&menuBOUI=13707095&contexto=pi&selTab=tab0
- Kettl, D. (2005). *The global public management revolution* (2nd ed.). Brookings Institution Press.
- Klijn, E. (2012). New public management and governance: a comparison. In D. Levi-Faur (Ed.), *The Oxford handbook of governance* (pp. 201-214). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199560530.013.0014>
- Ladner, A. & Keuffer, N. (2023). Decentralisation and autonomy: a picture of big differences. In F. Teles (Ed.), *Handbook on local and regional governance* (pp.65-81). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781800371200.00014>
- Læg Reid, P. (2017). *New public management*. Oxford. <https://oxfordre.com/politics/display/10.1093/acrefore/9780190228637.001.0001/acrefore-9780190228637-e-159>
- Lan, Z., & Rosenbloom, D. (1992). Public administration in transition?. *Public Administration Review*, 52(6), 535-537. <https://doi.org/10.2307/977163>
- Lane, J. (2000). *The public sector: concepts, models and approaches* (3rd ed.). Sage Publications.
- Lapiente, V., & Van de Walle, S. (2020). The effects of new public management on the quality of public services. *Governance*, 33(3), 461-475. <https://doi.org/10.1111/gove.12502>
- Lynn, L. (2012). Public management. In B. Peters & J. Pierre. *Handbook of Public Administration* (2nd ed., pp. 17-31). Sage Publications.
- Madureira, C. (2020). A reforma da administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: história recente. *Ler História*, (76), 179-202. <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.6408>
- Manning, N., & Lau, E. (2016). Public management reforms across OECD countries. In T. Bovaird & E. Loeffler (Ed.), *Public Management and Governance* (3rd ed., pp. 96-119). Routledge.
- Manor, J. (1999). *The political economy of democratic decentralization*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/386101468739238037/The-political-economy-of-democratic-decentralization>

- Mills, A., Vaughan, J., Smith, D., & Tabibzadeh, I. (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39053/9241561378.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mueller, D. (1997). Public choice in perspective. In D. Mueller (Ed.), *Perspectives on public choice: a handbook* (pp. 1-17). Cambridge: University Press.
- Mueller, D. (2015). Public choice, social choice, and political economy. *Public Choice*, 163(3), 379-387. <https://doi.org/10.1007/s11127-015-0244-0>
- Mueller, D. (2017). Public choice theory. In B. Turner (Ed.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Social Theory* (pp. 1-14). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781118430873.est0298>
- Niskanen, W. (2008). *Reflections of a political economist: selected articles on government policies and political processes*. Cato Institute.
- Nunes, A. M. (2020). *Administração e Políticas de Saúde em Portugal*. Edições ISCSP Nunes, A. M. (2021). *Introdução à política de saúde*. Edições ISCSP.
- Nunes, A. & Ferreira, D. (2018). Eficiência na assistência hospitalar em Portugal: um estudo comparativo. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 10(3), 278-284. <https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n3.p278-84>
- Nunes, A. & Ferreira, D. (2019a). Reforms in the Portuguese health care sector: challenges and proposals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e21-e33. <https://doi.org/10.1002/hpm.2695>
- Nunes, A. & Ferreira, D. (2019b). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International journal of health planning and management*, 34(1), 196-215. <https://doi.org/10.1002/hpm.2613>
- Nunes, A. & Ferreira, D. (2022). A Critical Analysis of Decentralizing the Portuguese Public Healthcare Provision Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13390. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013390>
- Nunes, A. S. (2020). Eficiência e produtividade nas unidades hospitalares em Portugal: análise comparada dos regimes PPP e E.P.E. [Tese de Doutoramento, ISCSP-ULisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/20096>

- O'Neill, K. (2003). Decentralization as an electoral strategy. *Comparative Political Studies*, 36(9), 1068-1091. <https://doi.org/10.1177/0010414003257098>
- Oates, W. (1972). *Fiscal federalism*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Oates, W. (1999). An essay on fiscal federalism. *Journal of economic literature*, 37(3), 1120-1149. <https://www.jstor.org/stable/2564874>
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Osborne, S. (2010a). The (New) Public Governance: a suitable case for treatment?. In S. Osborne (Ed.), *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (pp. 17-32). Routledge.
- Osborne, S. (2010b). Conclusions Public governance and public services delivery: a research agenda for the future. In S. Osborne (Ed.), *The new public governance?. Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (pp. 429-444). Routledge.
- Pereira, F. (2023). O poder deliberativo das Assembleias Municipais. In A. Pereira, L. Almeida, & M. Ramos (Coord.), *Municípios e Saúde: entre as lições da COVID-19 e os desafios da descentralização* (pp. 299-309). Almedina.
- Pereira, P. (1997). A teoria da escolha pública (public choice): uma abordagem neoliberal?. *Análise Social*, 32(141), 419-442. <http://www.jstor.org/stable/41011271>
- Pinto, R., Monteiro, M., Martins, M., & Carvalho, E. (2021). Qualidade da governança da saúde em Portugal: uma avaliação ao período de intervenção da Troika. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2225-2241. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.10672019>
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services: Cuts or cultural change in the 1990s?*. Blackwell.
- Pollitt, C. (2007). Decentralization a central concept in contemporary public management. In E. Ferlie, L. Lynn & C. Pollitt (Ed.), *The Oxford Handbook of Public Management* (pp. 371-397). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199226443.003.0017>
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: a comparative analysis – into the age of austerity* (4th ed.). Oxford University Press.
- Prud'Homme, R. (1995). The dangers of decentralization. *The world bank research observer*, 10(2), 201-220.

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/602551468154155279/pdf/770740JRN0WBRO0Box0377291B00PUBLIC0.pdf>

Regmi, K. (2013). Health service decentralization: an overview. *Decentralizing health services: A global perspective*, 1-15. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9071-5_1

República Portuguesa. (2011). *Programa do XIX Governo Constitucional*. República Portuguesa <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/programa-governo/programa-governo.aspx>

República Portuguesa. (2015a). *Programa do XXI Governo Constitucional*. República Portuguesa. <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governopdf.aspx>.

República Portuguesa. (2015b). *Programa do XX Governo Constitucional*. República Portuguesa. <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc20/prog-gc20/prog-gc-20/prog-gc-20.aspx>

República Portuguesa. (2019). *Programa do XXII Governo Constitucional*. República Portuguesa. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABACzsDA1AQB5jSa9BAAA%3d%3d>

República Portuguesa. (2022). *Programa do XXIII Governo Constitucional*. República Portuguesa. <https://www.portugal.gov.pt/gc23/programa-do-governo-xviii/programa-do-governo-xviii-pdf.aspx?v=«mlkvi»=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>

Rhodes, R. (1996). The new governance: governing without government. *Political studies*, 44(4), 652-667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>

Rhodes, R. (2012). Waves of governance. In D. Levi-Faur (Ed.), *The Oxford handbook of governance* (pp. 33-48). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199560530.013.0003>

Rhodes, R. (2021). Beyond new public governance. In M. Percy, A. Podger & S. Vicent (Eds), *Politics, policy and public administration in theory and practice* (pp. 235-261). <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/50013?show=full>

Rodrigues, M., & Pedreiro, A. (2023). Os desafios da descentralização de competências na saúde para os municípios. In A. Pereira, L. Almeida, & M. Ramos (Coord.), *Municípios e*

- Saúde: entre as lições da COVID-19 e os desafios da descentralização* (pp. 181-195). Almedina.
- Rondinelli, D. (1981). Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries. *International review of administrative sciences*, 47(2), 133-145. <https://doi.org/10.1177/0020852380047002>
- Rondinelli, D., Nellis, J., & Cheema. G. (1983). *Decentralization in Developing Countries: a Review of Recent Experience*. World Bank.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/868391468740679709/pdf/multi0page.pdf>
- Roiseland, A., Sorensen, E., & Torfing, J. (2024). What to do when co-creation clashes with old public governance paradigms?. In A. Roiseland, E. Sorensen & J. Torfing (Ed.), *Advancing Co-creation in Local Governance the role of coping strategies and constructive hybridization* (pp. 1-14). Edward Elgar Publishing.
<https://doi.org/10.4337/9781802202236.00008>
- Saito, F. (2011). Decentralization. In M. Bevir (Ed.), *The SAGE handbook of governance* (pp. 489-500). Sage.
- Saltman, R., & Bankauskaite, V. (2006). Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 1(2), 127-147.
<https://doi.org/10.1017/S1744133105001209>
- Saltman, R., Bankauskaite, V., & Vrangboek, K. (2007). Introduction: the question of decentralization. In R. Saltman, V. Bankauskaite & K. Vrangboek (Ed.), *Decentralization in health care: strategies and outcomes* (pp. 1-6). McGrawHill.
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.
- Santagati, M., Baraldi, S., & Zan, L. (2020). Understanding decentralization: deconcentration and devolution processes in the French and Italian cultural sectors. *International Journal of Public Sector Management*, 33(4), 435-460.
<https://doi.org/10.1108/IJPSM-02-2019-0050>

- Santos, M. & Anjos, J. (2023). Desafios ao financiamento da descentralização dos serviços de saúde. In A. Pereira, L. Almeida, & M. Ramos (Coord.), *Municípios e Saúde: entre as lições da COVID-19 e os desafios da descentralização* (pp. 181-195). Almedina.
- Schakel, A. (2021). Exploring and explaining trends in decentralization. In I. Lago (Ed.), *Handbook on Decentralization, Devolution and the State* (pp. 27-51). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781839103285.00009>
- Schneider, A. (2003). Decentralization: Conceptualization and measurement. *Studies in comparative international development*, 38, 32-56.
<https://doi.org/10.1007/BF02686198>
- Shughart II, W. & Razzolini, L. (2001). Introduction: Public choice at the millennium. In W. Shughart II & L. Razzolini (Ed.), *The Elgar Companion to Public Choice* (pp. xxi-xlii). Edward Elgar Publishing.
- Singh, H., & Sachdeva, P. (2012). *Public Administration: Theory and Practice*. Pearson.
- Smith, L. (2001). *Reform and decentralization of agricultural services: a policy framework*. Food & Agriculture Organization of the United Nations.
<https://www.fao.org/3/y2006e/y2006e00.htm#Contents>
- Smoke, P. (2003). Decentralisation in Africa: goals, dimensions, myths and challenges. *Public Administration and Development: The International Journal of Management Research and Practice*, 23(1), 7-16. <https://doi.org/10.1002/pad.255>
- Smoke, P. (2015a). Rethinking decentralization: Assessing challenges to a popular public sector reform. *Public Administration and Development*, 35(2), 97-112.
<https://doi.org/10.1002/pad.1703>
- Smoke, P. (2015b). Managing public sector decentralization in developing countries: Moving beyond conventional recipes. *Public Administration and Development*, 35(4), 250-262.
<https://doi.org/10.1002/pad.1736>
- Tenbense, T., Silwal, P., & Walton, L. (2021). Overwriting new public management with new public governance in New Zealand's approach to health system improvement. *Journal of health organization and management*, 35(8), 1046-1061.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2020-0417>
- Terlizzi, A. (2019). *Health System Decentralization and Recentralization*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11757-3>

- Torfin, J., & Triantafillou, P. (2013). What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system. *International review of public administration*, 18(2), 9-25. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250>
- Torfin, J., Andersen, L., Greve, C., & Klausen, K. (2020). *Public governance paradigms: Competing and co-existing*. Edward Elgar Publishing.
<https://doi.org/10.4337/9781788971225>.
- Torfin, J., Peters, G., Pierre, J., & Sorensen, E. (2012). *Interactive governance: advancing the paradigm*. Oxford University Press.
- Treisman, D. (2007). *The architecture of government: rethinking political decentralization*. Cambridge University Press.
- Tribunal de Contas (2024). *Auditoria à dimensão financeira do processo de descentralização de competências (2022)*. Relatório n.º 1/2024, processo n.º 10/2023 AUDIT – 2ª Secção. Tribunal de Contas.
<https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2024/rel001-2024-2s.pdf>
- Uddin, K. (2018). Decentralization and Governance. In A. Farazmand (Ed.), *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy and Governance* (pp. 1-7). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_2613-1
- Wagner, R. (2022). *Rethinking Public Choice*. Edward Elgar Publishing.

Legislação

Decreto de aprovação da Constituição, 1976, de 10 de abril. A prova a Constituição da República Portuguesa. Diário da República: I série, n.º 86. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/86-1976-502635>

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República: I série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006>

Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro. Concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde. Diário da República: I série, n.º 21. <https://dre.pt/dre/legislacaoconsolidada/decreto-lei/2019-118813666>

Decreto-Lei n.º 254/1982, de 29 de junho. Cria as administrações regionais de cuidados de saúde. Diário da República: I série, n.º 147. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/254-1982-395514>

Decreto-Lei n.º 488/1975, de 4 de setembro. Cria administrações distritais dos serviços de saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/488-1975-307618>

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I série, n.º 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Decreto-Lei n.º 6/2019, de 14 de janeiro. Altera a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, quanto à caducidade dos processos disciplinares e às condições de exercício de funções públicas por aposentados ou reformados. Diário da República: I série, n.º 9. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/6-2019-117754017>

Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro. Aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I série, n.º 185. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2022-201414019>

Lei Constitucional n.º 1/1982, de 30 de setembro. Procede à primeira revisão constitucional. Diário da República: I série, n.º 227. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-1982-375254>

Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto. Procede à sétima revisão constitucional. Diário da República: I série, n.º 155. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-approvacaoconstituicao/243729>

Lei n.º 159/1999, de 14 de setembro. Estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais. Diário da República: I-A série, n.º 215. https://dre.tretas.org/dre/105584/lei-159-99-de-14-de-setembro#in_links

Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto. Aprova a Lei de Bases da Saúde. Diário da República: I série, n.º 195. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/48-1990-574127>

Lei n.º 50 /2018, de 16 de agosto. Estabelece o quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais. Diário da República: I série, n.º 157. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/50-2018-116068877>

Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro. Cria o Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I série, n.º 214. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro. Estabelece o regime financeiro das autarquias locais e das entidades intermunicipais. Diário da República: I série, n.º 169. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2013-105795409>

Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro. Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico. Diário da República: I série, n.º 176. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/75-2013-500023>

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a nova Lei de Bases da Saúde. Diário da República: I série, n.º 169. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Portaria n.º 274/2009, de 18 de março. Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.. Diário da República: I série, n.º 54. <https://diariodarepublica.pt/dr/LinkAutoComplete?DiplomaLegisId=605341>

Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro. Reorganiza os Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., e revoga a Portaria n.º 274/2009, de 18 de março. Diário da República: I série, n.º 231.
<https://diariodarepublica.pt/dr/LinkAutoComplete?DiplomaLegisId=603766>

Atas

Ata n.º 3/2019, de 28 de junho. Sessão ordinária da Assembleia Municipal do Fundão.

<https://www.cm-fundao.pt/index.php/atas/category/57-2019?download=64:atas-2019>

Ata n.º 12/2020, de 25 de setembro. Reunião ordinária pública da Câmara Municipal do Fundão.

<https://www.cm-fundao.pt/index.php/documentos/category/41-2020?download=15:atas-reunioes-de-camara>

Ata n.º 1/2022, de 25 de fevereiro. Sessão ordinária da Assembleia Municipal do Fundão.

<https://www.cm-fundao.pt/index.php/atas/category/96-2022?download=457:atas-2022>

Ata n.º 1/2023, de 30 de janeiro. Reunião ordinária pública da Câmara Municipal do Fundão.

<https://www.cm-fundao.pt/index.php/documentos/category/98-2023?download=523:atas-2023>

Documentos

Auto de transferência n.º ARSC 030/2023

Balanço do Município do Fundão referente ao ano de 2023

Demonstração de Resultados do Município do Fundão referente ao ano de 2023

ANEXOS

Anexo 1
Frequência nos programas de governo do vocábulo "descentralização" e palavras da mesma
família

Governos Constitucionais	Descentralização	Descentralizar (e formas verbais descentralizará e descentralizando)	Descentralizado (a,os, as)	Descentralizadora (ores)	Total
I	15		5		20
II	27	1	6	1	35
III	21	2	3	1	27
IV	5	2	4		11
V	4				4
VI	1	2	2		5
VII	5	1	2		8
VIII	8	2	2		12
IX	9		2	1	12
X	7		2	1	10
XI	4		2	1	7
XII	5	1	5		11
XIII	18	2	9		29
XIV	24		5		29
XV	11	1	2	1	15
XVI	17	2	2	2	23
XVII	6	2	5		13
XVIII	8	1			9
XIX	3		3		6
XX	10	2	4		16
XXI	10	3	1		14
XXII	17	1	11		29
XXIII	19	3	9		31
Total	254	28	86	8	

Anexo 2
Quadro resumo da descentralização para os municípios

DESCENTRALIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

ÁREA	MUNICÍPIOS Universo aplicável	MUNICÍPIOS que exercem (18.07.22)	% que exercem (18.07.22)
EDUCAÇÃO	278	278	100%
PROTEÇÃO CIVIL	278	278	100%
ASSOCIAÇÃO DE BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS	268	268	100%
SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS EM EDIFÍCIOS	278	278	100%
ESTACIONAMENTO PÚBLICO			
<i>Regulação e Fiscalização do estacionamento nas vias e espaços públicos</i>	278	278	100%
<i>Instrução dos processos de contraordenação</i>	278	278	100%
<i>Decisão do processo e aplicação de coimas e custas</i>	278	278	100%
PRAIAS			
<i>Águas balneares costeiras no Continente</i>	52	52	100%
<i>Águas balneares interiores no Continente</i>	84	84	100%
MODALIDADES AFINS DE JOGOS DE FORTUNA E AZAR	278	278	100%
SAÚDE	201	51	25%
AÇÃO SOCIAL	278	73	26%
CULTURA			
<i>Licenciamento de espetáculos de natureza artística</i>	278	278	100%
<i>Gestão, valorização e conservação dos imóveis classificados de âmbito local e de museus não nacionais</i>	55	41	75%
<i>[77 imóveis]</i>			
HABITAÇÃO			
<i>Transferência da gestão de programas de apoio ao arrendamento urbano e à reabilitação urbana</i>	278	278	100%
<i>Transferência da propriedade e gestão de imóveis de habitação social</i>	10	8	80%
POLICIAMENTO DE PROXIMIDADE	278	278	100%
<i>Conselhos Municipais de Segurança da PSP</i>	278	75	27%
<i>Conselhos Municipais de Segurança da GNR</i>	278	211	76%
ÁREAS PORTUÁRIAS	77	57	74%
AÇÕES DE ARBORIZAÇÃO E REARBORIZAÇÃO	278	271	97%
COGESTÃO DAS ÁREAS PROTEGIDAS	67	36	54%
ESTRUTURAS DE ATENDIMENTO AO CIDADÃO			
<i>Lojas de Cidadão</i>	278	36	13%
<i>Espaços Cidadão</i>	278	217	78%
<i>Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes</i>	278	82	29%
<i>Gabinete de Apoio a Emigrantes</i>	278	171	62%
JUSTIÇA			
<i>Reinserção social de jovens e adultos</i>	278	278	100%
<i>Prevenção e combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica</i>	278	278	100%
<i>Rede de julgados de paz</i>	278	70	25%
<i>Apoio às vítimas de crimes</i>	278	278	100%
DOS MUNICÍPIOS PARA AS FREGUESIAS			
<i>Municípios</i>	278	115	41%
<i>Freguesias</i>	2882	1146	40%
VIAS DE COMUNICAÇÃO (ESTRADAS)			
<i>Gestão dos troços de estradas e equipamentos e infraestruturas (perímetros urbanos)</i>	278	278	100%
<i>Titularidade (acordo IP/município)</i>	278	26	9%
PATRIMÓNIO IMOBILIÁRIO PÚBLICO			
<i>[Comunicação prévia: 153 imóveis; 92 municípios]</i>			
<i>[Acordos celebrados: 48 imóveis; 21 municípios]</i>			
<i>[Homologados s/acordo: 13 imóveis; 7 municípios]</i>	278	181	65%
<i>[A aguardar homologação: 5 imóveis; 3 municípios]</i>			

<https://portalautarquico.dgal.gov.pt/pt-PT/transerencia-de-competencias/> (último acesso a 26 de abril de 2024)

Anexo 3
Distâncias das Freguesias ao Município

	Distância à sede de concelho (km)
Município Fundão	-
Alcaide	6,5
Alcaria	9,7
Alcongosta	4,4
Alpedrinha	12,2
Barroca	28,2
Bogas de Cima	36,4
Capinha	19,5
Castelejo	8,2
Castelo Novo	13,2
Enxames	13,1
Fatela	8,3
União de Freguesias do Fundão, Valverde, Donas, Aldeia de Joanes e Aldeia Nova do Cabo	-
União de Freguesias de Janeiro de Cima e Bogas de Baixo	41,6
Lavacolhos	13
Orca	21,9
Pêro Viseu	11,9
União de Freguesias de Póvoa de Atalaia e Atalaia do Campo	19,1
Silvares	20,1
Soalheira	22,1
Souto da Casa	5
Telhado	6,9
Três Povos	25
União de Freguesias de Vale de Prazeres e Mata da Rainha	12,2

Fonte: INE (2022)

Anexo 4
Guiões de entrevista

Guião de Entrevista Município do Fundão		
Questão de investigação	Questão do Guião	População alvo para entrevista
Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?	Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, no seu entendimento, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde - Presidente da Ass. Municipal
	Na sua opinião quais as vantagens/desvantagens da passagem do CHUCB para ULSCB?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua perceção, os recursos (financeiros, equipamentos, veículos) a transferir para a autarquia são os mais adequados, suficientes ou os possíveis?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
	Os edifícios a serem transferidos têm presentes materiais potencialmente nocivos à saúde humana?	- Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua perceção, os recursos humanos transferidos, são em número suficiente? De que forma o município poderá colmatar as falhas? Existem nos quadros ou terão de proceder a recrutamento?	- Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua perceção quais são os desafios de operacionalização das competências transferidas?	- Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua opinião, a transferência de competências, nos moldes atuais, vai contribuir para o aumento da dívida do Município? De que forma?	- Presidente da Câmara - Presidente da Ass. Municipal
Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?	Na sua opinião, que avaliação faz ao processo de transferência de competências no domínio da saúde? Foram transferidas uma lista de competências em que a autarquia tem poder de decisão ou uma lista de tarefas em que a autarquia é um executor?	- Presidente da Câmara - Presidente da Ass. Municipal
	Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde - Presidente da Ass. Municipal
	Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua perceção, como pode contribuir o município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
	No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
Será que existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?	Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
	Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde - Presidente da Ass. Municipal
	Tendo em conta a sua experiência/visão, que vantagens/desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua perceção quais as motivações para o Governo ter tomado a iniciativa de proceder à descentralização de competências?	- Presidente da Câmara
	Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?	- Vereadora do Pel. da Saúde
	Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde - Presidente da Ass. Municipal
	Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde - Presidente da Ass. Municipal
	Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?	- Presidente da Câmara - Vereadora do Pel. da Saúde - Presidente da Ass. Municipal

Guião de Entrevista às entidades do Ministério da Saúde		
Questão de investigação	Questão do Guião	População alvo para entrevista
Será que o Município do Fundão tem capacidade financeira e logística para fazer face ao leque e abrangência das competências transferidas?	Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, do seu ponto de vista, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes relativamente às entidades do Ministério da Saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
	A alínea c do n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, referente às obrigações do município, refere: “Garantir os adequados níveis de prestação de serviços objeto de transferência.” Quais são os níveis adequados de prestação de serviços?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira
	No seu ponto de vista existe risco de se criarem assimetrias de investimento na área da saúde entre concelhos?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira
Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?	Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?	- UCSP do Fundão - CHUCB
	Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira
	Na sua perceção, como pode contribuir o município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira
	Na sua perspetiva de que modo a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
	Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
Será que existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?	Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
	Tendo em conta a sua experiência/visão, que vantagens/desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
	Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira
	Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
	Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pelas ARS's?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB
	Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?	- ARS Centro - ACeS Cova Da Beira - UCSP do Fundão - CHUCB

Guião de Entrevista às entidades da Comunidade Local		
Questão de investigação	Questão do Guião	População alvo para entrevista
Será que as competências transferidas contribuem para a aproximação da comunidade à autarquia, sem colocar em risco a prestação de cuidados de saúde?	Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
	Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
	Na sua perspectiva de que modo a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
	No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
Será que existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?	Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
	Na sua perspectiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
	Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão
	Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?	- Juntas de Freguesia - AHBV Fundão

Anexo 5 Entrevistas

... – O entrevistado suspendeu o pensamento;

(...) – texto suprimido para não se identificar o entrevistado;

[...] – O entrevistado divagou por outros temas e assuntos alheios ao tema ou à pergunta.

Entrevista 1

Data da entrevista: 05/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 50 minutos

Boa tarde, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/preensões do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantere total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: Quanto a mim, autarca, não vai passar tanto pelas juntas de freguesias, mas sim a nível das Câmaras.... Da qual também somos nós, digamos, deputados da assembleia, representantes diretos. Vejo uma medida um pouco, como hei-de dizer, um pouco atabalhoada. Um pouco, digamos, feita em cima do joelho. Eu penso que poderia ser, ou poderá ser, uma boa medida quando forem definidos mais critérios. Os critérios que são implementados, e para que no futuro possam resultar, devem ser muito bem vistos. Primeiro, com as situações geográfica, cada zona do país que não foi tida em conta, assim como muitas outras medidas. Não se adaptam para o Interior ou para o Baixo Alentejo ou para esta zona, como se adaptam para a zona de Lisboa ou Porto, onde há grandes concentrações de cidades. Portanto, acho que são medidas que podem ser importantes, mas também podem ser, digamos de uma certa forma, podem causar dano ao cidadão. Se nós falarmos que estamos com cerca de 2 000 000 de

cidadãos sem doutor de família, à partida pode parecer que é uma medida adequada. Ou melhor, seja qual seja o governo, que parte partidária que seja... Parece mais, como eu disse há bocadinho, uma medida meio atabalhoada. Parece mais tentar limpar ou passar com uma borracha decima deste problema, que é um problema muito profundo, quando falamos em doutores de família. A falta de um doutor de família numa cidade, grandes e periféricas, não é a mesma coisa que um médico na zona rural. Nunca foi tido em conta. As zonas rurais carecem muito desses doutores, mas também são consideradas pessoas de idade, mas também muito fora da realidade da longitude que se mete, que separa, entre um hospital ou um centro de saúde ou um posto médico... Nos últimos anos não foram considerados estes postos médicos, que a gente chama nas freguesias, nem sequer são reconhecidos a nível nacional por parte do Estado. Esta é a realidade, não se tem dito, mas esta é a realidade. Onde tem sido o centro de saúde a tentar segurar essas pontas. Portanto, vejo que esta medida poderia e poderá ser uma medida, considerada, boa para o cidadão, quando qualquer governante nosso, seja da orla partidária que seja, tiver noção que a parte do Interior, a parte mais desfavorecida, as partes rurais têm de ser vistas de outra forma que são as grandes cidades... Porque estas pessoas não têm transporte, estas pessoas estão longe do município. Estão a 50, 60, 70km, mas quando falamos em 50, 60 ou 70km não estamos a falar da mesma coisa que uma estrada de uma cidade que liga a outra. Nós estamos, sempre, a falar de uma hora, duas de deslocação. Mas não estamos só a falar dessa uma hora ou duas, estamos a falar de um transporte que é de manhã e só regressa, novamente, à noite. Quer-se dizer que isto não é nenhum metro. Isto não é nenhuma cidade onde hora a hora ou meia em meia hora, de cada minuto ou de cinco em cinco minutos, temos um meio de nos deslocarmos. Aqui não. Aqui estamos a falar das sete da manhã e de regressar a casa, no transporte público, às sete ou oito horas da noite. Estamos a falar para uma consulta ou para uma pessoa de oitenta ou setenta e tal anos com um problema de saúde... Mais vai agravar essa saúde para se deslocar. Portanto estes postos, que nós chamamos, postos médicos, que estão implementados em quase todas as freguesias, deviam ser tidos em conta no, digamos, seguimento desta transferência de competências para as Câmaras Municipais. E tudo isto, nós sabemos que as Câmaras Municipais também são carentes de dinheiros. Porque isto dar a responsabilidade que é do próprio Estado, organismo de todos nós, dos nossos impostos, que é um organismo do Estado... Ora como eu disse há pouquinho é uma forma de se lavar a mão e de se descarregar a água do capote e está resolvido um problema, que de longe está por se resolver. Em abril ou maio dei uma entrevista para o Jornal do Fundão. Quando... no dia em que foi lançada em discussão pública – o PDM. Foi lançada uma discussão pública e a primeira reunião foi aqui em Silves. Eu já nessa altura dei uma entrevista, e já tinha dado para a Rádio Cova da Beira do Fundão, onde já falávamos deste problema, que nós estivemos um ano e passo sem doutor de família e entre aspas continuamos a estar, já fez em novembro. E continuamos a estar. Vamos continuar a estar. E não é estas medidas que vão resolver este problema. Nessa altura aponte uma solução, das mais viáveis para este país, até que se resolva. Até que os nossos governantes se designem resolvê-las. Que não há nada que não se resolva. [...] Mas, como disse há pouquinho, nessa entrevista para a rádio eu aponte uma solução. Fácil. Enquanto os nossos governantes, anos lá atrás, tentaram descarregar tudo para o privado. Às próprias pessoas que não têm impostos, todos nós devíamos ter seguros à parte, seguros de saúde, seguros para aqui, para ali, para além e para o outro e para não sei para quem. O Estado tentou, digamos, empurrar – foi para isso que trouxe este problema de falta de doutores – empurrar para este abismo. [...] Pois também sabemos, quando ouvimos falar no orçamento para a Saúde e tantos milhões para a Saúde. Também não somos assim tão

ignorantes que sabemos que mais de metade destes milhões que é para a Saúde, não é para a Saúde direta do Estado, mas sim dos privados. São aqueles os estafetas do próprio Estado. E alguém ganha sobre isso. [...] Mas nesta entrevista para a rádio eu disse era fácil resolver o problema. Vamos cá a ver. Em cada concelho do país em que há tantos doutores particulares. O Estado só tem de fazer um contrato com os doutores particulares. E o doutor vir dar consulta uma vez por semana, por exemplo, à (...). Uma vez por semana a Janeiro (de Cima), paga à hora ou paga sobre as consultas que vem dar esse doutor, e está resolvido esse problema. Temos lares, Silvares, Bogas, Bogas de Baixo, Dornelas. Temos doutores, têm os lares. Estes doutores cobram aos lares. É difícil o Estado também pagar para darem consultas às pessoas, ao cidadão? Isto digo eu para a parte rural do Interior, é a parte rural, que é aquela que está mais desprotegida neste país. Será que é tão difícil ter uma luz destas dum político que estudou. É tão difícil ver isso? [...] As próprias Câmaras irão cooptar a este doutor privados ou a doutores que já estão reformados. Dou um exemplo. Lavacolhos. Neste momento têm um doutor com uma avença, é reformado, é de Lavacolhos. Ok. Durante meio ano a um ano tem o problema resolvido. Silvares. Neste momento tem um doutor permanente todos os dias, para fazer a zona do pinhal. Terá de se deslocar a Silvares, Janeiro (de Cima), Bogas (de Cima), Barroca como freguesias. Depois vamos às anexas, porque temos as anexas, Barroca tem duas, Bogas (de Cima) tem cinco, pois temos estas anexas também. Transporte como é que está? Depois falamos, vamos implementar um serviço táxi a pedido, isto ou aquilo. Está bem, até que seja implementado. Quando? Como? E quem é que paga esse serviço? Estão sempre a espetar um trabalho em cima de outro. Esta pessoa... quem vem a Silvares (refere-se ao médico) é uma pessoa reformada. Claro que não se atreve a ir nem à Barroca, nem a Bogas (de Cima) nem a outro lado. Vou para ali, estou ali todo o dia e acabou. Alguém devia pensar nisso. [...] Tem de fazer as outras anexas, ao menos que destine para as outras freguesias meio-dia por semana ou em dois dias da semana dois meios-dias para que estas pessoas possam ir e possam ser consultadas. Para que se possam juntar, porque não há transporte para as transportar. Também não está pensado. Outras coisas virão. Quando um médico aceita por contrato vir para um sítio consultar todo o dia, é para consultar todo o dia e não para se brincar como se está a brincar, que eu tenho conhecimento. Nestes dias tenho tido conhecimento. Consulta o que quer, como quer e quando quer. E vamos continuar a ter um mau serviço prestado. Mas perante os nossos governantes, os nossos chefes, lá em cima, está tudo um mar de rosas, que agora fica resolvido o problema. Não fica. O problema resolve-se com boas ideias, o problema resolve-se com dinheiro. Mas muitas vezes não é dinheiro é coordenação, como é que as coisas devem ser feitas e pensadas. Se a mim me disserem que a junta de freguesia num mês para transportar as pessoas, desde que seja fixo um dia por semana ou meio-dia, que vai gastar 400 ou 500 ou 600 ou 1000€ mensais para ajudar neste transporte, não vejo qual é o problema. Desde que o Estado reconheça que eu o gastei. Não o gastei em obras, mas gastei para as pessoas. Desde que isso seja reconhecido, porque depois também é preciso que estas despesas sejam elegíveis e reconhecidas. E alguém não se lembre mais tarde que nós andámos a favorecer a, b ou c, porque é o que se usa neste país. Primeiro criam-se as leis, deitam-se lá para fora e depois dá a porcaria que tem dado. Porque isto é bonito, cria-se, faça-se e depois? “Epá! Violou a lei.” Há, pois, porque aquela não veio anular a outra. A outra vai continuar, porque estava atrás. Portanto é sempre um trampolim. Quando se dá poderes, têm de ser específicos e aquele poder terá de ir abranger outras coisas que estavam atrás. Estavam a dar poder para uma coisa, mas perante a lei não a posso exercer senão violo a lei que está atrás. Depois sento-me no moxo porque violei a lei que estava desde 1920 e pouco ou 30, de 30 não, mas 1987 ou 90 porque continuam lá aquelas. Faz me

lembrar... muitas vezes andamos à procura de uma lei atual e depois temos de ir à procura de uma lei que já passou 20 anos ou 30, mas está lá. Deveria ser assim. Ok. Deiam-se poderes, acompanhado de dinheiro, mas permita-se fazer um trabalho como pertence. E o trabalho como pertence para as partes rurais do nosso Interior, Baixo Alentejo, e todas as zonas mais desfavorecidas só se consegue de uma forma. O Estado usar o dinheiro que já tem de usar, e usá-lo ... deixá-lo às Câmaras ou às próprias juntas (de freguesia) que possam contratar um médico particular, que o Estado ponha uma tabela por fora a nível nacional. [...] Dever-se-ia ter acautelado com um mês ou dois, fazer-se a prevenção destas gripes sazonais, que vêm aí, que é preciso reforço dos hospitais e também as pessoas. Explicar às pessoas que já têm problemas usassem máscaras, que fosse usando, não como obrigatório, mas como conselho de saúde. [...]

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Estas competências podem ser importantíssimas, importantíssimas para o futuro e para o país, mas não implementadas de um dia para o outro em cima do joelho, só porque tem de ser. Devem ser acompanhadas. Devem ser dadas. Devem ser acompanhadas com o dinheiro necessário para que o bem-estar do cidadão prevaleça acima de tudo. Se isto contribuir mais 1% para a dívida do nosso país, para mim está muito bem. Até agora a nossa dívida não teve a ver com a saúde, não é esta parte que a vai endividar, pelo contrário. Estamos a prestar um bom serviço do Estado ao cidadão e isto tem de ser acompanhado. E então... se tudo no meio dessas medidas que foram dadas, dentro dessas medidas aquilo que, autonomamente, cada Município poderá implementar para o Município. Para o bem-estar do cidadão. Como eu disse há bocadinho, porque uma coisa é Lisboa, outra é Porto, outra é Fundão e outra já é Castelo Branco, e outra já é Covilhã, estão bem perto, mas cada um sofre dos seus problemas diversos. Então deixar livre o Município para que possa prestar um bom serviço ao cidadão. E esse dinheiro e esse protocolo devem vir logo diretamente do Estado para a Câmara. Faz falta, pague-se e acabou. [...] Eu acho que poderá ser importantíssimo, mas que deixe aos Municípios para poderem contratar doutores particulares. O próprio Estado pense numa tabela, até pode ser por distrito, pode não ser nacional, pode ser distrital. [...]

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: No caso (...) da parte da comunidade alguém capacitado para tal... para poder, na parte da saúde, poderemos ter aqui, potencialmente, duas ou três pessoas com habilitações para isso. Há freguesias com muito mais. Quando esta lei saiu, podia-se aproveitar estas pessoas, que já são de cada zona. Podíamos complementar... complementar aí, muitas vezes, alguma parte desse serviço. Porque enfermeiros temos, temos enfermeiro, temos até doutores. Então deveria sempre... irmos ao encontro dessas pessoas para complementar, ajudar na parte da saúde. Por isso é que eu digo que é importante de uma parte, esta parte que o Estado dá competências, passarem toda a competência acompanhada com dinheiro. Não é dar competências como eu tenho visto nos últimos anos. Eu sei o trabalho que trouxe às juntas

de freguesia para fazer o trabalho do Estado, não o nosso, o próprio do Estado. A preço de quê? Ao preço do mesmo. Isso era importantíssimo. Tentar que houvesse essa possibilidade, desde que as pessoas que são credenciadas para tal, tentarem implementar esse serviço a nível local. Porque se nós tivermos um enfermeiro (...) disponível uma hora ou duas, um dia ou dois na semana. Se tivermos um em Bogas (de Cima) nós podemos, se calhar, prestar certos serviços à população. Nunca podemos é andar naquele sentido que a pessoa tem de fazer gratuito. Porque esta parte do nosso país de andar atrás desta gente, que se diz prestar serviços gratuito para a população, tudo isso aí é demagogia. [...]

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: A preocupação? A preocupação do cidadão vai ser sempre a mesma. Se o doutor não se deslocar às próprias freguesias, o cidadão vai ficar na mesma situação. E eu tenho cá um cidadão..., alguns já me dizem: “Mas que me interessa a mim estar aberto Silveiras? Estou pior. Então. Quando tenho transporte vou para o Fundão e venho à tarde. Aproveito para fazer outras coisas ou até tenho familiares. Vou para Silveiras, tenho de estar à espera do transporte até à noite igual.” Partimos sempre de um problema, que o cidadão agora aqui diz-me: “Mas porque é que tenho de ir para Silveiras?” e agora ainda me diz mais: “Agora o problema é que se eu for para ir ao Fundão, se for para ir á consulta aberta, diz-me que tenho doutor de família. E o doutor de família não me recebe”. [...]

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: A comunidade da autarquia? Se essas competências forem no âmbito daquilo que eu digo, que devem ser acompanhadas e com muitos poderes para que possam ser... E se a Autarquia, neste caso, tiver gente capacitada para tal. Porque depois não é só dar. É preciso ver que há muitas autarquias no país que não têm capacidade para tal. Se a autarquia tiver capacidade para tal... e os serviços... e implementá-las. Sim. Pode sim prestar um bom serviço ao cidadão. Eu não digo aproximá-lo. Aproximá-lo em que sentido? Ser do partido socialista e nas próximas eleições votar no PSD porque ele é do PSD? Não. Não deve ser visto dessa maneira. Deve ser visto daquilo que se deve implementar, daquilo que são as necessidades das pessoas. À parte de qualquer partidário. [...] O serviço ao cidadão não deve ser partidário, mas deve ser sim por serviço exemplar do Estado, que deu uma competência às autarquias que possam aplicar. À parte de qualquer parte que tenha a ver com parte partidária. [...]

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: É como eu digo. Se elas forem feitas e pensadas. Não forem burocráticas. Não forem partidárias. Podem ser das maiores valias para o cidadão. Desde que elas sejam

acompanhadas, como é obvio, de dinheiro. Se o Estado espeta isso só para fazer ver... e que só culpa os presidentes das câmaras. Está a ver? Não? Essa faz me lembrar uma. Não? A autarquia é que é culpada. Então eu vou-lhe dizer. Há quatro anos, mais ou menos, à volta de cinco anos. Houve uma entrevista ao atual presidente da Câmara do Fundão, (...); uma entrevista ao diretor das minas, aqui da Barroca Grande, as Minas da Panasqueira; e a seguir aqui a uma ou duas senhoras da Barroca e a seguir ao Ministro do Ambiente... por causa do Cabeço do Pião e por causa desta poluição e do rio. Que é grave e continua a ser grave. E nessa altura o Ministro do Ambiente, quando foi entrevistado, simplesmente disse: “Nós, o Governo, não tem nada a ver com isso.” É o Ministro do Ambiente. Agora você ouça as palavras que ele disse: “Não tem nada a ver com isso, quem tem a ver com isso são as Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia.” Ponto final. Pronto está dito. É o rio Zêzere, é a poluição do rio Zêzere. É o licenciamento da parte do Estado, como agora anda para ali para a Arjemela e lá para o lítio e para tudo. Assina. Há algum problema a nível da saúde e poluição do rio ... o Estado não tem nada a ver com isso, é a Câmara e as Juntas de Freguesia e está resolvido o problema. Espero bem que a nível da Saúde não venha a acontecer a mesma coisa. Quando o Ministro da Saúde ... “Não. Então isso é com as Câmaras e com as Juntas, nós não temos nada a ver com isso”. Está a perceber onde quero chegar? [...] Espero bem que da parte da Saúde, não venha a encontrar um Ministro que, futuramente, diga a mesma coisa. Agora se me vier a dizer: “Epá! Espere aí. Não estava ocorrente, mas vou ver o que é que se passa com as autarquias, as juntas e o nosso ministério. [...]

Entrevista 2

Data da entrevista: 16/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Boa tarde, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: A minha opinião é que... tanto, relativamente, o assunto aqui que tem mais a ver com a questão da saúde, também na educação.... Eu acho que a descentralização é sempre bem-vinda, quando acompanhada. Ou seja, acompanhada de apoios que possam sustentar essa mesma competência. Porque se não houver apoios condignos para o desempenho dessas competências.... Estar a descentralizar para nos livrar-nos de mais um problema, não é bom. Não tem lógica nenhuma o Estado... Não estou a dizer com isso que seja esse o intuito do Estado, porque isto, como deve perceber, isto ... tudo o que sai ... tudo o que é despesa é sempre um problema. Mas vejo com bons olhos.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Mais ambiciosas só se estivéssemos a falar... Mais ambiciosas só se fosse ao nível do pessoal da área da saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros e outros. Mas isso penso não é uma situação muito, se calhar, muito fácil. Também a aceitação dos mesmos poderia não ser... Isto se calhar ia levar um pouco, ao que já estamos a sentir neste momento, que é um pouco um leilão destas profissões. Os Municípios, neste caso, estão aqui a ver-se numa situação, nomeadamente, de falta destes profissionais de saúde. Está-se a entrar aqui numa competição que não parece que seja saudável e que pode criar grandes problemas ao nível do curto medio prazo.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: É sempre importante o envolvimento da comunidade local. Já que mais não seja, na perceção de que... e eles todos têm, mas normalmente só quando sentimos a falta destes cuidados é que valorizamos mais. Por vezes existe, hoje em dia não só nesta matéria como em outras, um sentido, às vezes, muito crítico. Queremos tudo resolvido para ontem e, às vezes, isso é incompatível com as situações. Mas é sempre importante o envolvimento da comunidade local porque ... até mesmo ... agora pensando no outro lado, para os profissionais que estão a prestar esses cuidados e essas tarefas no âmbito, neste caso, da saúde ou de outra atividade qualquer... É sempre bom, porque há uma valorização, sentem-se valorizados mutuamente quando têm uma comunidade local envolvida e no fundo também recetiva a essas situações.

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: O principal... na minha perspetiva, o principal receio, infelizmente, é o que estamos a viver nesta freguesia de há um mês para cá, que ficamos sem o nosso médico de família. Ficámos sem médico de família há um mês. Estamos hoje a dia 16. Salvo erro, a última vinda da médica foi no dia 15 ou 16, não sei precisar. Mas estamos a falar de um mês e aí sim é um problema. Porque as pessoas é como se desaba o mundo. Embora, isto não serve de justificação, há aqui uma franja de alguns utentes de idades, de uma faixa etária mais recente que não sente isso. Porque ok. Estamos aqui, felizmente isto não serve de desculpa, mas estamos aqui a 5 minutos de uma unidade de socorro, que é... seja a Covilhã. Nem já vamos falar no Fundão. No Fundão, ao nível da consulta aberta e da prestação dos cuidados saúde em termos de urgência, já está a sentir estas dificuldades da falta de, neste caso, de médicos. Portanto temos aqui uma unidade, o Centro Hospitalar da Cova da Beira ou agora a nova ULS, que estamos a 5, 10 minutos e isto ainda... há um sentimento de tranquilidade e de alguma... Ou seja, nós estamos, não diria que estamos com um problema, como temos aqui freguesias do concelho, que estão,

se calhar, a 1h de distância ou mais. Estou-me a referir, se calhar, ali à zona de Bogas de Baixo, Janeiro de Cima. Esses sim. Isto é uma pandemia. Ou seja, se estivermos a pensar que a ambulância que pode levar quase 1h a chegar lá e outra hora a chegar à unidade hospitalar mais perto, estamos a falar de um problema gravíssimo. E neste momento, aqui na freguesia também é um problema grave, ao qual eu espero que se consiga ultrapassar o mais rápido possível. Não vai ser fácil porque hoje há constrangimentos ao nível central, estamos a falar em constrangimentos ao nível da cidade do Fundão. A minha freguesia está aqui no limiar do concelho do Fundão com a Covilhã. Estamos aqui centralizados, mas será mais apetecível para um profissional de saúde poder integrar os quadros do Centro de Saúde do Fundão no âmbito do médico, chamados os médicos de família, e preferir ficar em (...) do que ir para uma freguesia mais longínqua. Dado, também, que não têm apoios ao nível da deslocação. Só por aí, já nem falamos... Não estamos aqui a diferenciar, mas estamos a falar em custos que saem diretos do bolso do profissional de saúde.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Podem aproximar, mais que não seja no domínio da reclamação. Neste domínio, porque nós somos um bocadinho... Quando as coisas correm bem não valorizamos. Quando as coisas correm menos bem já passamos para o campo da crítica. Nós somos mais da crítica e da reclamação do que da crítica positiva ou de valorizar. É como lhe digo, neste momento aqui na nossa comunidade estamos a valorizar o fato de termos tido cá uma médica, por si só era um profissional de saúde, e de excelência que era a última médica que cá esteve. Era um profissional de excelência, que deixa muitas... já passamos aqui por processo não tanto na minha ... como autarca aqui na freguesia ... ouve aqui penso que duas transições e neste momento está-se a sentir mais pela excelência da profissional que cá estava, que era muito dedicada e que nos vai deixar muitas saudades e que deixa, esperamos nós, uma tarefa árdua para a próxima que vier ao nível de exigência, porque ela era de facto extraordinária.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Esse seria o objetivo, agora se vai? Eu penso que sim, eu penso que sim, porque hoje em dia a transferência de competências... quando estamos aqui a falar da transferência de competências, estamos a falar do pessoal não da área diretamente da saúde, que são os enfermeiros e os médicos, os auxiliares e das infraestruturas. E que mais não seja na celeridade da resolução dos problemas, porque hoje em dia essa parte também é importante. Porque sempre que há um problema ao nível... estamos a falar mais ao nível das infraestruturas, falar com... tentar resolver um problema com o Ministério, até que chegue ao gabinete ou à pessoa poderá..., esta décalage de tempo, quer queiramos quer não... mais perto a capacidade de resposta poderá ser mais célere. Nesse sentido acho que sim. Ou seja, relativamente à questão dos profissionais não diretamente da saúde, que são os enfermeiros e os médicos. Os auxiliares será a mesma coisa, porque eles no fundo passaram para a estrutura das autarquias, mas no fundo a orientação técnica, se calhar bem no meu ver bem,

continua a ser dos profissionais mais da saúde. Mas penso que em termos dessa celeridade de resolução dos problemas ou até da percepção de alguns problemas, que às vezes estando no domínio de um Ministério podem passar um bocadinho ao lado... É lógico hoje em dia, com a informação que temos, hoje em dia qualquer problema é um problema de todos, porque isso transborda logo para a comunicação social ou para as redes sociais. Por um lado, bem, por outro lado se calhar não tão bem. Eu acho, sempre quando há clareza e há transparência seja nos problemas ou nas virtudes, que é sempre bom. Eu acho que sim. Dessa forma poderemos ter aqui uma resolução daqueles problemas mais céleres. Podem ser, às vezes, problemazinhos, mas pela morosidade da sua resolução podem-se transformar em um problema de maior dimensão.

Entrevista 3

Data da entrevista: 29/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: Favorável. Sou favorável à descentralização de competências. A comunidade local deve ter um papel importante na resolução dos problemas, dos seus problemas.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Não conheço em pormenor. São de espectro largo, abrangendo o edificado, as operações logísticas, recursos humanos e programas de promoção da saúde. Parece-me equilibrado. Acrescentar, só se fosse contratação de médicos, mas isso não é possível.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Podem ser várias, se as associações ligadas à saúde forem ouvidas na Comissão Municipal de Saúde.

Questão 14

Na sua perspectiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Para ser sincero e do que eu me vou apercebendo, as grandes preocupações dos cidadãos no concelho do Fundão e no país, referente à área da saúde, é a falta de médicos de família e a acessibilidade à saúde. Esses são os grandes problemas. E é verdade que este processo de descentralização não vem dar resposta a esses problemas. Os problemas principais, na minha opinião, com que se debatem os cidadãos são alheios ao processo de descentralização, porque essas definições de concursos públicos e afins, de alocação de recursos humanos continua a ser do Ministério da Saúde. Não sei se vai haver aprofundamento ou não, no futuro. Não sei em que modelos ou que formas. Esses são os problemas da acessibilidade, da falta de recursos e equipamentos.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Sim, teoricamente sim. Havendo fóruns locais onde as pessoas podem expressar as suas opiniões e podem fazer as suas propostas... Porque uma coisa é podermos participar com decisores ou no âmbito de decisões que são de nível nacional e a nossa voz não tem impacto nenhum, ao nível das ARS, por exemplo, ou do Ministério da Saúde. Se as decisões se encontrarem mais próximo dos cidadãos, é natural que o cidadão se aproxime do poder local para poder influenciar as decisões.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Sim. Teoricamente, a transferência de competências vai na medida em que vai desburocratizar em diversas áreas alguns processos na área da saúde. Por exemplo, ao nível das instalações, se havia um problema na instalação (um vidro partido, uma entrada de água, algo desse género) uma simples obra de conservação e manutenção dependia da ARS em Coimbra, com a burocracia toda que nós conhecemos, com os diversos patamares de competências e com os orçamentos ao nível nacional cativados. Tem havido um investimento muito fraco ao nível dos serviços públicos. É normal que sendo essa competência da Câmara, a Câmara tenha mecanismos e tenha respostas mais rápidas. Até por uma simples razão, o cidadão pode confrontar o decisor de quem tem a competência. Pode confrontar

diretamente. Pode na rua, no café, na Câmara, na sessão de Câmara, na Assembleia Municipal. Portanto, a tendência é quem decide tem de dar uma resposta mais rápida e imediata aos problemas colocados pelos cidadãos. Estou a dizer os cidadãos ou os funcionários respetivos, de facto, podem pressionar para que instalações e equipamentos funcionem de forma mais eficaz e correta. É muito natural que este processo todo venha a ter grandes benefícios em termos de eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde. Agora há um problema, isto começou, agora é preciso – sei que vai haver uma Comissão de Acompanhamento e Monitorização – medir o impacto desta política de descentralização para ver, ao longo do tempo, se são necessários introduzir novas medidas, novos mecanismos de controlo, se o pacote financeiro é suficiente para dar resposta ao que pretende este grande pacote da descentralização de competências na área da saúde. Têm de ser avaliadas estas políticas ao longo do tempo. Isso é fundamental. No cômputo geral, penso, que podemos ficar a ganhar com este processo.

Entrevista 4

Data da entrevista: 30/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantere total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: No cômputo geral sou a favor da descentralização de competências, neste caso do Estado para os Municípios. Assim como também, eu como presidente de junta, posso dizer que defendo muito mais transferências diretas do Estado, diretamente, para as juntas de freguesia e não termos de passar pelo Município. Estamos a falar do caso da saúde. Mas na minha opinião pessoal, acho que as juntas de freguesia deviam também ser vistas nestes processos de delegação de competências. Acho que as Autarquias estando mais próximas dos cidadãos isso faz toda a diferença naquilo que é a relação entre o autarca e a pessoa que serve. Por isso acho que é positivo. Agora aqui no caso do Município do Fundão ainda é recente. No meu próprio caso, na minha freguesia de (...) nós já tínhamos a extensão de saúde em que recebemos, praticamente, uma renda mensal para alugarmos o espaço. Mas no meu caso sempre vi as coisas de outra forma. O que recebo é muito reduzido para o investimento que

eu já fiz na extensão de saúde. Eu valorizo muito a minha ideia de autarca e o que me fez levar... A única promessa que fiz às pessoas foi proximidade, porque um presidente de junta não é mais que estar ao serviço das pessoas. A maioria das pessoas não tem tempo... Esta cidade muda tão facilmente de leis... Às vezes é tão difícil de chegarmos aos sítios quando necessitamos de resolver algum problema.... Acho que o presidente de junta deve ter essa função. No meu caso é o que tenho. E nós nesta questão da extensão de saúde, nós agora... Essa competência passou para o Município, passamos a receber essa renda da parte da Câmara. Eu vejo muito bem. Nós ainda temos médico de família duas vezes por semana, nós passamos agora aqui um período, no ano passado, de falta de médicos. É um problema nacional e o Concelho está a passar por isso. Felizmente a minha freguesia é relativamente perto da sede de Concelho. Mas mesmo nós quando passamos esse período... Achar que a proximidade faz diferença e o presidente de junta deve estar ao serviço das pessoas. Nós quando perdemos o médico de família... Ainda foi num período de cerca de seis meses, porque a médica que tínhamos saiu em discordância com o ACeS Cova da Beira e com o Centro de Saúde, que eles é que organizavam os médicos. Nós se pudéssemos também diretamente intervir nesse aspeto tinha conseguido travar a saída do médico na altura. [...] O Município lançou agora um programa de incentivo à captação de novos médicos, para já não está a ter grande sucesso, porque têm de ir mais além. [...]

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Talvez pudessem ser mais ambiciosas. Podia envolver as juntas de freguesia, podíamos ter um papel importante também nisso. Porque não, podermos ser nós a termos a capacidade de podermos contratar um médico? E de termos a capacidade de chegarmos a um médico... porque hoje em dia... E está-se a aproveitar e bem, acho que a lei foi alterada e isso foi para se aproveitarem os médicos reformados, porque senão era impensável conseguir ter médicos para toda a gente. Porque não, nós também, enquanto junta de freguesia, não podermos ser mais envolvidos nesses processos? Se calhar poderia haver mais sucesso, digo eu. Vou lhe dar um caso em (...) quando perdemos o médico de família, para não transtornar as pessoas, havia muita gente que não tinha transporte, nós organizamos logo um sistema de transporte, para quem não tivesse possibilidades, para os trazermos à consulta aberta. E fazíamos uma outra coisa, que era, nós recolhíamos o receituário das pessoas, trazíamos aqui e levávamos para as pessoas terem acesso à medicação. Nós na (...) criámos um serviço interessante. Nós fizemos um acordo com uma farmácia, que as técnicas são da freguesia, em que temos entrega de medicamentos ao domicílio. Se as pessoas preferirem são entregues em casa, se não preferirem ficam nas instalações da junta de freguesia, onde temos um espaço próprio para isso. As pessoas que tenham dúvidas na toma, temo lá uma técnica que explica exatamente como deve tomar e faz aqueles pequenos rastreios. Para não levarmos isso ao médico de família, para também retirarmos um pouco da pressão que existe nas urgências. Estou a falar tudo fora Município. Atenção. Eu defendo que nós próprios devíamos ter mais competências. Mas eu acho que a questão da contratação de médico de forma direta sem passar pelo Ministério da Saúde, acho que era a competência que eu acrescentava.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Felizmente, a minha freguesia fica a (...) da sede de Concelho, o que é relativamente perto. Mas há exemplos aqui no concelho, por exemplo a zona do pinhal que fica muito afastada, que tiveram mais de um ano sem médico de família. Imagino que, mesmo os meus colegas, não seria fácil montar um sistema destes com esta deslocação tão grande. Mas eu acho que o envolvimento da comunidade local é uma mais-valia, quanto mais pessoas estiverem a ajudar. Tivemos um bom exemplo á pouco tempo, com a questão da pandemia, que se envolveram muito as pessoas. Nós (...) montámos logo um sistema, reforçámos esta questão da medicação com mais pessoas. Tive várias pessoas que quiseram ajudar de forma voluntária. Nós entregávamos a medicação em casa, na altura do inverno até lenha íamos por a casa das pessoas, a pessoas mais idosas. Muitas pessoas, quando me viram envolvido assim, quiseram ajudar e procurar ajudar. O envolvimento, para mim, é muito importante. Hoje em dia na política vesse muito as pessoas fecham-se muito nos gabinetes. Têm medo. Às vezes acho que têm medo das pessoas e têm medo de andar na rua e têm medo de que as pessoas as confrontem. E acho que não deve ser assim. Porque se não as ouvirmos... Mesmo que estejam chateadas connosco, não faz mal. Mas temos de as ouvir, isso é um dever. Foi para isso que fomos eleitos. E tenho a certeza absoluta que desta forma iríamos ter muito mais pessoas envolvida naquilo que é a ação. Porque hoje toda a ajuda é pouca, e agora estamos a viver mais uma fase complicada este ano. [...]

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Acho que a única preocupação do cidadão é se vai ter médico ou se não vai ter. Ou se vai dirigir ao centro de saúde ou à extensão de saúde ou ao hospital e tem alguém à sua espera. Acho que essa é a grande preocupação. Hoje com a informação e desinformação que existe sobre o que se está a passar um pouco por todo o país. Essa é a grande preocupação. E acho que aqui, no interior, também se reflete mais nas pessoas. É indiscutível que não temos acesso aos mesmo serviços que têm no litoral. Felizmente, está agora a ser corrigido com os investimentos que têm vindo aqui para o concelho da Covilhã. Porque mesmo quem tenha um seguro de saúde não tem grande oferta aqui a quem possa recorrer. E acaba por haver uma pressão maior sobre o SNS e acho que essa é a grande perceção. Nota-se perfeitamente nas extensões. Vejo também isso na minha freguesia. Muitas vezes recorrem à extensão de saúde, nos dias em que está o médico, como seja uma urgência. Como se estejam a dirigir a uma urgência. Porquê? Porque no seu subconsciente já está, que sabe, se for aqui ao Centro de Saúde do Fundão à consulta aberta, neste caso, ou ao Hospital da Covilhã, que vai ter um tempo de espera muito superior. E se calhar, ali num ambiente mais reduzido pode ter, se calhar, melhores cuidados, porque o médico tem uma proximidade diferente do que tem um médico que tem cem pessoas. Mas a grande preocupação é se vai ter acesso aos cuidados ou não. E hoje se tem médico de família ou não. Porque neste momento, não lhe posso precisar, mas agora aqui há um tempo atrás, no final do ano passado, acho que abandonaram mais dois

médicos, o que fez com que duas freguesias e parte da cidade do Fundão ficassem sem médico de família. Por isso a preocupação é saber se vai ter médico de família.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Vão. Isso vão. Isso vão porquê? Primeiro, com o incorporar de muito dos recursos humanos, que pertenciam ao ACeS e ao Centro de Saúde, que vão juntá-los àqueles que eram do Município, que serão, certamente, pessoas mais conhecidas. E por isso, acho que era importante também aqui agora montar-se ... irem pelo Concelho e conhecerem as pessoas e perceberem as necessidades que têm. Porque hoje há mais que recursos suficientes para fazer esse trabalho, e não só estarmos sentados à espera que as pessoas venham ter connosco. Acho que isso é importante. Porque sem conhecermos a realidade, depois também não podemos montar serviços que vão ao encontro do cidadão. Se não tivermos conhecimentos daquilo que eles estão a passar ou das necessidades delas. Como você me estava a perguntar qual é a grande preocupação deles? É se têm médico ou não, se têm cuidados ou não. E se nós montássemos... Acho que o Município deveria aproveitar, acho que era uma boa ideia, tentar aproveitar recursos que tem também aqui e ir pelo Concelho e ir à procura das pessoas, o que precisam e o que não precisam. E com as unidades móveis de saúde podia-se fazer um grande trabalho e há esses recursos. Acho que se podia fazer um grande trabalho a esse nível. Evitar que as pessoas venham todas para o Concelho e que exerçam uma pressão maior aqui sobre as unidades locais.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Se for bem executada, eu acho que sim. Se for bem executada não tenho dúvidas. A proximidade é um fator decisivo para a melhoria, para prestar um melhor serviço. Isso não tenho dúvidas. Agora não querendo entrar nas questões financeiras, porque não conheço bem o pacote que foi atribuído ao Município, mas eu acho que ... tenho a certeza absoluta que fará um melhor trabalho do que se faria se as competências continuassem no Ministério da Saúde.

Entrevista 5

Data da entrevista: 30/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 10 minutos

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.
- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.
- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: Acaba por ser bom, a questão da proximidade das autarquias locais com a população; a nível de necessidades; a nível de celeridade nos processos. A descentralização, na minha opinião, quer no domínio da saúde quer em outros domínios, acaba por ser importante pela questão da proximidade.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Não tenho pleno conhecimento ao nível das transferências, mas arrisco a dizer que acabam por ser insuficientes. Quando falamos na parte financeira acaba por ser uma lacuna, porque

as verbas, que são transferidas, acabam por ser sempre insuficientes. E a descentralização acaba por economizar. Ou seja, quando se faz a descentralização, acho que pensam sempre um bocadinho em economizar e acaba por ser insuficiente. Tem de se pensar a descentralização a ser correspondida com uma complementação financeira.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Pode sempre, por causa da proximidade. O envolvimento da população dá sempre bons frutos. As pessoas e as populações acabam sempre por sentir as coisas como suas. E sentindo as coisas como suas, as coisas acabam por funcionar melhor porque acabam por se envolver. O envolvimento é sempre bom e benéfico.

Questão 14

Na sua perspectiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: É se há realmente uma melhoria na saúde ou se há uma pioria. Acho que as preocupações do cidadão e de todos acabam por ser essas. Se estamos a melhorar. Acho que descentralizar acaba por se estar a melhorar. Agora leva o seu tempo, leva o seu acompanhamento. O envolvimento das pessoas acaba por dar uma alavanca, uma melhoria. Acho que a descentralização acaba sempre por ser uma melhoria.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Ah sim, sem dúvida alguma.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Eu acho que vai ao interesse do Governo Central. A situação financeira acaba por ter um peso importante. Melhoria de saúde requer melhoria financeira. Esta descentralização requer a componente financeira, porque se não houver investimento na saúde não há ... o investimento quer financeiro quer de meios humanos como é óbvio.

Entrevista 6

Data da entrevista: 30/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 10 minutos

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.
- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.
- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: Eu na minha opinião acho que o processo foi um bocado forçado. Depois torna-se também um bocado dúbio o que são as competências das autarquias e não. Temos por exemplo, as autarquias, neste caso os Municípios, às vezes delegam-nos qualquer coisa, mas mais nas questões de entendimento com o pessoal local. Não são muito claras quais são as competências de uns e de outros. Nós tivemos, por exemplo aqui na freguesia, o problema de estarmos sem médico de família durante um ano e o Município colaborou connosco, mas sem grande autonomia. Apenas na questão de forçar. Ou seja, a descentralização que foi feita, não dá a autoridade ao Município para deslocalizar os profissionais de saúde. As competências que foram dadas é mais nas questões administrativas. Chegada a haver descentralização, teria sido benéfico se dessem mais autonomia às autarquias, a esse nível. Além de que o pacote financeiro não comporta todas as necessidades que existem, até mesmo ao nível da

conservação dos edifícios. Não é o caso da nossa freguesia, que temos o edifício completamente renovado, mas existem outras situações, que tenho conhecimento.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Sim, deveriam ter ido mais além. Acrescentaria a questão da verba financeira associada. Havendo e sendo nós obrigados a aceitar esta descentralização, que fossem dadas, efetivamente como já falei, mais autonomia às autarquias.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Sim pode haver várias coisas que a comunidade local possa intervir de qualquer forma. Mas lá está este problema que nós temos a nível nacional, temos falta de profissionais de saúde principalmente na área médica. Temos uma falha muito grande na medicina familiar. É do conhecimento de todos. E com essa falha, limita muito aquilo que a comunidade em si consiga elaborar, se não houvesse essa falha poder-se-ia promover muitas coisas. Por exemplo, rastreios mais diretos à população, para problema de saúde específicos; talvez até minimizar alguns problemas com prevenção. Sim poder-se-ia fazer um trabalho muito melhor do que aquilo que se tem feito.

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Eu acho que as pessoas, os cidadãos em si, nem dão muito conta deste processo de descentralização. Primeiro não foi clarificado às pessoas, mesmo a nível nacional que este trabalho iria ser feito desta forma; e as pessoas têm sempre a tendência de que isto em meios mais pequenos, como é o caso do nosso – no interior, temos sempre a tendência, as pessoas sempre têm a tendência de: têm um problema, seja ele de que espécie for as autarquias hão-de conseguir resolver. Tenham elas a competência ou não.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Sim em certo meio... quando as pessoas começam depois a tomar conhecimento de quais são as competências efetivas das autarquias e não. Sim pode haver uma aproximação e já só ser “cobrada”, já só ser solicitada à autarquia, efetivamente, aquilo que é da sua competência.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Lá está, como eu comecei a dizer. Foi todo ele um processo muito dúbio e conflituoso, porque as verbas que são associadas a esta transferência... Ou seja, os municípios, as autarquias têm um pacote de competências que não tem uma verba justa associada. Isso pode ser limitador, pode tornar-se limitador. Ao tornar-se limitador e não trazer as melhorias que deveriam ser dadas, seja a edifícios, seja a serviços seja ao que for, torna-se de não dar aquilo... ou de proporcionar ao cidadão e à comunidade o que deveria ser proporcionado. Esta questão da saúde traz sempre muita controvérsia. E realmente isto não foi um trabalho... Nós por exemplo, aqui o nosso Município quando aceitou, já foi na obrigatoriedade de aceitar. Porque tivemos sempre a recusar. E houve entendimento até mesmo a nível das forças políticas eleitas. Houve um entendimento, quase que unânime, de não aceitar até mesmo ao limite de elas se tornarem obrigatórias.

Entrevista 7

Data da entrevista: 30/Jan/2024

Tipo de entrevista: Por escrito

Duração:

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretensões do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.
- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.
- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

R.: Foi uma boa opção visto que cada autarquia fica com um melhor conhecimento relativamente ao anseio e necessidades da população no seu território. O fator proximidade pode ajudar.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Na minha opinião deveriam ser mais ambiciosas, nomeadamente na gestão de contratação de médicos para servir a comunidade.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Pode resultar num melhor acolhimento de sugestões para melhorar a prestação dos cuidados de saúde.

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: A principal preocupação da população em geral, prende-se essencialmente na atribuição de médico de família e o receio de não haver para as necessidades das pessoas.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Sim, vai permitir aos municípios acompanhar e identificar mais rápido as necessidades no terreno visto que muitas das preocupações e reclamações da população serão feitas junto da autarquia.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Esperamos que sim, visto que o centro de decisão está mais perto do cidadão.

Entrevista 8

Data da entrevista: 22/Dez/2023

Tipo de entrevista: Videoconferência

Duração: 1 hora

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Acho que empoderar, dar legitimidade às autarquias para serem parte ativa na prestação de cuidados de saúde às populações é vantajoso. É uma aposta, é uma mais-valia. Contudo, porque é que é uma mais-valia? Porque as autarquias têm.... Nomeadamente.... O executivo municipal é eleito para de certa forma proteger os direitos de uma população.... Têm a confiança de uma população. A população coloca nas suas mãos e nas suas decisões cumprirem esse desígnio. E, portanto, eles estão mais do que validados nesse sentido para entrevir nas decisões. Segunda questão, têm... Isto de um ponto de vista mais prático, isto é, de um ponto de vista mais ideológico, digamos, ou de um ponto de vista mais conceptual. Do ponto de vista mais prático, os municípios têm ferramentas para intervir de forma mais direta, mais rápida na solução dos problemas. Na solução de problemas que não são especificamente de uma instituição de saúde, ou seja, são problemas que têm a ver com as próprias instalações e com os equipamentos e os meios de produção. E que a Saúde por ter, digamos... A sua

principal intervenção é outra. É contratar médicos. Contratar profissionais de saúde, enfermeiros, outros profissionais de saúde, é analisar as necessidades da população. Tem outros desígnios. E, portanto, pode assim, de certa forma, concentrar-se mais naquilo que deve ser o seu foco, que é organizar as redes de prestação de cuidados de saúde. Concentrar-se em toda aquela problemática da gestão das carreiras, da gestão do acesso, da priorização da atividade que se considera mais importante para dar melhor qualidade de vida às pessoas, etc. Portanto, liberta-se, de certa forma, de toda aquela atividade, liberta recursos financeiros e humanos, de todas aquelas atividades que podem ser resolvidas por outros intervenientes. Lá está, que estão legitimados para o fazer e que têm mais que condições para isso. Estou a falar muito concretamente dos aspetos que estão envolvidos na transferência de competências na saúde, que são aspetos muito práticos. Pronto. No que me baseio para dizer isto? Pela experiência que tenho tido no contacto com este processo. (...) E, ao princípio, confesso, que estava... Não tinha esta opinião... Tão.... Estava disponível para perceber se de fato isto era possível, mas tinha uma atitude mais conservadora. Mas depois, ao longo destes anos e ao longo do contacto com os municípios e com aqueles que já descentalizaram, percebi na prática... isto acontece, os municípios têm meios, têm equipas e profissionais muito vocacionados para resolver os aspetos práticos das instalações e dos equipamentos e dos serviços de apoio de logística e etc., com uma rapidez, com uma celeridade e com uma forma mais eficiente do que na Saúde. E por isso acho que é uma mais-valia este processo.

Questão 2

Tendo em conta a sua experiência, que vantagens e/ou desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?

R.: Estas são as vantagens, mas sendo assim, falta dizer as desvantagens. Como tudo da vida há sempre os dois lados do processo. As desvantagens? Não são desvantagens, eu diria que são as condicionantes... ou a moldura deste processo, quanto a mim, tem de ser mais estruturada. Há um enquadramento legal para este efeito, que é o Decreto-Lei n.º 23/2019, que, entretanto, foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 84-E/2022. Portanto, é o enquadramento mais genérico do processo. Depois, há outros documentos que ajudam a esclarecer algumas questões. Esse documento estabelece as linhas gerais da transferência, em termos processuais e em termos de operacionalização, mas falta criar aqui uma forma de garantir que as populações vão ter, nas competências transferidas, o mesmo acesso estando em diferentes pontos do país e estando sujeitas a diferentes poderes partidários. Tem de se garantir, aquilo que o Ministério anteriormente garantia, que é uma uniformização do acesso – as regras são iguais para toda a gente. Agora, em acesso, continua a ser a Saúde a definir, em termos de condições estruturais, em termos de procedimentos na prestação local.... Porque a questão de termos as autarquias a facultarem os meios de transporte para as deslocações de prestação de cuidados de saúde, a manutenção dos centros de saúde, tudo isto vai interferir indiretamente na prestação dos cuidados de saúde. Porque imagine-se: se há um município que tem menos meios para facultar transporte para as deslocações, ou se não tem uma perspetiva tão..., ainda ontem aconteceu, não tem uma perspetiva tão aberta – ou melhor, não tem uma perspetiva tão cooperante como os outros – e acha que a deslocação de um médico de saúde pública não é uma prestação de cuidados de saúde ele quase fica.... Não há aqui nada que o obrigue a assumir isso. Isto na prática, no dia a dia, leva a diferenças até no acesso, indiretamente, no acesso a cuidados de saúde. Assim como municípios que têm mais

meios vão dar mais condições às suas populações. O que é muito bom. Mas depois outros até queriam fazê-lo, mas não têm esses meios. Isto para dizer que a moldura, o enquadramento legislativo ou a Comissão de Acompanhamento..., existe uma Comissão de Acompanhamento prevista no artigo 10 do decreto-lei. Eu já participei em várias Comissões de Acompanhamento e monitorização, representando a ARS Centro. A preocupação dos municípios é sempre – porque é o presidente da câmara que preside à comissão ou quem ele delega – é sempre a questão dos custos, o dinheiro não chega, as verbas, as transferências. É uma preocupação legítima, porque o processo está suborçamentado. Não temos dúvidas. Se quiser, explico porque é que digo isto. Porque é objetivo, não é uma opinião minha, é objetivo. É legítimo nessa preocupação com os custos, mas tem de haver, no lado da Saúde, seja nessa Comissão de Acompanhamento..., isso devia estar previsto. Ou seja, noutra estrutura criada para o efeito. Tem de haver a garantia que a Saúde zela para que a população do país todo, independentemente de qual é a cor partidária daquela autarquia, se uma cor partidária alinhada com o executivo, com o governo ou não. Independentemente disso, que não há aqui nem questões partidárias, nem questões ideológicas, nem até questões..., às vezes chegamos à situação de existirem questões pessoais. Como sabe, o poder local está muito, salvo raras exceções, está muito focado na figura do presidente da câmara e muitas vezes é a personalidade do presidente da câmara que se impõe na gestão do município. E, portanto, a Saúde tem de criar este mecanismo, não sei se é uma comissão, não sei se é alguma forma de avaliação junto das populações, que as populações devem ser o elemento mais confiável, mais fiável neste processo. Não basta o município apresentar contas do que gastou. Eu acho que é importante: é ouvir as populações de alguma maneira. Saber se elas estão a ter o acesso, o acesso é nossa responsabilidade, não é bem o acesso, mas se estão a ter as condições que era suposto os municípios estarem a assegurar. Falta criar este acompanhamento. E esta falta de acompanhamento, ou seja, não focalizar tudo na questão contabilística, no deve e no haver o que é que estão a receber e o que estão a gastar. Não, ir mais além. As populações estão melhor servidas? O processo de dar poder à relação de proximidade, à intervenção de proximidade na saúde, é vantajosa para as pessoas? As pessoas veem uma mais-valia? Eu acho que isto até... Porque isto é uma avaliação do Ministério da Saúde, é uma avaliação do Governo, porque isto é um projeto do Governo. A descentralização tem de ser avaliada neste contexto. A da Saúde e das outras áreas.

Questão 5

Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?

R.: O município pode exercer as competências que, para já, lhe estão cometidas assim que assinam os autos de transferência. E depois pode... Eu acho que a principal intervenção dos municípios deveria ser na promoção da saúde: promoção da saúde, prevenção da doença. Focalizamos muito: “não temos médicos”, “não temos médicos”, “não temos médicos”. Há muitas opiniões; uns dizem que temos, mas estão mal distribuídos. Não vale a pena ir por aí. Uma vez que os municípios não podem, nem devem – e muitos aspiram a isso – contratar médicos, nem enfermeiros, nem outros profissionais de saúde – e muitos aspiram a isso – e tentam de alguma maneira introduzir isto no sistema. Não podem, porque não conhecem nem podem interferir na definição do que é a carteira de prestação de cuidados de saúde. Temos de manter as coisas devidamente separadas para que corram da melhor maneira, porque senão era abrir uma caixa de Pandora e, daqui a pouco, tínhamos todos os modelos possíveis

e imaginários de prestação de cuidados de saúde. Portanto, a intervenção dos municípios não é aí, apesar daquilo que eles aspiram e estão sempre a tentar entrar por essa via. A preocupação dos municípios deveria... e a colaboração dos municípios deve ser na promoção da saúde. E como? Promovendo atividade junto da comunidade que ajude à literacia em saúde. Por exemplo, para nós sermos veículos de literacia em saúde não precisamos de ser médicos, não precisamos de ser do Ministério da Saúde, nem profissionais de saúde. Podemos chegar às populações. Um presidente de uma junta de freguesia, de uma comunidade pequena, é ótimo instrumento para explicar às pessoas que não podem ter um médico à porta de casa. Porque é que não podem? Porque as pessoas contestam isto. Eu também contestaria se vivesse na serra ou se vivesse muito isolada. Quem é que não quer com uma certa idade? Não é? Quem é que não quer? E esses presidentes da câmara, por exemplo, podem explicar que os serviços médicos devem estar concentrados para funcionarem em horários mais alargados, por exemplo, muito mais alargados, e os profissionais que lá estão estarem mais, terem mais mão, serem mais diferenciados pela experiência que têm. Ou seja, o acesso está sempre garantido. Sabemos que se tivermos 3 ou 4 médicos na mesma unidade de saúde, ali concentrados, eles conseguem partilhar o horário com os enfermeiros etc. E conseguem assegurar um serviço, por exemplo, das 8h às 20h. Se dispersarmos os médicos não conseguimos. E, portanto, não conseguimos e eles têm uma população reduzida com a mesma casuística, com acompanhamento, mais a questão de diabetes, tensão arterial etc. Nós precisamos de ter profissionais que sejam capazes de lidar com todas as situações. Eu acho que um presidente de junta, se conseguir explicar isto e se conseguir nesta... Ainda voltando a essa questão, como é que podem participar? Facultar, por exemplo, a essas pessoas o transporte para a cidade. Imagine. Nós temos tentado... Quando encontramos, neste processo desde 2019, encontramos alguns presidentes de câmara, muitos até, que até conseguem perceber esta questão. Para constituir USF's B, que é agora o que se pretende, é preciso ter uma equipa médica, de enfermagem e de secretariado clínico consistente, alinhada, diferenciada. Para isto a equipa, já se viu, tem de estar mais concentrada, não pode estar dispersa por todos os polos. E, portanto, nesta perspetiva, isto consegue-se explicar aos presidentes das câmaras. Isto leva que eles, por vezes, desistam de ter extensões para 300 pessoas abertas ou que só abrem 1 vez por semana ou de 15 em 15 dias. Que são recursos que não fazem sentido e tentamos convencê-los. Por exemplo, uma ideia, que é, com tanto financiamento que há para aquisição de viaturas elétricas e outras... e outras situações de financiamento, por exemplo, disponibilizar transporte para as pessoas. E as pessoas sabem que duas ou três vezes por semana têm um transporte organizado que as leva ao centro da vila ou ao centro da cidade. As pessoas ao princípio ficam muito reticentes, não querem sair, etc., mas isto... As experiências têm acontecido. E eu entendo, entendo. Mas se estes agentes locais explicarem, por exemplo, esta situação, as pessoas, com o tempo... aquela viagem até se torna agradável, porque conseguem, sabendo que o transporte sai às 8:30 e regressam ao meio-dia. E ao meio-dia estão a sair, têm aquela manhã para ir à farmácia, para ir às compras, para ir ao banco. Percebe? Esta intervenção era ótima. E a questão da promoção: é trabalhar junto das escolas, trabalhar nos centros de apoio a idosos, por exemplo, fazer atividade ao ar livre para as populações. Tudo isto é promoção da saúde. Tudo isto está ao alcance dos municípios e é a melhor forma de colaborarem. Julgo eu.

Questão 6b

Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, do seu ponto de vista, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes relativamente às entidades do Ministério da Saúde?

R.: Eu acho que, aqui de uma forma ou de outra, os municípios, pela experiência que tenho tido, eles são cooperantes. São cooperantes, estão disponíveis, querem participar. Querem sempre fazer obras nos centros de saúde, porque acho que é isso que lhes dá visibilidade junto das populações. Pronto, há sempre aqui, estão sempre aqui à espera de uma contrapartida, mas parece que é assim que se faz política. Mas as respostas têm sido ágeis de uma maneira.... Acho que há essa mentalidade e essa vontade em prol, seja pela contrapartida que vão ter nas eleições, nas urnas, seja por que motivos forem, há esse lado. Como é que podem ser mais ágeis? De facto, há esta queixa, que há pouco eu mencionei, de suborçamentação. De facto, isto acontece porque o princípio da descentralização da saúde tem sido transferir as verbas que a Saúde gasta; ora, a Saúde não tem gasto tudo o que devia. Se trabalha na Saúde ou se tem contacto com a Saúde, sabe disso. Nós trabalhamos sempre com orçamentos. Estamos sempre suborçamentados, seja nos hospitais, seja, agora aqui, nos institutos públicos. Portanto, estamos suborçamentados na medida em que aquilo que conseguimos dotar no nosso orçamento é para pagar – esgota-se quase sempre – em pagar salários, medicamentos, aqueles contratos de serviços, que são absolutamente indispensáveis e pouco mais. E, portanto, tudo o que é as áreas em que os municípios ficaram responsáveis. As áreas das manutenções, contratos de manutenção, por exemplo, tudo o que é essa área preventiva de conservação, como os imóveis, por exemplo, que é uma área, uma grande preocupação para os municípios. Muitas vezes não foi ao longo dos anos salvaguardada. Portanto, os contratos de manutenção começaram a ser descurados, não é? Não havia dinheiro para contratos de manutenção, como sabemos são muito caros; portanto, o que é que se faz? Reage-se à avaria, não é? Não há uma manutenção preventiva, há uma manutenção curativa. E, portanto, não há verbas em orçamento, nem estimadas nem sequer gastas, nem em termos previsionais nem em termos de histórico, relacionadas com a manutenção dos imóveis, por exemplo. Logo, nas verbas a transferir para o município, não sendo essa uma despesa da Saúde no ano económico anterior, ela não foi contabilizada. Mas os municípios pretendem ter ali.... Só logo aqui, há um deficit grande. Têm de fazer contratos de manutenção para a questão dos incêndios, do sistema de deteção de incêndios, porque é obrigatório por lei, desinfestação. Um conjunto de despesas, que nós, porque não gastávamos, porque não temos orçamento – lá está, temos de nos focalizar em pagar salários aos nossos profissionais e manter os contratos absolutamente necessários – todas essas áreas foram sendo descuradas. Depois, há as áreas dos seguros, etc., também não foram contabilizadas porque, sendo administração central, nós estamos segurados, por assim dizer. Somos funcionários públicos. Portanto, genericamente, estamos segurados nesse contexto. Portanto eu acho que, respondendo mais sucintamente, como podem ser mais ágeis? A manter-se a cooperação, a única questão que eu vejo aqui é uma questão muito prática, que é financiá-los efetivamente de acordo com as responsabilidades que estão a ser transferidas. Porque, de facto, acho que o financiamento não está a acompanhar as responsabilidades que estão a ser transferidas, e eu tenho prova disso nas comissões de acompanhamento que tenho feito. Aqui há uma questão importante: as nossas aquisições são objetos de procedimentos centralizados. Temos centrais de compras, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde ou a ESPAP. Eles ainda não têm, e terão,

eventualmente, de se organizar, as CIM's terão de organizar centrais de compras, acho que deviam fazer isso já. Portanto, quando vão para o mercado contratar serviços de limpeza, de vigilância, etc. Estão agora a começar a queixar-se que não conseguem os mesmos preços que nós conseguimos. Portanto, acho que o financiamento tem de acompanhar... Se nós queremos exigir aos municípios que cumpram as competências transferidas, o financiamento tem de começar a acompanhar, a acompanhar essa exigência.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Acho que é uma... Se os presidentes de câmara envolverem as populações, lá está, nas atividades que falámos há pouco, e se eles próprios estiverem envolvidos – esquecendo questões ideológicas ou partidárias – se se envolverem mesmo nessa questão, e julgo que sim, acho que isso acontece genericamente e é possível. Eu acho que podemos ter uma melhor resposta, mais rápida, naquelas questões muito práticas da prestação de cuidados de saúde, que não são ter mais horas de médicos ou ter mais horas de enfermagem. Todas essas questões que não estão relacionadas com isso, ter mais condições, as chamadas amenidades na saúde, é um conjunto de.... Aprendemos no nosso curso de Administração Hospitalar que, para além da prestação de cuidados pura e dura, o utente, o doente, o cliente dos cuidados de saúde, ou o que queiramos chamar, muitas vezes não consegue avaliar, não sabe, não tem meios para isso, a prestação médica, nem a prestação do enfermeiro. Não estão, não consegue. Portanto, a avaliação que ele faz do processo daquele ato médico, clínico, vá, é uma avaliação que tem por base outros fatores. Não é? O relacionamento pessoal, o acolhimento logo no atendimento, por exemplo. O acolhimento no atendimento é muito importante. As amenidades: a sala de espera confortável? a luz era suficiente? Estava aquecida? Isto tudo são transferências que foram..., esta gestão das instalações são competências, agora, dos municípios. E, portanto, esta resposta, garantir que estes meios que acolhem as pessoas nos centros de saúde estão a funcionar e estão a funcionar em perfeitas condições, é uma potencialidade deste processo. Porque as pessoas avaliam estas coisas. Não tendo conhecimentos médicos nem de enfermagem, é nesta base, um pouco, que avaliam a prestação de cuidados de saúde.

Questão 8

Na sua perceção, como pode contribuir o município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?

R.: Pois lá está! Os municípios dispõem de equipas técnicas etc. Há serviços que, nós na Saúde, temos contratados, desenvolver procedimentos de contratação para serviços de manutenção. Sei lá! Estou a lembrar-me: de instalar um ponto de rede, temos de contratar um serviço, por exemplo. Portanto, há um conjunto de contratações que nós tínhamos de fazer, não temos equipa técnica residente. Portanto, logo aí, eles tornam o processo mais eficiente, porque reduzem o tempo, reduzem o dinheiro que se gasta. Não é? E temos de pensar que o dinheiro das autarquias e o dinheiro da Saúde vem todo do mesmo sítio: vem dos nossos impostos. Portanto, acho que em termos de gasto de dinheiro público vamos ter ganhos de eficiência. Sim, sim. Acho que já é claro isso. Porque os municípios têm estruturas técnicas, serviços

técnicos que permitem dar esta resposta de forma mais rápida e mais eficiente, porque acomodam na sua própria estrutura, na sua própria estrutura organizacional... Isto, acho que são os ganhos práticos em termos de eficiência. Depois, isto tem outra contrapartida para a Saúde, que é: tendo um parceiro que faz esta gestão, em que faz de uma forma mais eficiente, a Saúde também gere os seus recursos mais eficientemente. Deixa de ter as pessoas que trabalham na parte mais administrativa alocada a estes trabalhos, a estas atividades... estas pessoas podem-se concentrar em ajudar os profissionais de saúde que prestam cuidados no seu trabalho. Portanto, gera eficiência na prestação da parte dos municípios no gasto dos dinheiros públicos, e gera eficiência na parte do Ministério porque focaliza os seus recursos na prestação do..., naquilo que é o seu foco: prestação de cuidados de saúde. Claro que, com isto, em termos de resultados financeiros, conseguimos... provavelmente... e depois isso alguém terá de avaliar, terão de ser feitas as contas, como dizia um ilustre primeiro-ministro, teremos de fazer as contas. Teremos de fazer as contas porque, com certeza, vai haver ganhos do ponto de vista financeiros. Do ponto de vista da saúde das populações, acho que sim, que vão haver ganhos com certeza, porque as populações.... Quer se queira, quer não, o decisor da Saúde está muito longe. Haver estruturas regionais nas capitais – Coimbra, Faro, Lisboa ... – muito afastadas das populações. E no Fundão de certeza que sentem isso. Portanto, o decisor estava sempre muito longe e até, muitas vezes, nem era em Coimbra. Era em Lisboa, porque há decisões que vêm de Lisboa. Para abrir um concurso é preciso Lisboa. Para contratar um assistente operacional e..., portanto, não tendo um assistente operacional fecha-se a extensão. É tão simples quanto isto: fecha-se a extensão. E para contratar um assistente operacional! Imagine que estamos agora a colocar assistentes operacionais no Fundão. Há uma senhora que está a ser colocada no Fundão, que já foi colocada, estamos agora a regularizar a adenda de colocação e a passá-la para o município. Ela acabou o período experimental em junho ou julho, no verão de 2023, e o concurso é de 2021. Portanto está a ver a celeridade deste processo de contratação. Ora, isto para contratar assistentes operacionais, foram 6 ou 7. Isto é impensável e, portanto, e tudo isto são ganhos em saúde: ter mais assistentes operacionais. Lá está, os assistentes operacionais são um elemento fundamental para a prestação de cuidados de saúde, quer dizer, nos hospitais, nos centros de saúde, e muitas vezes isso é descurado. E as contratações, enquanto os recursos vão todos para a contratação, lá está, de dirigentes, de médicos, de técnicos superiores, etc., etc. Aquelas contratações ficam sempre ali um bocadinho.... Pronto, e depois o que é que acontece? O bloco operatório fechou naquele dia. Porquê? Porque não havia ninguém para limpar a sala. E é assim. Portanto, acho que os resultados em saúde vão.... Vamos conseguir mais ganhos. As populações, acho que vão sentir isso. Acho que vão. Acho que vai ser uma boa aposta. Tem de haver é este mecanismo: temos de contrapor isto com um mecanismo regulador que garante que há o mesmo acesso às mesmas condições, nem é acesso à consulta médica. Isso é nossa responsabilidade. É acesso às mesmas condições no tratamento dos utentes em qualquer ponto do país.

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Eu acho, lá está, depende um pouco... Se for a população em geral, depende da forma como elas vêm como é exercido o poder local. Se a perceção que existir... que elas agora

também ficam... sentem que também vão depender do presidente da câmara... As pessoas, acho que têm de ser um pouco esclarecidas... qual o contexto. Porque os presidentes da câmara o que dizem é: “Ah! Se o médico não aparecer, vão me bater à porta. Porque acham que eu é que vou chamar o médico para trabalhar.” Portanto as pessoas vão imputar àquele presidente de câmara e àquele executivo todos os problemas que começarem a ter no centro de saúde. Isto é um bocadinho inevitável. Porque elas começam a pensar: “O centro de saúde agora é da Câmara.” Portanto, isto é o que se transmite: “O centro de saúde agora é da Câmara.” As pessoas, todos os problemas que vão acontecendo no centro de saúde, vêm apresentar ao presidente da câmara. Se, lá está, tiverem a imagem que a autarquia... Se a perceção delas for que a autarquia é dinâmica, resolve os problemas, acho que as pessoas ficam com uma expectativa elevada, positiva; se ao contrário, ficam.... Depende um bocado da perceção. É muito personalizado o poder local, mas acho que se o processo for explicado às pessoas... Eu acho, quando elas percebem que há mais um interveniente no processo com poder para decidir, se calhar até ficam mais... mais agradadas. Também têm um interlocutor local, sentem que podem ser mais ouvidas. Ou seja, têm um interlocutor, têm um presidente da junta, têm os serviços da junta de freguesia. Têm o gabinete do município, não sei se existe, mas se calhar.... Sentem que há ali alguém. Porque elas, quando se querem queixar do centro de saúde, ou queixam-se na secretaria do centro de saúde ou queixam-se ao próprio médico. Não o fazem porque muitas vezes há aquela relação de terem algum receio de melindrar o médico. E, portanto, as pessoas não sentem que não têm uma voz, ninguém as ouve. Acho que pode ser.... Nesse aspeto é positivo. Relativamente aos trabalhadores da saúde, acho que há alguma – também são cidadãos – acho que há alguma preocupação. Não é? Preocupação que de facto não se acautele essa regulação de todos terem os mesmos... o acesso às mesmas condições em qualquer ponto do país. Mas eu acho que é positivo, que a expectativa é positiva, por aquilo que eu tenho percebido.

Questão 15

A alínea c do n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, referente às obrigações do município, refere: “Garantir os adequados níveis de prestação de serviços objeto de transferência.”

Quais são os níveis adequados de prestação de serviços?

R.: Olhe! Foi uma grande discussão relativamente a isso. Pois, as referências anteriores diziam que o município tinha, pelo menos, que manter os níveis de serviço que eram transferidos. Manter o estado da situação, o estado da coisa, por assim dizer. É verdade. A minuta do auto está publicada... Que esteve, que depois foi alterada. A primeira minuta do auto até 2022, salvo erro, tinha um anexo, que era o anexo VII, que era uma grelha... era anexo VII ou VIII, já não sei, acho que era.... Pronto, era o último anexo, salvo erro. E, alias, os autos assinados em 2021... Em 2021 têm esse anexo. Conhece o auto de transferência? O último anexo era uma grelha com essa avaliação e, se for à procura do despacho que aprovou a primeira minuta, está lá esse anexo. Esse anexo era a avaliação que os ACeS's... o Diretor Executivo do ACeS depois iria delegar essa competência. Pareceu-nos, a nós, na altura, que a pessoa mais habilitada para fazer essa avaliação seria o Coordenador da Unidade ou o Enfermeiro Responsável. Portanto, essa grelha de serviços iria para cada uma das áreas descentralizadas, iria avaliar o nível de serviço. Os parâmetros.... Houve grandes discussões... Houve muitas

reuniões, nós tínhamos um grupo de trabalho nacional cuja sede era a Secretaria de Estado da Saúde, ainda no tempo (...), Secretária de Estado, depois passou para o (...), etc. Tivemos um grupo de trabalho constituído com um adjunto... Com uma adjunta do Gabinete do Secretário de Estado de 2019, todo o ano de 2019, que esteve ali em discussão nas várias ARS's e ACSS. Esse anexo foi objeto de várias discussões, só para discutir esse anexo. Porque o que é que era o nível adequado de serviços? Se eu lhe disser que não é muito fácil de dizer.... O que é que se chegou à conclusão? Que não se podia exigir mais do que aquilo que nós fazíamos. Porque isto é um princípio sensato. Não é? Exigir aquilo que estávamos a fazer naquele momento. Sendo que uma nova exigência pressupunha uma contrapartida. A escala para avaliar os diferentes serviços prestados... Nós estávamos a ver isto numa perspetiva de *outsourcing*, nós estávamos a fazer... A Câmara estava-nos a fazer um *outsourcing* de limpeza, de vigilância, de manutenção de instalações etc., etc.... Contratação de assistentes operacionais. Portanto, nós depois íamos avaliar, como fosse um prestador de serviços qualquer. O nível adequado, satisfatório, seria exatamente igual ao que nós tínhamos. O bom... O bom era manter aquilo que nós tínhamos; claro que depois, a partir daqui, tudo o que fosse a mais seria excelente e, portanto, motivo de avaliação. Essa avaliação depois seguiria para o Ministério, para as Finanças etc. Isto era a ideia inicial. Isto depois caiu por terra e eu acho por contestação dos municípios. Pronto. Houve uma reunião em..., houve um documento que foi tornado... não sei se público, pelo menos público para nós, ARS, e público para os municípios. Houve um documento assinado pelo ministro... pelo Governo, Primeiro-Ministro e todos os ministros que entrevistam neste processo: Finanças, Administração Local etc. com um conjunto de.... É um compromisso sectorial para a Saúde e para a Educação. Não sei se conhece. É de julho de 2022. Acho que foi assim, pronto. E nesse documento são prometidas algumas situações, e, portanto, a partir dessa data, a minuta foi alterada. Foi retirado esse anexo, deixou de existir essa obrigatoriedade, pelo menos documental, de se fazer essa avaliação. Não sei se estou a responder à sua pergunta. O que são os níveis adequados de serviço? São a base inicial, a base legal; o entendimento que estava por detrás disso era manter o que foi transferido. Agora, se houver alteração legislativa, não é? Imagine que há normas.... Há normas diferentes, que até vêm da Direção Geral da Saúde, sobre controlo de infeção ou sobre..., imagine, que obriga à contratação de mais assistentes operacionais ou obriga a ser administrada uma formação específica a assistentes operacionais, ou qualquer outra situação, ou uma adaptação das instalações ou uma nova obrigatoriedade de cumprir algum regulamento sobre segurança das instalações. Logicamente que o nível de serviço, por força de um enquadramento superior, tem de ser alterado. Mas era esse o entendimento. Agora, cabe à Comissão de Acompanhamento, na qual a Saúde irá estar... está representada, por enquanto e até à extinção da ARS, pela ARS. E na questão do ACeS, uma vez que com as novas ULS's a representação do ACeS, acreditamos, passe a ser a partir de janeiro representada.... Substituído por um representante da ULS da respetiva ULS, neste caso, da Cova da Beira.

Questão 17

Na sua perspetiva de que modo a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Pois, é um pouco aquilo que dizíamos há pouco, não é? As populações podem ter nos representantes que elegeram, para representar... que são os seus representantes. Os

representantes, no fundo, são os defensores dos direitos daquela comunidade. Acho que conseguem... acabam por ficar muito mais envolvidas no processo e conseguem-se fazer ouvir. Portanto, com esta intervenção do poder local encontram aqui um porta-voz preferencial para dar nota das suas preocupações e das suas expectativas. Portanto, admito que haja, do ponto de vista cívico, uma certa..., até pode haver depois uma certa movimentação em criar movimentos... grupos de cidadãos, movimentos cívicos que localmente conseguem-se ouvir de maneira diferente do que ir ao Ministério da Saúde ou tentar chegar às instâncias da Saúde.

Questão 18

No seu ponto de vista existe risco de se criarem assimetrias de investimento na área da saúde entre concelhos?

R.: Sim, sim..., sim.... Sim, porque já é assim..., já é assim agora, depois da descentralização... Quer queiramos, quer não, há uma componente política..., político-partidária, não é? Nem sequer é política, é mais partidária. Há uma componente partidária, para além da questão ideológica, mais política; há uma componente partidária. E, portanto, tendencialmente, a questão partidária pode sobrepor-se em algumas tomadas de decisão de investimento ou de outras, não é? E ao contrário, também assistimos, que da parte do poder local, a questão partidária também interfere na questão de serem mais ou menos cooperantes com as situações. Isso acho que é o maior risco. Acho que poderá ser a principal causa dessas assimetrias, dessa assimetria. Porque depois essa questão partidária, político-partidária vai interferir nos meios que acabam por ser disponibilizados às autarquias, por um lado. Ou seja, de cima para baixo, os meios que são disponibilizados às autarquias acaba por haver sempre, sabemos que é assim, somos crescidos sabemos que é assim, há sempre essa intervenção. Debaixo para cima, igualmente não na disponibilização de meios, mas no sentido de acolher esta ou outra decisão, no sentido de estarem mais ou menos cooperantes para a situação. Também acontece uma coisa engraçada: no poder local, não é garantido, às vezes, que o poder local, sendo da mesma opção partidária do poder central, às vezes não é garantido que a relação funcione na melhor maneira. Porque, lá está, há questões locais, pessoais, até da população, muito enraizadas e muito históricas que às vezes levam até que a questão partidária... até se sobrepõem à questão partidária. Tenho verificado isso e às vezes de forma bastante surpreendente. Temos municípios da oposição que avançaram com o processo e avançaram de uma maneira mais tranquila e mais... de boa-fé, por assim dizer; e temos outros municípios que são da mesma opção partidária do governo e que ou ainda não avançaram ou criaram muito mais obstáculos. Também, se calhar, porque estão mais à vontade para o fazer, não sei. Mas a verdade é essa. Mas o risco acho que é mais um risco político-partidário. Sim.

Questão 20b

Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pela ARS?

R.: Acho que há ganhos, naquilo que falamos há pouco, portanto, na melhoria das condições das instalações onde são prestados os cuidados de saúde; há ganhos na comunicação das suas preocupações e angústias do cidadão comum relativamente à prestação de cuidados de saúde, porque têm um interlocutor, agora local, mais próximo. Esses são os ganhos. Também

poderão existir ganhos, se o município assumir o seu papel de promotor da saúde e desenvolver iniciativas nesse sentido. E poderá haver perdas relativamente a uma gestão central, centralizada, regional, no sentido em que pode perder.... Pode criar situações de assimetria, não se conseguir regular de forma a ter uma uniformização nessas condições que são dadas às populações nos centros de saúde. E, portanto, e também perder um bocadinho a capacidade de gerir aquela prestação de cuidados de saúde como um todo, porque a gestão fica... sendo partilhada, uns gerem os meios de produção... O município gere parte dos meios de produção, a Saúde gere outra parte dos meios de produção. E, portanto, se essas duas gestões... se essas formas de fazer gestão não forem conjugadas, pode haver um risco muito.... Pronto, corremos o risco de tudo correr mal.

Questão 21

Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Eu acho que quem beneficia mais é a comunidade, porque de fato a Saúde não estava a conseguir resolver alguns... Não são problemas... Não estava a conseguir resolver, em tempo útil, situações que se prendem, lá está, com as instalações e os equipamentos e as acessibilidades aos centros de saúde, por falta de... Por estar concentrada a decisão e afastada dessas populações e, essencialmente, por falta de financiamento para esse efeito. A comunidade agora acho que nesse aspeto vai beneficiar. A Saúde, por outro lado, vai poder reafectar recursos que tratavam dessas áreas e que não são áreas, por assim dizer, nobres na prestação de cuidados. Vai poder reafectar esses recursos a outras atividades muito mais focadas na prestação direta de cuidados de saúde; também é um ganho para o Ministério da Saúde. Para os municípios também é um ganho, porque intervêm numa área que lhes dá muita visibilidade e também conseguem de alguma maneira transmitir as reais necessidades daquela população e, assim, também de uma forma mais eficiente, satisfazermos as necessidades das pessoas. Portanto, eu acho que é, genericamente, para o cidadão comum, para o país, com estas salvaguardas que eu fui dizendo – na minha opinião, de termos um sistema regulador que garanta uma uniformização, etc., e um financiamento adequado àquilo que efetivamente é necessário – acho que pode.... Traduz-se em ganhos de eficiência para o país. Sim.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Vai, vai. Tendo em conta aquilo que estive a dizer, sim. Eu acho que temos de confiar... Temos de confiar mais nas pessoas, do ponto de vista delas também estarem capacitadas para tomarem decisão, também neste âmbito da saúde. E, portanto, a partir de agora as pessoas começam a ter mais um mecanismo de fazer valer a sua capacidade de análise. Temos de confiar que elas sabem o que é melhor para elas. E com a descentralização elas começam a ter atores locais, intervenientes locais, responsáveis locais. E elas com o seu voto, com a sua forma de intervir diretamente junto desse poder local, vão manifestar efetivamente se estão... Vão regular o sistema de alguma maneira. Sim, portanto, elas, é aquilo que já disse há pouco:

no fundo, elas, também se sentem agora com uma capacidade maior de decisão sobre a prestação dos cuidados de saúde, porque elas têm ali as pessoas em que elas vão votar. Elas, de certa forma, dar... estão a dar poder... para em nome delas... Eu acho que isso é no interesse dos cidadãos. Sim. A descentralização, principalmente, para quem está no interior. Eu nunca vivi no interior, mas percebo a dificuldade que deve ser o afastamento e isso acaba por... Marca as pessoas de uma forma negativa. Eu ia, frequentemente, ao Baixo Alentejo. Ia lá muito e tinha essa sensação. Pronto. Não há de ser diferente do interior, no sul, do que é no centro ou no norte, há de ser igual. As pessoas sentem-se esquecidas. Os senhores lá em Lisboa que elas vêm na televisão, que tomam as decisões. Eu acho que com a descentralização elas começam a perceber que as pessoas que estão ali, que estão com elas, que elas conhecem, porque o presidente da junta elas conhecem. Elas sabem quem é a pessoa e até tratam por tu na maior parte das vezes. Também manda, também decide naquela área; elas podem de alguma maneira... Eu acho que nessa perspectiva, a descentralização... Eu acho que não temos de ter receio de avançar por aí. Temos de ter é sempre a grande cautela. Eu acho que nós não somos bons a regular. É esse o meu grande receio relativamente a isto. Nós somos bons a legislar, legislamos muito, fazemos muitos grupos de trabalho, muitas comissões, muitas análises, mas somos maus depois a regular. E nós precisamos de ter um mecanismo regulador da transferência de competências, não só na Saúde, nas outras áreas todas, para garantir, lá está, mais uma vez no interior. Porque as pessoas estão mais dispersas, são menos. Se mais uma vez o interior não é prejudicado neste processo. Ok. Eu acho. Porque a descentralização para quem está em Aveiro tem tudo para correr bem, não é? A descentralização para quem está, se calhar, em Vouzela já não é tanto assim. Não sei se Vouzela é um bom exemplo. Mas na Covilhã já não é tanto assim. Ou em Belmonte. Já não é tanto assim, portanto não temos de ter receio em caminhar neste sentido, porque quem está, quem vive lá... é que sabe, de longe, o que é que é necessário fazer. Não temos de ter dúvidas relativamente a isto. Temos de perder este complexo de querer controlar tudo e dominar tudo. Ao contrário, não é controlar, é regular. Temos que regular, para garantir que todos têm acesso ao mesmo.

Entrevista 9

Data da entrevista: 15/Jan/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Boa tarde, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Há aqui coisa boas e coisas más. Por um lado, da pouca experiência que eu vou tendo, quando eramos dominados pela ARS e pelo ACeS, acho que às vezes era um bocadinho mais difícil conseguirmos fazer algumas coisas porque os orçamentos eram mais estreitos, nós não tínhamos tanto ... não tínhamos esta proximidade tão fácil. Acho que havia essa dificuldade. Agora com a Câmara, acho que há mais facilidade, uma pessoa liga-lhes e diz: “Olhe passa-se isto e tem de se resolver ou então não dá para andar para a frente.” E a Câmara nisso... às vezes cede outras vezes não. O meu ar condicionado não funciona desde julho. Mas acho que em algumas coisas facilita um bocadinho. De resto não tenho experiência suficiente para dizer se somos melhor geridos ou não. Acho que isso só o tempo o dirá.

Questão 2

Tendo em conta a sua experiência, que vantagens e/ou desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?

R.: A grande vantagem, acho que é esta proximidade que facilita. Acho que as Câmaras têm mais flexibilidade de orçamentos, que nós na ARS não tínhamos tanto. Em termo de desvantagens ainda não me apercebi assim... dá-se aqui um bocadinho de poder à Câmara, isso às vezes ... imagine ... (...) eu lembro me de ler um artigo que dizia uma coisa muito engraçada que é: “os utentes são péssimos a saber o que é um bom médico”. A Câmara quer que as pessoas estejam felizes, mas não é necessariamente ... não quero ser mal interpretada ... nem sempre as pessoas estarem muito felizes com os seus médicos quer dizer que estão bem servidas. Às vezes há aqui uma gestão muito política de algumas coisas que podem não ter em conta os melhores interesses dos utentes. Têm em conta a sua satisfação que é, sem dúvida, muito importante, mas nem sempre o utente muito satisfeito tem mais saúde. Portanto nós temos tido aqui, assim, algumas dificuldades porque ... não sei se conhece, de certeza que conhece... o Fundão tem 25 extensões. 25 extensões é impossível de gerir. Não trazem mais saúde para os utentes. Não traz mais saúde para o utente ter médico a 500 metros de sua casa se o médico só lá vai de 15 em 15 dias. Isto para o utente ficar satisfeito é preferível ter um médico de 15 em 15 dias, mas isso não lhe traz mais saúde, muito pelo contrário tira-lha. E às vezes era preferível ele ter de se deslocar 10 km e ter um médico todos os dias. Isso trar-lhe-ia mais saúde, porque depois ... vem com a literacia em saúde, eles deixam-se andar e andam coisas aqui à espera que não deveriam. Portanto sinto que às vezes há aqui interesses da Câmara, que são interesses, que eu percebo que são validos, porque tem em conta a satisfação dos utentes. Mas podem não ter em conta a melhor gestão de recursos e o interesse em termos de saúde dos utentes. E andamos aqui muito atrás da satisfação, que é muito importante, que temos de andar atrás dela (...). Mas nem sempre a satisfação tem repercussões em termos de saúde. Acho que, quando damos o poder às Câmaras, o que elas querem é votos, votos vêm se a pessoa está satisfeita, independentemente, se a pessoa está bem tratada ou não. Temos muitos exemplos de médicos que sempre foram muito adorados e que só faziam asneiras. Põe-se aqui um viés de alguém que ... é isso os doentes têm de estar satisfeitos. É verdade, porque se o utente estiver muito insatisfeito não vem ao médico, mas temos de pesar satisfação vs eficiência em saúde e eficácia em saúde, que nem sempre vão no mesmo sentido. ... Houve aqui uma desvantagem que eu notei, que fizeram aqui que é: as Câmaras, aqui as autarquias têm algum Houve aqui, por exemplo, Lavacolhos conseguiu contratar um colega nosso, que nem sequer é especialista. Isso achei que foi um bocadinho de mau tom, não é que eles nos tenham de prestar vassalagem. Nós não conhecemos o colega. O colega está a gerir uma lista que pertence ao UCSP. Que está gerir, como? Ninguém sabe. Não sabemos a qualidade das pessoas que estão a ser contratadas. Quando tomam estas decisões por nós, por exemplo nós aqui sofremos um bocadinho disso, às vezes ... nós sabemos que foi um colega para Lavacolhos porque apareceu no Facebook, nós não fomos avisados com antecedência. Em Silvares, também foi um bocadinho assim, primeiro deu na Rádio Cova da Beira só depois é que veio para aqui que já vinha um senhor. Têm autonomia de contratação até certo ponto. A de Lavacolhos foi. A de Silvares não foi assim, foi pelo (...), foi ele que orientou. Mas Lavacolhos acho que foi ali um bocadinho de pressão da Junta (de Freguesia), porque ele nem faz às semanas. Os utentes são nossos, depois no fim os indicadores são nossos e a pessoa está lá a

fazer o quê? Eu não sei. Eu não sei. Sei lá! Se vai lá todos os sábados passar TAC a toda a gente? Não sei. Depois os custos vêm para quem? Não é que eles... Acho que deveria passar um bocadinho mais por nós. Em vez de haver assim uma contratação à maluca, porque sabe-se lá quem é que contratam. Quantas vezes... nós temos os problemas que temos e às vezes eu digo: "Pois é. Temos os problemas que temos, temos poucos médicos, mas mais vale ter poucos e bons." Porque eu conseguia encher isto de maus médicos num instante, mas depois era um problema.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Essa, confesso que não sei dizer. Não sei responder porque não sei o que poderia ser mais acrescentado. Não faço ideia, lamento.

Questão 6b

Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, do seu ponto de vista, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes relativamente às entidades do Ministério da Saúde?

R.: Eu acho que deveria haver aqui, lá está, esta ponte de conhecer melhor o que é que é os interesses ... e isso é uma coisa que temos batalhado muito com a Câmara. Eu acho que a Câmara se tem esforçado, mas esta questão de se perceber que a satisfação não é, necessariamente, ganhos em saúde e que às vezes ... pronto ... Eu também percebo que eles têm as eleições deles, mas às vezes após as eleições ... já tiveram ... modificámos algumas coisitas. As pessoas ralham e reclamam no início, mas reclamam nos primeiros quatro meses, depois aquilo passa e habitua-se. Depois até se apercebem que até é melhor. A maioria das pessoas é assim, andam ali seis meses a fazer pirraça, mas depois passa. Acho que haver um bocadinho mais de auscultação, destas questões para facilitar aqui as coisas, seria algo melhor. ...

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Não tenho notado preocupações por parte dos cidadãos. Também não sei se tiveram noção disso. Não tenho ninguém que me tenha falado de nada.

Questão 17

Na sua perspetiva de que modo a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Acho que sim. Acho que nesse sentido ... e a Câmara aqui tem sido muito disponível para fazer reuniões connosco e acho que devagarinho estamos a conseguir que eles percebam pequenas coisas que podem ser modificadas e que podem ser melhoradas. Acho que isso nos

põe mais perto deles, acho eu que nós devemos também estar em contacto para perceber... a Câmara percebe certas dificuldades que os utentes sentem, que às vezes não passam por nós e que nós não reparamos. Isso também é importante. Nós falamos muito ... por exemplo, às vezes vai um colega novo para algum sítio e, às vezes, os presidentes da junta ligam-nos a dar o parecer de como tem corrido. Isso é importante também para nós percebermos, às vezes damos uma achega a dizer: "Olhe colega, se calhar é melhor modificar um bocadinho para fazer assim ou fazer assado, para dar resposta porque, neste momento, as pessoas estão a sentir que a resposta não está a ser a ideal." Isso é importante, haver esta ligação é importante. Haver este feedback bilateral é importante.

Questão 20b

Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pela ARS?

R.: Eu acho que houve alguns ganhos. Acho que houve aqui um bocadinho a flexibilização de algumas coisas e acho que isso teve alguns ganhos. Acho as perdas que eu encontro é, aquilo que já lhe disse, a Câmara tem um interesse, não é uma visão estritamente pela saúde, é uma visão pela satisfação das pessoas, das pessoas que moram cá. Isso enviesa aqui um bocadinho o que é ... aquilo que eles pretendem fazer. Acho que há aqui uns ganhos nesta proximidade e não estarmos a ser geridos pela ARS, que também estão em Coimbra. Não sabem o que se passa no Fundão. Pior quando é o Ministério, porque está em Lisboa, e o que é o Fundão? Aqui só são ovelhas que estão a passar no meio da estrada. Aí há algumas coisas que facilita. Sim. Mas depois são pessoas leigas que não sabem o que é que é o melhor.

Questão 21

Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Eu acho que todos beneficiamos e perdemos algumas coisas, acho que é um bocadinho... O Ministério não faço ideia, não se chateiam tanto com isto, mas depois não sei se não vão ter custos mais à frente com estas coisas. Mas não faço ideia. Nós tivemos alguns ganhos, acho que há aqui algumas coisas que facilitaram, mas vamos perder alguma coisa. O Município não faço ideia, acho também terá alguns ganhos, até será quem vai mais ganhar com isto. Os utentes é aquele meio, meio.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Não necessariamente. Acho que é isso ... É assim o interesse deles talvez, mas se é o melhor interesse para eles, acho que não. É essa é a questão. Eu acho que as pessoas querem muito, tudo. E querem as coisas muito ... têm uma ideia de como querem as coisas, mas isso não é a melhor gestão em saúde. Nem sequer, às vezes, é a melhor gestão para eles. Parece que estamos só a falar de custos e assim, mas não. Mas, às vezes, não faz sentido a pessoa ser

submetida ... portanto, por exemplo, hoje tive um utente que veio à consulta e me disse: “Eu estou com muita tosse, continuo com tosse, vim na semana passada e continuo com tosse. Isto agora só passa com antibiótico.” E eu disse: “Olhe, isto não vai passar com antibiótico.” “Se não passa antibiótico, pelo menos um raio x.” E eu: “Olhe, o raio x não me vai trazer informação nenhuma.” Portanto este utente... se fosse fazer exatamente aquilo que ele queria, que ele sairia muito satisfeito se eu lhe passasse um raio x e um antibiótico, tinha-o submetido a uma radiação desnecessária e a um antibiótico que ele não ia precisar. Os utentes não sabem muito bem o que lhes faz bem, muitas vezes. Têm algumas noções, há algumas coisas que eles percebem, mas há muita coisa que eles acham que deve ser feita de uma maneira e que depois não lhes traria saúde, muito pelo contrário.

Entrevista 10

Data da entrevista: 26/Mar/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 35 minutos

Boa tarde, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Do ponto de vista da área da saúde, eu sempre fui favorável a esta transferência. Sempre concordei com ela, na medida em que, para a área dos cuidados de saúde primários, ia trazer um conjunto de vantagens do ponto de vista operacional. Designadamente, naquilo que tem que ver com dificuldades, que nós tínhamos sempre quando estávamos ligados à ARS, do ponto de vista da manutenção de equipamentos e da manutenção de viaturas. E quando digo equipamentos, equipamentos não clínicos, foram esses que transferiram para os Municípios. E também da própria gestão de recursos humanos na área operacional. Portanto algumas dificuldades com a interligação ou articulação, como quiser, que tínhamos com a ARS Centro. Do ponto de vista da proximidade que temos com os Municípios isso seria um fator facilitador. Portanto a minha opinião sempre foi favorável a esta integração nos Municípios.

Questão 2

Tendo em conta a sua experiência, que vantagens e/ou desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?

R.: A vantagem é isso mesmo, é o que eu dizia. A proximidade é uma vantagem, o facto de não termos de esperar por uma decisão em Coimbra. Por exemplo, para reparar uma viatura, para reparar um equipamento. O facto de ser o Município a tomar essa decisão entendia-se, e entende-se, que será sempre muito mais célere a resolução destes problemas. A vantagem é, claramente, esta de celeridade nos processos, da resolução imediata de necessidades, que nós tenhamos do ponto de vista da prestação de cuidados. Do apoio à prestação de cuidados. Temos uma resposta muito mais rápida, porque é muito mais fácil chegar ao Município do que junto da ARS. Com os formalismos que eram necessários... Tendo em conta que nós eramos um serviço desconcentrado da ARS... Tínhamos de respeitar esta hierarquia e portanto, só por si esta estrutura, já é de si um bocadinho demorada, já nos obriga a algum tempo adicional. As câmaras... na ideia inicial era que isto era tudo muito mais célere. Está-se a concretizar agora na prática, mas era esta a ideia principal. A desvantagem, que eu noto que possa haver ainda, é o desconhecimento, por parte do Município, daquilo que é a área dos cuidados de saúde primários. Os Municípios conhecem muito bem a área hospitalar, estão muito mais orientados, porque quando falam em saúde, fala-se num hospital, fala-se no centro hospitalar. E a área dos cuidados de saúde primários, eu penso que está secundarizado. Portanto quando nós falamos de uma necessidade, que é inerente à área dos cuidados de saúde primários, eles não faziam sequer a menor ideia de que aquilo pudesse existir ou que aquilo pudesse ser uma necessidade nossa. Vou lhe dar aqui um exemplo, por acaso não se passa tanto no Fundão, mas na Covilhã passa-se um bocado. Nós temos uma frota automóvel envelhecida, escassa e envelhecida, e temos prestação de cuidados de saúde para fazer em proximidade, os chamados domicílios, quer médicos quer de enfermagem. E como os carros são muito velhos, a maioria deles necessita de intervenções constantes, a resposta a estas intervenções não tem sido dada com a rapidez com que nós desejamos e necessitamos. E o Município não conhece esta realidade, da necessidade de nós termos de prestar cuidados de saúde sem interrupção, pondo, eventualmente em algumas circunstâncias, em risco a própria saúde das pessoas que estamos a tratar, se lhes falharmos com um domicílio, com uma prestação de cuidados. Portanto, desvantagem: desconhecimento da parte do Município do ponto de vista daquilo que é a atividade da área dos cuidados de saúde primários.

Questão 5

Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?

R.: O Município participar na gestão, penso que não será fácil fazê-lo. Para já não o faz. Aquilo que transferiu foram recursos, foram meios, mantendo-se intacta a autonomia e a gestão da parte dos cuidados de saúde primários. Portanto não há interferência. De qualquer das formas, pode haver, eventualmente, mecanismos de forma articulada entre o Município, a área da saúde, a área social e também da parte dos cuidados de saúde primários. Pode, eventualmente, haver convergência na área de atuação destas duas entidades sobre determinados serviços. Numa área mais clínica já tenho dificuldade em me expressar. Mas eu penso que é sempre possível, mas sempre de forma articulada com a gestão de cuidados de saúde primários.

Questão 6b

Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, do seu ponto de vista, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes relativamente às entidades do Ministério da Saúde?

R.: Eu penso que em todas as áreas que foram transferidas. Os Municípios sendo entidades com autonomia administrativa, com autonomia financeira, eu penso que eles poderão sempre dar resposta a todos os níveis do que foi transferido, naturalmente. Por exemplo, estamos a falar de instalações, estamos a falar de equipamentos e estamos a falar de recursos humanos na área dos assistentes operacionais, e apenas esses. Portanto tendo em conta, como eu dizia no início, a autonomia, a competência dos Municípios, eu penso que há toda a facilidade do Município em colaborar connosco. Toda a facilidade na medida em que estas áreas são da competência deles. Como nós, na ARS, dependíamos, hierarquicamente, de uma estrutura que estava distante, que tinha a sua forma particular de trabalhar e que trabalhava, conjuntamente, com um conjunto enorme de ACeS, Agrupamentos de Centros de Saúde. Como isto está particularizado Município a Município, e tendo eles essa competência e essa autonomia, portanto é tudo muito mais ágil. Do meu ponto de vista, os Municípios querendo, podem de facto agir de forma mais rápida, mais célere, mais ágil para com as nossas necessidades. O que está em causa é a autonomia, basicamente, é a autonomia que eles têm e nós não tínhamos. Tínhamos sempre de solicitar à ARS Centro.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: No fundo melhorias para a comunidade. Eu penso que o facto de as instalações terem sido transferidas para o Município, os equipamentos que permitem uma melhor prestação de cuidados também terem sido transferidos para os Municípios... Eu penso que foram áreas muito importantes no apoio à prestação de cuidados. Se um Município tiver a intenção de construir em determinado polo assistencial, em determinada extensão, melhorar as condições daquela extensão de saúde ou criar noutra, por exemplo, numa cidade como a Covilhã ou o Fundão, criar um novo centro de saúde. Havendo essas condições, eu penso que a melhoria traduz-se deste ponto de vista. Traduz-se na melhoria da prestação dos cuidados. Se uma autarquia eliminar os equipamentos mais antigos, designadamente, as viaturas, que à pouco falávamos, e criarem condições aos profissionais de saúde, para mais facilmente se deslocarem para as extensões de saúde, para os domicílios... Não havendo falta de viaturas, não limitando a ação daquilo que são os profissionais, eu penso que o ganho é exatamente esse. O ganho é a melhoria da qualidade assistencial por parte dos profissionais de saúde.

Questão 8

Na sua perceção, como pode contribuir o Município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?

R.: É exatamente o que estávamos a falar há pouco. Melhorando os meios que põem à disposição dos profissionais. E quando eu falo na melhoria desses meios, falo, obviamente,

aquilo que é competência do Município: melhorar as instalações; melhorar equipamentos; dando às unidades de saúde os recursos humanos na área do apoio aos profissionais, falo dos assistentes operacionais; dando os recursos humanos necessários, suficientes para uma melhor prestação. É desse ponto de vista que eu falo que haja ganhos na eficiência da prestação de cuidados nos cuidados de saúde primários.

Questão 14

Na sua perspectiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Preocupação dos cidadãos. Essa pergunta é complexa. É complexa porque tenho que me pôr do lado do cidadão. Muitos dos cidadãos nem se aperceberam desta transferência. O desconhecimento pode, eventualmente, ser um fator negativo nisto. Eu nem sei se há aqui algum fator negativo para além do desconhecimento. O cidadão, se as coisas decorrem conforme está desenhado em termos legislativos nesta matéria, o cidadão só tem a ganhar. Porque este processo é um processo que no campo teórico traz mais valias, traz ganhos em saúde, traz ganhos no acesso, traz ganhos do ponto de vista assistencial, traz ganhos para os profissionais e para as unidades do ponto de vista do apoio funcional, operacional. E, portanto, para o cidadão eu vejo com alguma dificuldade onde é que eles possam encontrar aqui... É o que eu digo, se as coisas correrem conforme foram idealizados, eu penso que as preocupações tendem a diminuir. Tendem a diminuir porque as unidades de saúde, em teoria, estarão mais apetrechadas, estarão com melhores condições para aquilo que é a sua área, para aquilo que é a sua atividade. Eu penso que o cidadão conhecendo exatamente o objetivo desta integração nos Municípios, eu penso que serão poucas as preocupações. Só se de todo... uma preocupação dos cidadãos poderá existir, se ele for conhecedor ou se o Município não corresponder com as expectativas daquilo que foi criado com esta transferência de competência da área da saúde para eles. Se o Município corresponder com as expectativas criadas, eu penso que há poucas razões para haver preocupação. Assim eles colaborem como têm estado a colaborar.

Questão 17

Na sua perspectiva de que modo a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Quando fala em comunidade local, eu faço aí uma associação a entidades que fazem de alguma forma parceria connosco. Aquilo que posso dizer é o seguinte. Se os cuidados de saúde primários tiverem melhores condições de trabalho, como se preconiza com esta transferência de competências. Ou seja, se os cuidados de saúde primários conseguirem, para além daquilo que é a habitual prestação de cuidados, conseguirem ir mais além na comunidade, e nós temos unidades que estão muito vocacionadas para a comunidade como é o caso das UCC's, Unidade de Cuidados na Comunidade, mas também as outras que fazem intervenções na comunidade. Nós temos um conjunto, eu vou chamar de parceiros, que são entidades que estão também envolvidas do ponto de vista social, mas que na saúde são parceiros, têm todos uma estratégia semelhante. Portanto quanto melhor a saúde estiver preparada para dar resposta à população, também estas entidades, que trabalham em parceria connosco e que são um fator fundamental para a intervenção na sociedade, nas escolas, na prisão, em IPSS's.

Quanto mais nós estivermos preparados para a nossa intervenção na sociedade, certamente, que estas entidades, que são entidades que nasceram da sociedade e que têm uma intervenção social fortíssima, juntamente connosco, vão ter um impacto enorme também. E, portanto, esta intervenção dos Municípios na área da saúde vai, de certeza absoluta, potenciar a atividade destas entidades que connosco trabalham na comunidade. Naquelas áreas que lhe falei, essencialmente, área escolar, IPSS, prisão e outras.

Questão 18

No seu ponto de vista existe risco de se criarem assimetrias de investimento na área da saúde entre concelhos?

R.: Eu penso que não. Eu penso que não, na medida em que qualquer investimento na área da saúde será sempre uma mais-valia para o seu próprio Concelho. O que é importante é que os Municípios... Pode haver algum tipo de investimento... Não haja necessidade de todos os Municípios seguirem aquela linha e até poderem fazer um investimento concertado entre os Municípios. Mas isto estamos a falar de áreas de intervenção em escala e com alguma dimensão, que no caso da Cova da Beira eu penso que não haverá assim tanta necessidade. Poderá haver na área dos cuidados de saúde primários. Eu só falo dos cuidados de saúde primários. Se estivermos a falar... como agora já estamos integrados na ULS, obviamente que a integração de cuidados com os cuidados hospitalares provavelmente pode ter aqui outro impacto um investimento desta natureza e que até o próprio se justifica. Agora aquilo que é cuidado de saúde primários investimentos no concelho de Belmonte, no concelho da Covilhã, no concelho do Fundão, eu penso que serão de uma ordem de grandeza associada à dimensão do próprio Município. Portanto criar assimetrias acho que não acontecerá.

Questão 20b

Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pela ARS?

R.: A minha visão é um bocadinho o que lhe dizia no início da nossa conversa. A gestão da saúde, a gestão de toda a atividade de saúde não compete aos Municípios. A gestão será sempre da área da Saúde. Agora, aquilo que lhe dizia no início da nossa conversa, tendo em conta que a área que transitou para o Município, a área da saúde foi, exclusivamente, a área operacional e não a clínica... Quando falamos de ganhos, temos sempre de falar da área operacional e não da parte clínica. Se bem que a parte operacional traz por arrastamento, naturalmente, consequência para a parte clínica. Aquilo que se pretende que traga é melhorias, o tal apoio. Portanto, como eu lhe dizia no início, tendo em conta que a parte operacional é a que está mais próxima dos Municípios. A resposta é sempre muito mais célere sendo o Município a dar essa resposta do que ficarmos a aguardar por decisões mais centralizadas na ARS em Coimbra. Por exemplo, para a reparação de um ar condicionado, de uma viatura, que no dia a seguir ou daí por dois ou três dias é necessário para ir fazer um conjunto de domicílios médicos ou de enfermagem... Do ponto de vista da celeridade, eu não tenho dúvidas nenhuma de que há ganhos com esta aproximação da área operacional. Aproximação não, integração da área operacional nos Municípios. Aí, para mim é inequívoco de que, e volto a dizer do ponto de vista teórico, só tínhamos todos a ganhar com esta mudança. Porque não faz muito sentido, por exemplo, se nós tivermos um aquecedor num

gabinete médico avariado, não faz muito sentido estarmos a fazer uma informação para Coimbra para que seja desbloqueada uma verba para nós mandarmos reparar. É um processo super demorado. Quando um técnico da câmara chega no dia a seguir e repara aquilo ou adquire. Só pode haver ganhos. Agora é preciso que haja a correspondência desejada e esperada com esta transferência por parte do Município. Havendo essa correspondência e se a resposta for célere, como nós sempre desejamos, eu penso que são mais os ganhos que as perdas.

Questão 21

Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Certamente a população. A população é que tem a ganhar. Mas numa fase mais a montante, obviamente, são o centro de saúde, o serviço, os seus profissionais. Todos têm a ganhar com esta transferência de competências. Eu penso que os Municípios estiveram, numa fase inicial, muito cétricos a isto, porque era mais um conjunto de responsabilidades quer do ponto de vista operacional, mas também financeiro e administrativo. É assim! O Ministério da Saúde transferiu aqui um monte de trabalhos para os Municípios e, portanto, também tem a ganhar. Como gosto de ver as coisas mais do ponto de vista prático. Os Municípios não viram isso assim, eles acharam que é mais um monte de chatices e problemas que vamos ter, para além da responsabilidade que vamos ter. Mas quando falamos de ganhos, obviamente, o que se deseja é que quem venha a ganhar com isto seja sempre a população. Porque é para ela que o serviço de saúde funciona e trabalha. Numa fase inicial, quem tem a ganhar são os serviços. Se os serviços ganharem, se os serviços conseguirem dar uma melhor resposta ao acesso, àquilo que são as preocupações das pessoas do ponto de vista da saúde; se nós estivermos preparados e tivermos os meios, que à pouco falava, que os Municípios não podem falhar com eles; se nós estivermos, suficientemente, bem equipados, preparados para prestar esses cuidados, obviamente, que quem vai ganhar com esta alteração será sempre, sempre a população.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: É outra pergunta complexa. Aquilo que nós lemos e entendemos desta ideia de juntar a área nos Municípios, do ponto de vista teórico, como lhe dizia, eu vejo sempre muitas vantagens. Se vai de encontro ou não, depende sempre da capacidade do Município em dar as respostas necessárias ao serviço de saúde e também depende dos próprios profissionais, na adaptação dos próprios profissionais a esta realidade. Vou dar lhe aqui um exemplo onde tivemos alguma dificuldade de adaptação. Foi, exatamente, perceber, que alguns dos meios que nós usávamos, que eram nossos e deixaram de ser nossos. Por exemplo os carros e os assistentes operacionais. Nós tínhamos um conjunto de serviços dentro da área de que era o Agrupamento de Centros de Saúde, que são os três centros de saúde no caso da Cova da Beira. Tínhamos atividades que era comum utilizando meios comuns, recursos comuns nos três concelhos. Uma das limitações que trouxe este modelo foi em alguns aspetos criar limitações

do ponto de vista funcional. Ou seja, não fazia muito sentido, se nós quisermos ir fazer uma intervenção qualquer a Belmonte, ao concelho de Belmonte... Mas que é da área da saúde... Mas que temos que lá ir... Mas que é para ser realizado, concretizado naquilo que é o concelho de Belmonte. Antes fazíamos com recursos que nós tínhamos connosco, aqui na Covilhã, os funcionários. E o fato de ser, por exemplo, em Belmonte já não podemos usar um conjunto de meios que temos aqui neste local à disposição, porque eles são da Covilhã. Faço me entender? E por exemplo, nós podíamos querer ir a Coimbra buscar algum tipo de equipamento, ou materiais, ou fazer entrega de algum tipo de rastreios que nós temos. E temos de passar a fazer uma gestão adicional dos meios afetos a cada concelho, fazendo uma escala. Ou seja, uma das dificuldades, que trouxe este modelo, foi, exatamente, aquilo que era um trabalho comum dentro do agrupamento passou a ser de alguma forma limitado ou repartido a cada concelho. Porque a própria intervenção já dizia respeito aquele concelho. Então temos de usar os meios e recursos daquele concelho. Não faz muito sentido, nós estarmos a fazer uma intervenção, por exemplo, no concelho do Fundão utilizando profissionais que agora são da câmara da Covilhã. E veículos que agora são da câmara da Covilhã fazer no Fundão. Isto era uma questão que não se colocava antes, porque estávamos a falar do ACeS, do Agrupamento de Centros de Saúde. Estávamos a falar da Cova da Beira. Estávamos a falar dos três centros de saúde. Portanto a partilha dos instrumentos que nós tínhamos para a atividade era isso mesmo uma partilha. Agora temos de fazer uma separação dos meios existentes, para não estarmos a prejudicar um Município em detrimento de outro com os recursos que são seus e não do outro. Aqui houve perdas. O que quero dizer com isto, é que tem de ir ao encontro do interesse dos cidadãos. Tem de ir. Mas se é verdade, de algum lado é facilitador... como eu já expliquei ao longo desta conversa. Muitos aspetos em que é facilitador, também trouxe algumas limitações. E esta que acabei de referir é de fato uma limitação, que nos obriga... aqui no fundo é fazer uma gestão diferente do que fazíamos antes. E um bocadinho mais cuidadosa. Mas vai de encontro aos interesses da população. É a minha convicção.

Entrevista 11

Data da entrevista: 28/Mar/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 35 minutos

Bom dia, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretenções do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.

- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.

- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que mantereí total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Sou favorável. Numa perspetiva que a proximidade é muito interessante, sobretudo tratando-se de cuidados, como é o caso, de saúde primária, que é o caso da transferência. É apenas nesse âmbito. Considero que é importante as autarquias nesse papel de proximidade, quase direta com a população. Nessa perspetiva é importante. Considero que é importante. Por outro lado, tem as suas desvantagens, tem a ver com o envelope financeiro. Tem vantagens e desvantagens.

Questão 2

Tendo em conta a sua experiência, que vantagens e/ou desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?

R.: Uma tem a ver com essa perspectiva da questão... Vantagem é a proximidade e celeridade nas respostas, porque, por exemplo, nós como recebemos competências apenas a nível do pessoal e a nível dos edifícios... Por exemplo, neste momento, estamos a fazer obras no edifício. Coisa que não existia. Só agora. Depois... parece que de repente é que começaram a surgir os problemas todos. É, por exemplo, substituir todos os equipamentos de ar condicionado, equipamentos informáticos. Tudo isso surgiu agora. E aquilo já estava, nós quando recebemos as competências, vinha uma listagem enorme de equipamentos todos obsoletos. O que significa que nós agora com maior rapidez vamos capacitar os espaços, porque nós não podemos.... Lá está a tal questão. Quando vai para Lisboa ou para outro local, no caso ia para Coimbra... para a ARS, era como nas outras respostas, fica lá a aguardar. Entretanto nós aqui sentimos que temos uma obrigação de o fazer. Nós não podemos proporcionar.... Como nos foi dito, por exemplo, que estava um dia de calor imenso e não havia ar condicionado na sala dos utentes, que vão já doentes. Portanto, todas estas questões é o que considero vantagens, é maior rapidez na resposta e proximidade. Quanto às desvantagens tem a ver, efetivamente, com aquilo que já referi, que recebemos as condições que recebemos. Deveria estar tudo, digamos, em condições. Quando recebemos algo deveríamos estar... por exemplo, as viaturas deveriam estar... estavam todas para... olhe... para já não serem usadas, com mais de trinta anos. A vários níveis, quando temos um veículo com trinta anos, tem muitos problemas, consome muito mais. Pronto um conjunto de problemas. Portanto quando recebemos isto... isto também acho que é uma desvantagem, devíamos ter recebido ou pelo menos um valor para substituição de todos os equipamentos e das viaturas. Não aconteceu. Essa é uma das desvantagens. É nós termos, agora, de repor tudo de novo, em termos de equipamentos, edifícios... olhe... já estamos a reparar a cobertura porque já chovia lá também. Portanto isso também é uma desvantagem. E depois, não temos o envelope financeiro correspondente. Isso inviabiliza de facto. Logo à partida não estamos nas mesmas condições. É sobretudo essas questões.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: Eu acho que deveríamos ter ido mais além e menos. Porque neste momento... E porquê? Menos, neste momento, porque chegámos... nós recebemos a transferência de competências porque não estávamos integrados numa ULS. Neste momento já não tem sentido. Olhe... neste momento aquilo que recebemos já não tem sentido. Porque, neste momento, o nosso Município já pertence a uma ULS. Deixa de ter sentido... já reparou que neste preciso momento ... porque a ULS tem competências para... imagine, ao lado temos o edifício do hospital em que a ULS tem competências para tratar de todos os assuntos... da limpeza, do pessoal. Que sentido é que tem nós só ficarmos com o centro de saúde? Não é? E provavelmente... nós estamos agora hoje aqui a falar disso... e provavelmente, se calhar, num futuro próximo isto vai ser devolvido à ULS. Porque só as competências só eram para os Municípios que não estavam integrados nas ULS. Nós neste momento... ainda não conheço o

Concelho de Administração, é verdade. Mas neste momento já estamos numa ULS. O que significa, que provavelmente, estamos a falar de coisas que vão ser entregues novamente. E tem sentido, porque estarmos só com o centro de saúde... Imagine, mesmo a Covilhã. A câmara da Covilhã fica com o centro de saúde, mas tem o Centro Hospitalar da Cova da Beira em que passa tudo para a ULS. Porque as questões que nós recebemos das competências, eles fazem para os centros hospitalares do Fundão e da Covilhã. Que sentido tem tomarmos conta de dez pessoas, quando eles têm centenas? Não é? Já têm uma frota... e todo um conjunto de outros equipamentos de instalação de ar condicionado, de equipamentos informáticos. Eles já vão ter todas essas questões. Que sentido então é que tem agora nós ainda continuarmos a ter essas competências? Portanto, se até agora se justificava pela proximidade, acho que passando a integrar a ULS deixa de ter sentido estas competências. Esta é a minha opinião.

E mais além?

No caso de termos ficado com as competências... ainda as temos... ainda não revogámos isso. No caso de continuarmos, de facto nós podíamos ir muito mais além, nomeadamente, na reorganização de toda a questão das extensões de saúde. Claro que isso é sempre em parceria com todos. Nós nunca trabalhamos isoladamente. Até porque isto... as mesmas competências que recebemos... trabalhamos sempre numa forma mais concertada com quem estiver. Seja ele, anteriormente era o ACeS, que era quem organizava connosco todas estas questões. Mas, mais além, era até na capacidade até, imagine, como temos noutra âmbito, nós poderemos tomar mais decisões nomeadamente a nível das questões do médico que... porque temos um problema grave a nível da distribuição das extensões de saúde. Isto não é um problema só a nível local, mas a nós acentua-se mais atendendo ao contexto que estamos e sobretudo do índice de envelhecimento elevadíssimo, em que as questões do médico de família e nessas extensões é muito importante. E depois, também, há a questão da mobilidade. Não temos condições de mobilidade para levar os utentes para outras extensões de saúde. Portanto, temos de ir mais além nesta perspectiva de criarmos... ou criamos condições de termos médico de família de proximidade e termos nas extensões de saúde médicos. Não digo que... tem de haver uma reorganização porque não temos... há falta de médicos, temos de fazer essa reorganização. Mas de qualquer modo, também, para que isso seja feito, temos de criar outras condições. Que é a questão da mobilidade para que as pessoas possam ir a uma consulta ali, sei lá... efetivamente... um número de quilómetros que seja... As condições físicas das pessoas também não lhe permitem que faça uma viagem enorme para ir ao médico. Portanto essas questões têm de ser reorganizadas. Podíamos ir mais além... de facto ... é aí que digo que podíamos ir mais além. E tendo em conta, sobretudo, o nosso contexto aqui do Fundão.

Questão 5

Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?

R.: Nós já participamos. Não é? Pronto, agora criámos o Concelho Municipal de Saúde. Criámo-lo. Mais um dos que foi no âmbito das transferências, que não sabemos se isto vai ter... Apesar que eu considero que havendo um Concelho Municipal de Saúde também nos ajuda. Porque é constituído por vários grupos, mesmo de entidades da comunidade e que nos permite também olhar para estas questões da saúde, também a pensar melhor o que é que serão as respostas, as novas respostas para a saúde. E de que modo é que nós podemos, também com os parceiros da comunidade, nomeadamente ... já se falou muito em tentar que os médicos

por exemplo das ERPI's ou de outras respostas sociais possam também dar apoio à população e não só aos que estão institucionalizados. Tem de haver aqui um pensamento corporativo e cooperativo em que agregue entidades para uma melhor resposta às comunidades. Porque se não agregarmos não há condições, nem temos capacidade... e a rentabilização de recursos é mesmo muito importante. Porque estamos a rentabilizar... temos de rentabilizar os recursos em termos técnicos. Técnicos de médicos; técnicos, se calhar, de auxiliares; técnicos de assistentes administrativos e também recursos... imagine... recursos em termos de veículos... mobilidade. As entidades também têm veículos. Todas estas questões nós temos que... e que o Município é fundamental para fazer de facto essa articulação.

Questão 6a

Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, no seu entendimento, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes?

R.: Tem a ver com tudo isto que acabei agora de referir. Pode, se tivermos estas condições e se trabalharmos de uma forma articulada, eu penso que ganhamos todos escala e ganhamos em todos os sentidos, nos recursos... E isso depois tem implicações até com os recursos financeiros, obviamente. Se todos nos articularmos... imagine, vai um médico a uma ERPI, que já vai a Silvares ou a outra freguesia mais distante, por exemplo, os Três Povos, ou Janeiro de Cima, ou Bogas de Cima e de Baixo, que eles também têm médico que vai à ERPI. Se esse recurso que já vai à ERPI fizer consultas ganhamos todos. Porque já lá vai. Já vai àquela... se esse médico puder fazer consultas, imagine, de manhã vai à ERPI e à tarde faz consultas na extensão de saúde. Isto tem de ser devidamente articulado. Não está a ser, neste momento... Este Concelho Municipal de Saúde pode, de facto, criar, também, condições para que este trabalho seja feito. E também outra coisa que estamos a desenhar, que é mesmo muito importante, a partir da criação deste Concelho é o Plano Estratégico para a Saúde. Pronto, esse Plano Estratégico, na minha opinião, é que vai desenhar todas estas questões que nós estamos agora aqui a falar. Todas. A questão da gestão de recursos com as entidades. com todas as entidades, quer seja a ULS, quer seja as entidades locais, quer seja a Câmara e todas as outras entidades ligadas à questão da saúde e bem-estar. Porque aqui também podemos ir mais além na questão, do que aqui estamos a falar, as entidades. Porque em todas as localidades existem outras entidades que também têm, por exemplo, enfermeiros. Os bombeiros, alguns, têm enfermeiros. As ERPI's têm enfermeiros. Portanto isto deveria ser repensado. Repensada a forma como nos articulamos, porque os recursos são escassos. Não é? E como não os há, temos de os aproveitar melhor. E só unindo esforços, neste sentido, e cooperando é que nós conseguimos se calhar ganhar. Ganhar todos aqui a vários níveis. É ganhar. Isto na minha opinião é ganharmos todos com estas práticas que podemos implementar, que ainda não estão.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: É ganharmos a esse nível. É ganharmos em todos os aspetos e até depois, efetivamente, o que representa também em custos financeiros. Se nós tivermos este tipo de articulação entre todos, temos todos ganhos em várias perspetivas. Ganhos, de facto, em darmos mais apoio

às nossas comunidades, onde não existem recursos desta natureza e depois tem implicações diretas nos recursos financeiros, obviamente. Ganhamos todos em todos os níveis.

Questão 8

Na sua perceção, como pode contribuir o Município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?

R.: Lá está, os recursos na gestão, se houver uma gestão partilhada. Tem de haver uma gestão partilhada. Neste momento, a gestão... estamos neste modelo... sem ainda sabermos, efetivamente ... Eu considero que isto volta à ULS. É a minha opinião, atendendo àquilo que está implementado em todas as outras ULS's. E o que está na base da transferência de competências, que só passaram as competências a quem não estava integrado numa ULS. Nós agora vamos passar... já estamos. Só ainda não conheço o Concelho de Administração. Mas... o presidente nem o concelho. Mas a partir do momento em que isso se efetue, eu penso que isto... esta gestão... Na mesma considero que devemos sempre... de forma articulada trabalhar. Independentemente de nós termos ou não termos as competências específicas. Sempre o fizemos. É verdade, que mesmo com o ACeS, independentemente de termos competências nessa matéria, nós já estávamos a fazer. Nós criamos uma USF, em que nós é que estamos lá a fazer as obras para instalar. Ainda não está, mas para instalarmos a USF. Portanto, nós da mesma forma estamos a contribuir para criar uma unidade de medicina nuclear, que está praticamente fechada no antigo hospital. Portanto é algo que foi uma vontade do Município. Instalar aqui uma unidade para que, olhe, evitar, nesse âmbito exames muito especializados, terem de se deslocar a Coimbra ou a outros locais para a realização desses exames. Isso se os tivermos aqui à porta.... Implica técnicos.... Aqui num raio bem largo, ainda, possa vir ao Fundão em vez de se deslocarem a Coimbra, Lisboa ou Porto. Onde efetivamente... Isso está para breve, portanto também a questão da implementação ali no antigo hospital. Vão ficar exatamente nesse edifício no rés-do-chão ficará a unidade de medicina nuclear e por cima ficará a Unidade de Saúde Familiar. Portanto são tudo... e para além de todo o trabalho que a autarquia tem feito de obras na maior parte das extensões de saúde, que já estavam degradadas. Mas eram pagas as rendas pela própria ARS e agora passaram na transferência de competências... Mas nós já contribuíamos, estou-me a recordar aqui do espaço da extensão de saúde de Silves em que recuperamos nós essa... ainda não tínhamos as competências e já tínhamos recuperado aquela extensão de saúde, como outras do Concelho para terem condições físicas, sem nós termos competências nessa matéria. Mas nós já o fazíamos, porque entendemos que tínhamos de criar as condições. A saúde, de facto, é um bem maior. É o bem maior para todos e atendendo à população que nós temos, conhecemos muito bem essa questão. E a pandemia foi um exemplo muito claro do que tivemos de fazer em conjunto. Esse é o exemplo que tivemos de nos colar muito a todos os níveis. Olhe, diariamente trabalhamos em conjunto com a Saúde. Diariamente, isso foi um bom exemplo, deu-nos aqui de facto capacidade para vermos em situações de adversidade. A questão da pandemia, que nunca pensámos, e o que é que nós em conjunto conseguimos minimizar os impactos negativos dessa situação.

Questão 9

Na sua opinião quais as vantagens/desvantagens da passagem do CHUCB para ULSCB?

R.: Eu estou expectante. Eu quero acreditar que vai ser um benefício. Quero mesmo acreditar. Porquê? Porque um dos fatores que pode ser interessante, nós pertencermos à ULS, é a questão da autonomia. Como o Concelho de Administração de uma ULS tem muito mais autonomia e nós estando integrado – o ACeS passará a fazer parte, toda a saúde primária ficará integrada na ULS – os problemas que tínhamos até então, que tínhamos de resolver em Coimbra... A maior parte das vezes, porque o diretor do ACeS não tinha competência para tomar decisões. Nenhuma. Até para um simples, acho que, autorização de um seguro, ou de um gasóleo para o veículo e muitas outras questões tinha de pedir. Portanto autonomia era zero, na minha opinião. E até a questão da distribuição de médicos... Eu acho que tinha sempre de ter autorização da ARS. Eu penso... eu acredito que seja para melhor, mas ainda não... como ainda não experimentámos. Estamos a aguardar ansiosos essa questão. A minha visão de entender e olhar para isto, penso que será... trará melhores condições, devido a essa questão da autonomia. E como podem articular melhor, se for possível. Nós sabemos que o Centro Hospitalar tem um conjunto de especialidades e tem médicos para essas especialidades. Não sei até que ponto poderá ter mais médicos para ter, por exemplo, na questão da saúde primária. Que isto também tem de ter... Não é qualquer um, também, que pode ser colocado. Nós, por exemplo, agora até nestes últimos tempos... colocámos a questão de poderem... médicos, que se aposentaram a algum tempo, voltarem para suprir as necessidades. E alguns dizem: "Mas olhe este...". Por exemplo lembro-me de um caso. A delegada de saúde, (...), que está disponível e com uma vitalidade enorme e que devido, também, à formação que ela tem, provavelmente, não poderia ser colocada na saúde primária. Porque é da saúde pública. Pronto, há aqui estas questões que têm de se ajustar. E penso que poderá ser positivo, mas como ainda não estamos nesse processo. Tenho dúvidas. Tenho dúvidas.

Questão 10

Na sua perceção, os recursos (financeiros, equipamentos, veículos) a transferir para a autarquia são os mais adequados, suficientes ou os possíveis?

R.: Muito maus.

Questão 11

Os edifícios a serem transferidos têm presentes materiais potencialmente nocivos à saúde humana?

R.: Acho que não teremos situações de amianto. Acho que não. Do conhecimento que tenho, nocivos não. Têm é..... Imagine, se me disser que o ar condicionado.... pode ser nocivo nessa perspectiva. Imagine, se os doentes... os aparelhos de ar condicionado não funcionam, um doente vai para o espaço... é mais esse tipo de questões do que propriamente, digamos, o material de que foi feito possa causar problemas de saúde, agravar os problemas de saúde. Pode agravar é não ter, mas nós temos, agora, de estar a tratar dessas coisas todas. Mas os edifícios que recebemos... e a questão, por exemplo, de já estarem a precisar de imensas

reparações, o caso da cobertura, o caso das portadas, que já tem de ser praticamente substituídas... Pronto, é o edifício que já está a necessitar da realização de intervenção física.

Questão 12

Na sua perceção, os recursos humanos transferidos, são em número suficiente? De que forma o Município poderá colmatar as falhas? Existem nos quadros ou terão de proceder a recrutamento?

R.: Eu acho que os que nós recebemos... e que alguns já se foram aposentando, um ou dois, dos que recebemos creio eu. Tínhamos dez, há um ou dois que já estão. Acho eu, não tenho bem agora a certeza de se já foi, mas eu penso que sim, ou irá ser em breve um ou dois aposentados. Claro que depois vão ter de ser substituídos, obviamente. Mas eu penso, daquilo que nos foi dito na altura da transferência seriam dez, mas só vieram oito. Mas essa informação teria de perguntar. Até ao momento não nos foi dito por parte da coordenação que seriam insuficientes. Isso não nos foi reportado, portanto, considero à partida que estará adequado o número dez para as necessidades.

Questão 13

Na sua perceção quais são os desafios de operacionalização das competências transferidas?

R.: Nesse âmbito, eu acho que nós, como dizia há pouco... acho que está... Temos a equipa que coordena aqui da Câmara e acho que está a correr bastante bem até a articulação. Porque, é a tal questão que referi no início, a questão de ser um contacto muito mais célere e próximo. Com um telefonema, basta um telefonema ou um email rápido e nós estamos lá em dois minutos. Isso facilita e para a gestão é muito importante. O levantamento das necessidades que já nos foi reportado e que rapidamente... se forem coisa imagine, é o vidro que se quebra, coisas muito mais rápidas nós conseguimos praticamente imediatamente tratar dos assuntos. Penso que a gestão entre nós e quem lá está, digo quem lá está porque o ACeS neste momento já não.... mas mesmo com a ACeS, falando ainda com o ACeS, estava a ser bastante facilitador, tivemos sempre uma boa relação com todos, com todos, quer com o ACeS, quer com o Centro Hospitalar também. Neste caso com o ACeS, houve uma relação... não houve problema absolutamente nenhum em termos dessa transferência das competências, e da gestão e monitorização daquilo que ali era necessário fazer.

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: Eu acho que da parte da perceção dos cidadãos, desde que tenha as condições... eu acho que isso é um mal menor. Eu acho que para o cidadão o que interessa é que tenha. E agora, obviamente, o Município tem aqui um papel muito importante para pressionar, temos possibilidade junto de quem de direito de tentar... Imagine, não é da nossa competência mesmo outras coisas da parte do cidadão... Porque o cidadão quer um bom serviço, que seja um bom serviço, que tenha boas condições físicas e, também, a nível do atendimento, seja um bom atendimento e resposta para os seus problemas. Isto é o que o cidadão quer, agora

se é a Câmara se é o Serviço.... Eu acho que até entende melhor que seja aqui uma entidade local a tratar desses assuntos mais próximos. Para o cidadão, eu acho, o que quer é boas condições. Pronto, a partir de que tenha boas condições, estar num lado ou no outro, acho que é de menos importância. E mais, o cidadão sabe que à Câmara chega mais rápido do que chega ao Ministério da Saúde. Essa é que é a questão. Eles aqui veem-nos tanto... qualquer situação... e já nos aconteceu, de questões até de utentes que vão-nos ser reportados, praticamente, imediatamente. Portanto isso... Nós temos, como sabe, aqui a questão do acesso... temos para as pessoas colocarem as suas questões junto do balcão ou até do mail direto para colocarem questões. Portanto isso é uma facilidade.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Sim, ainda agora acabei de dizer, é verdade que estamos muito mais próximos, estamos a um passo de poderem colocar. E a forma como nós temos disponíveis as plataformas, as reuniões. Qualquer pessoa pode junto de um vereador e do presidente colocar as questões, todas as questões que entenderem. Isso é de facto algo muito facilitador e chega muito mais rápido a uma autarquia do que a um Ministério da Saúde ou a uma ARS, que está muito distante. Acho que isso é muito positivo.

Questão 21

Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Em termos financeiros, beneficia o Ministério da Saúde. Claro. Em termos das outras situações, quer dos serviços, quer, nomeadamente, até as próprias equipas internas, médicos.... Se nós, por exemplo, em termos de colocarmos mais veículos e em melhores condições, até a própria equipa que se desloca tem melhores condições também. A equipa de enfermagem, a equipa médica... Nós Município ainda há pouco tempo lançamos uns incentivos, efetivamente, até para os médicos, nomeadamente, apoios, vários apoios... estas questões todas beneficiam... eu acho que beneficiam todos. A Autarquia também beneficia porque conseguimos ter um conhecimento maior a esse nível, não é em termos financeiros, mas a esse nível temos um conhecimento maior do que se faz, efetivamente, porque se não tivéssemos essas competências o nosso conhecimento era muito mais diminuto. Porque não tínhamos um grau de conhecimento que hoje temos em relação aos serviços prestados no Centro de Saúde e nas extensões. Agora nós temos um conhecimento maior. O que significa, com esse conhecimento, também, podemos, de facto, criar melhores condições. É nessa perspetiva que eu acho que nós tendo esse grau de conhecimento, a todos os níveis. Porque o facto de só termos competências nas questões mais de equipamentos e dos edifícios e nos assistentes operacionais... mas isso significa que temos maior conhecimento do todo. Isso é que é uma realidade, porque quando vamos verificar... temos. E como o utente também nos pode transmitir, também temos logo o *feedback* de como é que estão as coisas a decorrer. Porque isto também chega cá imediatamente. Essa é que é a questão mais importante, é o chegar, o mais imediato junto da autarquia todas as questões. Sejam ligadas à parte mais

material ou até da parte do atendimento, de toda a gestão, também, das próprias... O atendimento é fundamental. Nós sabemos isso. Até porque muitas das pessoas que vão ao médico, sobretudo ao médico de família, ou à consulta aberta... Nós ainda há dias tivemos conhecimento que há pessoas que vão três vezes no dia. Veja. Vão lá três vezes no dia, porquê? Para mim isso é mais quase uma coisa psicológica do que, propriamente, até de questões relacionadas com a saúde propriamente dita. Acho que os Centros de Saúde deviam ter mesmo, obrigatoriamente, um psicólogo. Porque evitava muitas consultas médicas. É uma das coisas que nós temos dados conta também com... Lá está, foi uma das coisas que verificámos através dos médicos em reuniões de que há situações dessa natureza. Ora um doente, que vai três vezes no mesmo dia à consulta aberta, está a impedir que outras pessoas também possam obter uma consulta. Mas isso também é gestão das consultas, também deveria impedir isso, a não ser que fosse uma situação mesmo grave. Uma pessoa ter a possibilidade de ir a uma consulta três vezes no dia é um bocadinho.... Devia dizer: "Não, já cá estive, portanto por hoje já não pode vir a menos que seja...". Uma coisa grave também vai às urgências. Eu acho que isto devia ser melhor... A gestão das consultas, se calhar, não devia permitir que isso acontecesse.

Questão 22

Foram transferidas uma lista de competências em que a autarquia tem poder de decisão ou uma lista de tarefas em que a autarquia é um executor?

R.: Pois. Eu entendo que sejam competências, mas também tarefas. Claro. Uma coisa implica a outra, porque, de facto, o é. Claro que falamos sempre das competências porque é um nível diferente. E eu encaro como competências. E claro, competências implicam tarefas. Claramente, ainda agora vimos. Uma coisa implica a outra. É isso.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Fica muito aquém. E é como lhe disse há pouco, já respondi aí atrás. A questão de quem é quem ao cidadão. O que o cidadão quer é boas condições a todos os níveis. Boas condições dos equipamentos físicos, do atendimento, da celeridade nas respostas, dos encaminhamentos... O que o cidadão quer é uma boa resposta. Depois quem é que faz, quem é que trata do edifício, quem é que paga aos funcionários... Eu acho que ao cidadão isso pouco importa. O que interessa é os bons serviços que possam ter. Isso é fundamental para o cidadão. Agora se nós é que pagamos aos funcionários, ou se nós é que fazemos a manutenção dos carros... Eu acho que isso ao cidadão não lhe diz absolutamente nada. Para o cidadão em si, eu acho que acreditam... quem continua a fazer isso é mesmo a Administração de Saúde, o Ministério. Eu acho que eles acreditam, porque as nossas competências também são muito poucas. Se fossemos mais além, como tinha dito, pudéssemos fazer aqui outro tipo... termos outro tipo de competências aí sim. Até a nível de médicos, enfermeiros... poderemos ir mais além? Poderia ser mais interessante, até para a articulação e gestão dos próprios... rentabilização dos recursos. Agora no âmbito destas competências, penso que para o cidadão não tem impacto.

Entrevista 12

Data da entrevista: 16/Maio/2024

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 45 minutos

Boa tarde, antes de mais, agradeço imensamente a sua disponibilidade e valiosa colaboração para com este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, o tema do presente estudo prende-se com a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais, no âmbito do Mestrado em Administração Pública do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

A presente entrevista tem como objetivo principal:

- Analisar se a proposta de descentralização de competências no domínio da saúde vai ao encontro dos interesses/expetativas/pretensões do Município do Fundão e dos cidadãos.

E como objetivos específicos:

- Identificar desafios de operacionalização das diversas competências transferidas.
- Identificar vantagens e desvantagens da descentralização de competências na área da saúde.
- Perceber como a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde.

No que concerne à confidencialidade e ao anonimato, asseguro-lhe que manterei total confidencialidade e anonimato. A sua identidade e opiniões serão preservadas e todas as informações fornecidas permanecerão estritamente protegidas, sem acesso de terceiros.

Guião de Entrevista

Questão 1

Qual a sua opinião sobre a transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Eu tenho de dizer que fui favorável (...), mas fui favorável, não por considerar que as autarquias devam ter essas competências, mas mais por perceber que o Serviço Nacional de Saúde não estando a dar resposta em alguns aspetos, nomeadamente, na manutenção dos equipamentos, nos edifícios, era fundamental que nós... metermo-nos nessa competência sob risco de fato continuar tudo ainda a degradar-se mais. Por outro lado, independentemente de ter ou não ter a competência, no caso do Município do Fundão, nós já tínhamos uma data de programas de colaboração e de parceria com a área da Saúde, em algumas coisas como promotores, noutras como parceiros, algumas na saúde primária e até outras conectadas com outras áreas. Como por exemplo, nós estamos a promover aquilo que é uma unidade de medicina nuclear, por isso já estamos a falar noutra tipo de equipamento pesado de saúde. E como tal nós já tínhamos aqui todo um quadro de promoção e de parceria com a área da

Saúde, projetos de saúde e parceiros em projetos de saúde, que de alguma forma tornava-se natural podermos avançar com a área das competências. Mas eu, conceptualmente, acho que a área da Saúde pela sua especificidade não deve ser delegada nos municípios. Considero que deve haver integração do Serviço de Saúde, nomeadamente, entre a saúde primária e os cuidados hospitalares. No meu entender devem estar integrados, devem ter as suas estruturas de gestão, mas não acho que haja uma vantagem na municipalização da área da Saúde. A área da Saúde é o Serviço Nacional, o Serviço Nacional de Saúde é um ganho enorme. O risco de alguma municipalização da área da Saúde pode levar, por exemplo, a um risco muito grande de diferenciação do acesso à saúde dos cidadãos que estão, constitucionalmente, em pé de igualdade relativamente ao acesso. Pelo menos em teoria ao acesso à saúde.

Questão 2

Tendo em conta a sua experiência, que vantagens e/ou desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?

R.: Vantagem de proximidade e de capacidade de responder de imediato a questões pelos municípios, ou seja, a rapidez, a adaptabilidade. Vamos chamar a angariação de recursos, a autonomia financeira, que os municípios têm, ajuda muito a responder muito mais de imediato. A questão da articulação entre entidades, os municípios estão habituados a fazer a articulação de entidades, em estarem em muitas redes locais onde existem todos os setores e isso ajuda muitas vezes a resolver problemas. A fazer, por exemplo, a ligação entre o setor da educação, da ação social e saúde. São setores onde o Município facilmente consegue fazer articulações e isso é uma vantagem do ponto de vista da delegação de competências. Depois diria também, se calhar em alguns casos, o facto de sermos democraticamente eleitos faz com que sejamos particularmente mais legitimados para a defesa daquilo que são os interesses da nossa população, sendo a saúde uma das questões-chave. Diria que essas são as razões positivas: a nossa autonomia e rapidez de ação, a nossa capacidade de cooperar e de juntar à nossa volta, de fazer cooperação intersectorial e esta questão de legitimidade política, que nos faz defender um setor tão relevante e com tantas dificuldades.

Na parte negativa, obviamente, a não especialização. Ou seja, a Saúde é um setor que obriga a muito conhecimento específico e especializado. Na saúde o achismo corre mal, muito mal. É preciso ter sempre decisões muito bem fundamentadas, com muitos dados, muitas vezes até com sequências de dados plurianuais para perceber muito bem aquilo que são as tendências onde temos problemas. Essa é uma questão. A segunda é o princípio da excessiva municipalização. Ou seja, a Saúde precisa de escala. Nós não podemos ter 308 hospitais centrais, como é obvio. Se houver, digamos, um princípio total, imaginemos, onde delegávamos a todos os municípios. A tendência era que aqueles mais ricos, mais capazes e com maior densidade populacional andavam muito para a frente e criavam, se calhar, um fosso maior, relativamente, àquilo que eram os municípios, vamos chamar, da baixa densidade. Ou seja, a excessiva municipalização da Saúde pode levar a criar um fosso ainda maior entre os municípios mais densos e os menos densos. Porque é assim? Porque depois somos iguais para defender o nosso círculo eleitoral e isso leva que os mais fortes andem mais, sejam mais fortes. Nessa delegação de competências era preciso criar muitos critérios de compensação de forma, eventualmente, a que os municípios mais pequenos não ficassem irremediavelmente para trás ou ainda pior na área da Saúde. Depois há uma terceira questão,

que é muito importante, que é o Serviço Partilhado na área da Saúde. A Saúde tem montes de áreas, em que o seu Serviço Partilhado é uma grande mais-valia. Lá está, os municípios têm muitos serviços de cooperação, mas têm muito pouco histórico de serviços partilhados com outros municípios. Os Serviços Partilhados da área da Saúde é uma das melhores coisas que o Serviço Nacional de Saúde tem em termos de organização, tal como as suas plataformas, o seu centro de compras, os seus equipamentos partilhados. São abordagens muito importantes que, lá está, que a tal municipalização poderia perder. Uma coisa também muito importante é, que contrariamente ao que julgamos, o facto de haver um recrutamento nacional, também torna eventualmente, mesmo assim, mais equitativo. Porque se fosse cada município a recrutar, nomeadamente aquilo que possam ser os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, diria que neste momento o preço/hora já estava 4x mais. Os mais ricos comprariam todas as horas que assim entendessem e, provavelmente, iríamos criar uma desregulação ainda maior do que já existe, que existe, como sabemos, entre oferta e procura. Tornando, eventualmente, ainda mais insustentável o limite a alguns serviços de saúde perante o seu real custo. Num país pobre como o nosso, temos de ser particularmente eficiente. O Serviço Nacional de Saúde ainda está longe de ser uma perfeita eficiência, sabemos bem. Não estou a ver 308 municípios de forma autónoma fossem mais eficientes do que 40 estruturas, não me parece. Por isso essa questão da eficiência, tendencialmente, o gap da eficiência e da produtividade é mais fácil de resolver-se sem a delegação de competências. Sobretudo, como estamos a falar, de competências na Saúde propriamente dita. Diria que gerir frotas automóveis ou fazer edifícios... essa questão sim. Os municípios aí estão muito habilitados para isso, apesar de... Já agora também uma questão pela negativa da delegação, é que mesmo nos edifícios a Saúde têm particularidades muito fortes, como tal nas especificidades dos edifícios, também na compra das viaturas, estamos a falar de algo que encarrega uma enorme especialização. Essa especialização não existindo pode levar a erros muito crassos, quer na construção de edifícios, quer até na compra de equipamentos ou até de viaturas.

Questão 3

Na sua perceção quais as motivações para o Governo ter tomado a iniciativa de proceder à descentralização de competências?

R.: A primeira é óbvia, que é a chamada suborçamentação. Essa é tão óbvia... O Governo não tinha capacidade financeira de resolver uma data de assuntos, nomeadamente da manutenção de extensões e centros de saúde, muito menos de fazer uma renovação do parque automóvel. Para dizer duas das questões óbvias. Uma delegação para os municípios com uma avaliação inexistente. Os valores, que transferem, são muito subfinanciados, têm na base um problema... Eu acho extraordinário que eles transfiram um valor dizendo: "Nós fizemos uma avaliação e ponderação. E eram os valores que nós já tínhamos..." Os valores que vocês já tinham eram insuficientes. Por isso montes de edifícios estavam a cair, montes de edifícios tinham equipamentos que não funcionavam, montes de viaturas... O parque automóvel do Serviço de Saúde é capaz de ser, nalguns centros de saúde, talvez o mais velho da Administração Pública. Em termos de idade nos centros de saúde provavelmente eram dos mais antigos da Administração Pública. Temos ainda viaturas... muitas dos anos 90, por isso estamos a falar de viaturas com 30 anos. Estamos a falar de facto na área da Saúde. Onde geralmente os serviços, nomeadamente nos últimos anos, ao domicílio, os serviços de ambulatório ganharam uma grande força. Nós queremos hoje cada vez mais serviços de

ambulatório, serviços ao domicílio e cada vez temos menos mobilidade. Os veículos eram absolutamente impróprios. A maior parte das vezes estavam parados por avaria. Custa mais recuperar as avarias que comprar novo. Alguns não têm valor, o valor comercial é inferior a uma pequena revisão ou fazer obrutas, ou umas intervenções para passar numa revisão. Essa foi a grande motivação. Pode haver uma segunda motivação que é o princípio da subsidiariedade e proximidade. Claro que é um princípio importante... Mas eu diria que há aqui uma coisa que não tem estado, já na educação isto também se viu, que é a nós não nos querem na área core. Querem na área daquilo que custa dinheiro, do ponto de vista de edifícios, de aquisições de equipamentos, mobilidade. Porque depois nós também não temos nenhuma palavra a dizer sobre aquilo que é a Saúde propriamente. Os programas que decorrem da Saúde... É verdade que criamos o Concelho Municipal de Saúde, é verdade que sim. É verdade que desenvolvemos o nosso Projeto Local de Saúde, é verdade que sim. Mas na prática nós não temos depois competências, não somos nós que o executamos. Ou muito pouca coisa executamos. É verdade que podemos ajudar, mas nós não temos propriamente um papel na codecisão, porque se eu disser assim: "Se eu hoje quero, que na área da Saúde, os Centros Hospitalares ou os hospitais, que eu tenha, tenham esta valência ou outra..." Eu pouco ou nada posso dizer sobre isso, posso dizê-lo. Não tenho qualquer palavra sobre esse assunto. Ou seja, a minha palavra não é muito ouvida nesta questão da delegação. O papel do Município é mais pagar contas do que propriamente codecidir. Não estou a dizer decidir sozinho. Mas também ter uma palavra a dizer sobre isso, que pudesse ter alguma vinculação. Pudesse no limite também valer algum... o seu peso no que possa ser a decisão. Nós sabemos que, nas questões mesmo da componente Saúde, nós não temos, praticamente, nada a dizer. Agora se vê este problema tão grande dos profissionais de saúde e como eles se distribuem. Os municípios podem criar alguns programas e tal, mas para isso nem necessitavam da delegação de competências, faziam na mesma. Na prática não têm nenhuma palavra a dizer sobre isso.

Questão 4

Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

R.: A haver mesmo uma delegação de competências na área da Saúde, não fosse só aligeirar a carga do Estado Central... Eu diria que deveria ir mais além. Nomeadamente, os municípios deviam ter mais voto nas matérias relevantes em termos de decisão nos municípios. Não é pelo facto de se criarem uma ULS e 1 dos 4 ou 5 administradores ou 7 ou 9, por exemplo, ser proposto pelos municípios, que nós temos uma palavra a dizer. Mas dizem: "Está lá, é 1 em 9." Está bem, mas se quiserem fechar um centro de saúde ou as minhas extensões de saúde, o Município que até andou a fazer obras nelas, podem-nas fechar, porque fazem uma reorganização interna do ponto de vista do serviço. E nós podemos ter estado a construir ou a requalificar ou melhorar as extensões de saúde, que no dia seguinte fecham. E a Câmara não tem nada a dizer sobre o assunto, apesar de estarmos a falar sobre saúde primária. E apesar de terem a responsabilidade da gestão dos edifícios, mas depois nas funções dos edifícios não tem uma palavra a dizer. É pobre. É pobre a questão. Parece que nós só servimos para questões, vamos chamar, de menor valor ou de menor responsabilidade. As questões da Saúde de maior valor, do ponto de vista do que é o interesse público de saúde ou de maior responsabilidade da gestão da máquina de saúde da oferta de serviços de saúde, os

municípios pouco ou nada têm a dizer. Significa que nós hoje, nem todos os municípios são assim, temos uma data de programas espalhados pelo município, que vão muito para além da delegação de competências. Já fazia coisas e continuo a fazer que vão para além da delegação de competências, porque considero que são importantes do ponto de vista da promoção da saúde na minha comunidade. Ou programas ligados ao envelhecimento, por exemplo, ou programas ligados àquilo que possa ser uma alimentação saudável, circuitos curtos, etc... Há uma data de programas, que nós desenvolvemos, que têm um impacto direto na área da saúde... por exemplo saúde e desporto. São uma data de programas que nós já temos, que diria que extravasão muito para além a questão das competências. Se até isso é paradoxal, muitos dos municípios fazem programas que vão para além das competências e assinaram uma declaração de competências ou aceitaram as competências, que aceitaram. Muitos não aceitaram. Em que na prática, aquela coisa das competências são poucozinhas e subfinanciadas, fazendo ao lado outras coisas, que não estão lá. Por isso é que eu digo, a ser uma coisa mesmo... se houvesse mesmo uma vontade de os municípios se envolverem ainda mais na área da saúde, na delegação de competências, provavelmente, teríamos de criar outras vertentes onde a palavra e a capacidade de decisão dos municípios tinha de entrar de forma mais concreta.

Questão 6a

Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, no seu entendimento, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes?

R.: Na área da manutenção dos edifícios, têm as suas competências técnicas, as suas capacidades próprias. Ou seja, rapidamente fazemos um levantamento, caderno de encargos e lançamos um projeto para podermos recuperar ou fazer pequenas intervenções nos edifícios. Depois também temos acesso aos fundos comunitários. Também somos muito mais ágeis, porque temos mais autonomia orçamental para podermos concorrer aos fundos comunitários, nomeadamente, dos programas regionais e também do PRR... Como tal também temos mais capacidade de rapidez, de agir sobre estas componentes mais do investimento direto. As viaturas a mesma coisa. Nos equipamentos também diria a mesma coisa. Só que nós estamos sempre a falar de saúde primária... Estamos a falar de saúde primária. Agora até se levanta uma questão, que é um enorme paradoxo, um enorme vazio. Nós acabámos por assinar nos últimos meses a delegação de competências e, entretanto, foi criada a ULS, a partir de 1 de janeiro. Estamos em maio e eu ainda não... Continuei a pagar aos funcionários, como sabemos só são os assistentes operacionais que passaram e aí também... já agora... há aí outra área onde nós podemos ajudar. É o facto de termos geralmente quadros de pessoal que podem, eventualmente, nalguma carência de assistentes operacionais tentar cobrir alguma carência. Isso na mobilidade interna, interorgânica, nós podemos ser mais rápidos. Isto tem algum interesse do ponto de vista, vamos chamar, do gap. Como é que nós... A delegação de competências pode ajudar o Serviço de Saúde. Também no pessoal pode haver essa capacidade de substituição mais rápido ou lançar o concurso mais rápido. A Administração Central é muito lenta no âmbito deste tipo de processos. Mas o que é certo é que neste momento estamos num limbo. Eu não sei que competências, ao dia de hoje, tenho. Porque, entretanto, foi criada a ULS. Eu continuo a pagar aos funcionários, continuo a pagar contratos de manutenção, continuo a pôr gasóleo nos automóveis, continuo a lançar pequenas obras e não sei quê. Espero um dia não ter chatices. Porque supostamente a partir

de 1 de janeiro, com a criação das ULS's, toda essa delegação de competências, supostamente, caiu. Ou cairia parcialmente, teria de haver uma espécie de um novo acordo para saber, então, que competências efetivamente ficaria outra vez nos municípios e que competências, então, entrariam na ULS Cova da Beira. Pois estamos em meados de maio, isto entrou em vigor a 1 de janeiro de 2024 e passaram 6 meses e os municípios não sabem absolutamente nada sobre esta questão. Ninguém nos consegue dizer nada sobre esta questão. Nós não sabemos se estamos a fazer bem ou mal. Obviamente, por uma questão de responsabilidade nunca iríamos deixar cair num vazio. A Direção Geral das Autarquias Locais vai-nos passando algumas verbas. Mas ninguém sabe como é que isto encaixa no enquadramento legal, porque, supostamente, nós já temos uma ULS a funcionar. E como diz o estatuto das ULS's, elas têm estas competências todas. Se há possibilidade de delegar ou não... acredito que alguma coisa possa ser feita, mas tem de ser feito. Pois neste momento, de certa forma, estamos todos a trabalhar num vazio. Num vazio jurídico que pode ser complicado, sobretudo, se alguma coisa corre mal. Estas coisas, geralmente, só se levantam quando alguma coisa corre mal. Se houver algum incidente, se houver algum problema numa obra, se houver algum equipamento que não funcione ou algum carro que tenham algum acidente. Geralmente essas coisas voltam... algum funcionário que se aleije. Estas questões só são levantadas quando de repente alguém pergunta: "Então, mas você está a fazer isso porquê? Se a partir de 1 de janeiro você, supostamente, já não tem essa competência?" Pronto só para deixar esta nota incrível. Absolutamente incrível, que não se fala muito, mas que de facto aconteceu. Porque nós eramos dos sítios onde não estávamos organizados por uma ULS. Os três municípios da Cova da Beira assinaram à última da hora, um bocadinho forçados. Mas lá assinámos os contratos interadministrativo. Entretanto agora a partir de 1 de janeiro criaram a ULS. Assinámos em março/abril do ano passado, está agora a fazer um ano. Supostamente 8 meses depois ele terminou. É só para lhe dar esta nota, que não deixa de ser uma nota que também demonstra bem alguns dos grandes problemas da Administração da Saúde, que é a estabilização dos processos. Isto tem andado aqui muito ao sabor do vento. A Saúde precisa de... também para todos os agentes, nomeadamente, os profissionais de saúde... precisa de previsibilidade. A previsibilidade é um valor muitíssimo importante para as pessoas tomarem as suas decisões, as opções de carreira, de vida... Ora, quando a previsibilidade até do ponto de vista institucional é tão... que nem nós sabemos... Eu no mês de janeiro tomei, tive de assinar um despacho por causa dos funcionários da Câmara dos serviços financeiros pagarem aos funcionários. Porque eles diziam que a Câmara já não podia pagar aos funcionários. Nomeadamente, aos assistentes operacionais, porque a partir de 1 de janeiro nós perdemos a competências. Tive de fazer um despacho, se algum dia houver algum problema é o meu despacho que manda. Foi o presidente que mandou pagar. É verdade que outros também estão a pagar, mas até ao dia que alguém se lembrar: "A final era ilegal, vocês não podiam pagar.". E então as pessoas? Ficavam na rua? Não comiam? Quem é que lhes ia pagar o ordenado? Estas coisas... quando se fazem decretos a dizer que a partir de 1 de janeiro passa tudo para ULS's, sem porem lá na legislação períodos de transição ou clausulas de transição... Criamos um problema jurídico grave. Ainda para mais na altura o governo sem governo. Pior ainda. Há uma coisa que tem um efeito. Sem governo... Sem capacidade de tomar medidas que não fossem de cariz urgente. Estas até podiam encaixar bem na urgência. Uma situação complicada.

Questão 7

Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

R.: Isso muitas. Mas eu aí diria que a Saúde não tenha medo de envolver as pessoas... das ouvir..., que os cidadãos tenham uma palavra naquilo que é a avaliação e validação dos processos. Porque não é isso que sentimos. Nós sentimos que o processo da gestão da saúde é muito pouco participado naquilo que é o envolvimento do cidadão. O cidadão é visto como utente, como o doente, mas não como, também, participe naquilo que são os processos de qualidade da própria gestão e da própria administração da saúde. Por isso, eu diria, desde logo, ouvi-los muito mais, de forma sistémica, de forma organizada. Não é ouvi-los porque temos um livro de reclamações. Isso é o mínimo. Ou porque se alguém berrar. Se alguém estiver muito zangado, alguém ir ouvi-lo. É bom envolver o cidadão até para ele perceber a complexidade. Porque, se queremos que o cidadão seja justo e tenha a paciência necessária perante um serviço tão complexo, é melhor envolvê-lo mais e informá-lo mais sobre o processo de desenvolvimento da prestação do serviço de saúde no nosso país. Sob risco de situações como vamos vendo ou ouvindo com mais frequência... Até de agressões verbais, físicas que levam que hoje não haja nenhuma unidade de urgência que não tenha polícia à porta. Isso são tudo questões que se prendem com pressão sobre o serviço, mas também uma total falta, muitas vezes, de informação da forma de funcionamento do serviço. Ele não percebe, por isso é melhor trazê-lo para dentro dos processos e não só prestar-lhes um serviço. O Serviço Nacional de Saúde não pode ser só uma prestação de um serviço, tem de ser todo um modelo de envolvimento do cidadão naquilo que são também as valências e as capacidades do Serviço Nacional de Saúde.

Questão 9

Na sua opinião quais as vantagens/desvantagens da passagem do CHUCB para ULSCB?

R.: No caso de uma ULS com a nossa dimensão só vejo vantagens. Numa ULS muitíssimo grande? Pelo princípio da proximidade, e os territórios de saúde, os municípios não são todos iguais... eu oiço falar de ULS's para 20 municípios. Vão desde o litoral ao interior. A ULS de Coimbra acho que vai da Figueira da Foz à Pampilhosa da Serra. Os serviços de saúde são muito diferentes numa área ou outra. E aí já acho que pode haver problemas, porque de repente o Serviço é muito transversal, muito horizontal e pode ter dificuldades em ajustar-se à realidade mais local, mais de proximidade. O Serviço Nacional de Saúde tem de ter sempre esta capacidade, por um lado, de dar respostas mais de proximidade sem perder nunca aquilo que é um processo de eficiência e de acesso universal. Daí também a sua dificuldade. No caso de uma ULS Cova da Beira só vejo vantagens: sinergias, partilha de profissionais, partilha de equipamentos, programas muito mais mensuráveis entre a saúde primária (quer se dizer eu faço um programa de saúde primária e depois se não conseguir perceber como é que ele tem efeito na redução, nomeadamente, de cuidados agudos de saúde, como é que eu o avalio?), questões de sinergia, de economia de escala, os Serviços de viaturas, de plataformas, informáticos, programas de eficiência (transição energética, transição digital). São tudo programas que, com uma ULS, há escala maior para poder pensar, para poder desenvolver... A questão da gestão. Ou seja, isso, no meu entender, obriga a uma gestão mais profissionalizada, o que faz com que cada macaco no seu galho. Eventualmente, os médicos e

os enfermeiros mais na pressão de serviço, se calhar os gestores de saúde pública também poderem estar um pouco mais. Não estou a dizer que não tenham de estar presente os médicos ou os enfermeiros, mas não podem ser todos médicos ou enfermeiros. Eu acho que os Concelhos de Administração devem ser muito multifacetados. Na área da Saúde, todos com conhecimentos da área da saúde, mas multifacetados, de preferência de perfis de entrada até um bocadinho diferentes. Não serem todos profissionais de saúde por exemplo. E por isso numa Cova da Beira isto só pecou por tardio. A ULS da Cova da Beira só peca por tardio. E acabar também com esta questão horrível que é esta diferenciação... O princípio da especialização dos médicos é muito importante. Sabemos bem, claro que sim. Mas irrita-me à muitos anos uma espécie, uma sobrevalorização dos médicos que estão no hospital ou uma subvalorização dos médicos que estão na saúde primária. Quem diz os médicos, diz os enfermeiros e diz outro tipo de profissionais... os técnicos também, parece que os técnicos que estavam nos hospitais são uma espécie dos Formula 1 e os que estavam na saúde primária eram uma segunda camada. Isso é completamente absurdo. A relação e a mistura que a ULS traz e as vantagens do ponto de vista de carreira que pode trazer. Acho que pode trazer motivação a todos os profissionais. Nivelá-os mais. O nível de motivação, o trabalho de equipa e o trabalho mais colaborativo também vai ser reforçado.

Questão 10

Na sua perceção, os recursos (financeiros, equipamentos, veículos) a transferir para a autarquia são os mais adequados, suficientes ou os possíveis?

R.: São subfinanciados, ou seja, os recursos não chegam para as encomendas daquilo que são as nossas competências. Ainda por cima não só por causa do parque automóvel que era absurdo; não só porque muitos equipamentos não funcionavam; não só porque os edifícios necessitavam de muitas obras; mas também a idade média das pessoas que eram assistentes operacionais era muito alta e a substituição dessas pessoas passa para os orçamentos municipais. Também essa parte não é descursável, por isso está mais que respondido. Estão subdimensionados. Se são os possíveis ou impossíveis? Não sei. Sei que o Serviço Nacional de Saúde nos últimos anos teve um reforço muito grande de orçamento. É verdade. Isso é factual. Mas não me parece que as pessoas estejam contentes com aquilo que tem sido o Serviço. Não entro se são os possíveis ou impossíveis. O que sei é que estão subfinanciados. E estão os municípios, obviamente, a pôr do seu orçamento, diria, mais próprio antes da delegação de competências. Estão a desviar do seu orçamento porque o dinheiro que recebem da delegação de competências não chega.

Questão 14

Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?

R.: A questão da tal municipalização, ou seja, de repente temos 308 Serviços de saúde. E haver alguém que fique para trás no acesso. Como sabemos, o acesso ao serviço de saúde é uma questão central. Para a parte do cidadão isto parece muito interessante... Porque têm um capital de queixa. A proximidade é muito maior, que faz com que eventualmente as caixas tenham muito mais respostas. E como tal esta proximidade do ponto de vista do cidadão, o cidadão não nota... vê isto com bons olhos. O cidadão vê isto com bons olhos. Porque acha

que o Município tem a obrigação de resolver tudo rapidamente. É o tal poder de proximidade. No entanto acredito que alguns... que os cidadãos um bocadinho mais informados temam... por exemplo a não integração de Serviços. A saúde manter-se nesta parte nos municípios, por exemplo, não levaria à integração mais da saúde primária com os serviços hospitalares, teme que haja municípios que não vejam isto como investimento, nem uma prioridade e ainda se degrade mais a questão do Serviço de Saúde, dos equipamentos nomeadamente. Mas não me parece que da parte do cidadão... não tenho bem consciência dos riscos... se levássemos para uma excessiva municipalização da saúde ele podia não ter consciência dos riscos.

Questão 16

Na sua opinião, a transferência de competências, nos moldes atuais, vai contribuir para o aumento da dívida do Município? De que forma?

R.: Espero que não, mas claramente cria uma pressão nos orçamentos dos municípios. No limite pode levar a situações de aumento de dívida. Os valores em causa, dado que só são os assistentes operacionais, que estão a passar, comem tudo, quer se dizer os assistentes operacionais... Os valores em causa não são tão elevados como por exemplo na área da educação. São valores muito mais baixos. São 10 vezes menores os valores que estão a ser passados no âmbito da saúde relativamente à educação. São questões mais contidas do ponto de vista orçamental. No entanto isso leva a uma pressão sobre o orçamento do Município. Se é suficiente ou não... para dizermos com isso vão ficar mais endividados? Não queria ir aí, porque não é assim tão pesado olhando para o conjunto do orçamento, mas olhando para o conjunto de todas as competências que passaram e para aquilo que é hoje a vida dos municípios... o aumento brutal que houve nas energias, nas obras e não sei quê, pode criar uma pressão orçamental obvia. Está a criar uma pressão orçamental sobre os municípios.

Questão 19

No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

R.: Não vão aproximar mais. Nós já somos um poder de enorme proximidade. Podem é criar um capital de queixa maior nos munícipes. Eventualmente, até uma maior impaciência nos munícipes, porque sabem que a porta onde vão reclamar é uma porta que fica a 5 minutos a pé.

Questão 20a

Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?

R.: Existe, nomeadamente, nesta questão nas obras e nos equipamentos e na substituição e algum profissional. Desse ponto de vista o cidadão vai ter vantagem no curto prazo.

Questão 21

Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

R.: Eu diria que beneficia o Ministério claramente, porque suborçamenta... descarga. Faz uma descarga nos municípios. De certa forma o centro de saúde. E em alguns aspetos, também, beneficia o cidadão. Não beneficia o Município. E vou explicar porquê. Primeiro, porque é uma pressão orçamental. E a segunda, porque do ponto de vista da gestão política, dado o nível a que chegou o Serviço de Saúde, há uma pressão muito negativa do cidadão relativamente à Saúde, que também a transfere para o Município. Por isso o Município vai ter de gastar muitos recursos, que eventualmente não tem. E o efeito no cidadão é perante... as dificuldades são tão grandes na marcação de coisas básicas como as consultas e tal, que o cidadão até confunde as competências. O cidadão transfere a sua raiva, a sua impaciência, a sua frustração relativamente ao Serviço Nacional de Saúde, para o Município. Retirando-a um bocadinho ao Ministério e ao Centro de Saúde. Os municípios agora também passaram a ser os maus da fita.

Questão 22

Foram transferidas uma lista de competências em que a autarquia tem poder de decisão ou uma lista de tarefas em que a autarquia é um executor?

R.: Tarefas.

Questão 23

Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

R.: Perante o estado a que chegou o desinvestimento nos equipamentos da saúde, no curto prazo sim. No médio longo prazo creio que não. É a melhor resposta que posso dar.

Anexo 6
Perguntas associadas à 1.ª questão de investigação

N.º	Pergunta
6a	Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, no seu entendimento, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes?
6b	Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, do seu ponto de vista, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes relativamente às entidades do Ministério da Saúde?
9	Na sua opinião quais as vantagens/desvantagens da passagem do CHUCB para ULSCB?
10	Na sua perceção, os recursos (financeiros, equipamentos, veículos) a transferir para a autarquia são os mais adequados, suficientes ou os possíveis?
11	Os edifícios a serem transferidos têm presentes materiais potencialmente nocivos à saúde humana?
12	Na sua perceção, os recursos humanos transferidos, são em número suficiente? De que forma o município poderá colmatar as falhas? Existem nos quadros ou terão de proceder a recrutamento?
13	Na sua perceção quais são os desafios de operacionalização das competências transferidas?
15	A alínea c do n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, referente às obrigações do município, refere: "Garantir os adequados níveis de prestação de serviços objeto de transferência." Quais são os níveis adequados de prestação de serviços?
16	Na sua opinião, a transferência de competências, nos moldes atuais, vai contribuir para o aumento da dívida do Município? De que forma?
18	No seu ponto de vista existe risco de se criarem assimetrias de investimento na área da saúde entre concelhos?
22	Foram transferidas uma lista de competências em que a autarquia tem poder de decisão ou uma lista de tarefas em que a autarquia é um executor?

Anexo 7
Principais respostas às perguntas associadas à 1.ª questão de investigação

N.º	Representantes da Saúde	Representantes do Município
6a.	-	<p>“se tivermos estas condições e se trabalharmos de uma forma articulada” (E11, p.28);</p> <p>“Isto tem de ser devidamente articulado” (E11, p.28);</p> <p>“Repensada a forma como nos articulamos” (E11, p.28)</p> <p>“têm as suas competências técnicas, as suas capacidades próprias” (E12, p.27);</p> <p>“acesso aos fundos comunitários” (E12, p.27);</p> <p>“somos muito mais ágeis, porque temos mais autonomia orçamental” (E12, p.27);</p> <p>“temos mais capacidade de rapidez, de agir sobre estas componentes mais do investimento direto” (E12, p.27);</p> <p>“quadros de pessoal que podem, eventualmente, nalguma carência de assistentes operacionais tentar cobrir alguma carência” (E12, p.27);</p> <p>“A Administração Central é muito lenta” (E12, p.27);</p>
6b.	<p>“A manter-se a cooperação, a única questão ... é financiá-los efetivamente de acordo com as responsabilidades que estão a ser transferidas” (E8, p.23);</p> <p>“deveria haver aqui esta ponte de conhecer melhor o que é que é os interesses” (E9, p.23);</p> <p>“Os Municípios sendo entidades com autonomia administrativa, com autonomia financeira, eu penso que eles poderão sempre dar resposta a todos os níveis do que foi transferido” (E10, p.23)</p>	-
9	-	<p>“é a questão da autonomia” (E11, p.37);</p> <p>“Portanto autonomia era zero” (E11, p.37)</p> <p>“tinha sempre de ter autorização da ARS” (E11, p.37);</p> <p>“podem articular melhor, se for possível” (E11, p.37);</p> <p>“No caso de uma ULS com a nossa dimensão só vejo vantagens.” (E12, p.33);</p> <p>“os municípios não são todos iguais” (E12, p.33);</p> <p>“dar respostas mais de proximidade” (E12, p.33);</p> <p>“sem perder nunca aquilo que é um processo de eficiência” (E12, p.33);</p> <p>“sinergias, partilha de profissionais, partilha de equipamentos, programas muito mais mensuráveis” (E12, p.33);</p> <p>“questões de sinergia, de economia de escala” (E12, p.33);</p> <p>“gestão mais profissionalizada” (E12, p.33);</p> <p>“A ULS da Cova da Beira só peca por tardio” (E12, p.33)</p>
10	-	<p>“Muito mau” (E11, p.40);</p> <p>“os recursos não chegam para as encomendas daquilo que são as nossas competências” (E12, p.36);</p> <p>“parque automóvel que era absurdo; ... muitos equipamentos não funcionavam; ... os edifícios necessitavam de muitas obras; ... a idade média das pessoas que eram assistentes operacionais era muito alta” (E12, p.36)</p>
11	-	“Acho que não teremos situações de amianto” (E11, p.43).
12	-	“considero à partida que estará adequado” (E11, p.46)
13	-	Na resposta o entrevistado não menciona nenhuma.
15	“São a base inicial, a base legal” (E8, p.36)	-
16	-	“Espero que não, mas claramente cria uma pressão nos orçamentos dos municípios. No limite pode levar a situações de aumento de dívida” (E12, p.42)
18	<p>“Sim, porque já é assim...” (E8, p.42);</p> <p>“a questão partidária pode sobrepor-se em algumas tomadas de decisão de investimento ou de outras ... a questão partidária também interfere na questão de serem mais ou menos cooperantes com as situações” (E8, p.42);</p> <p>“Eu penso que não, na medida em que qualquer investimento na área da saúde será sempre uma mais-valia para o seu próprio Concelho” (E10, p.38)</p>	-
22	-	<p>“eu encaro como competências. E claro, competências implicam tarefas” (E11, p.61);</p> <p>“Tarefas” (E12, p.54);</p>

Anexo 8
Resumo de Códigos da 1.ª questão de investigação (MAXQDA 2024)

6a – Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, no seu entendimento, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 6a	Celeridade na resolução de problemas	1	14,29	1
•	pergunta 6a	Planeamento	1	14,29	1
•	pergunta 6a	Coordenação/Articulação	1	14,29	1
•	pergunta 6a	Autonomia	1	14,29	1
•	pergunta 6a	Colaboração/Parceria	1	14,29	1
•	pergunta 6a	Financiamento	1	14,29	1
•	pergunta 6a	Agilidade/Flexibilidade	1	14,29	1

6b – Dadas as competências transferidas no domínio da saúde como pode, do seu ponto de vista, a autarquia dar respostas mais ágeis e eficientes relativamente às entidades do Ministério da Saúde?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 6b	Celeridade na resolução de problemas	1	14,29	1
•	pergunta 6b	Autonomia	1	14,29	1
•	pergunta 6b	Agilidade/Flexibilidade	2	28,57	2
•	pergunta 6b	Colaboração/Parceria	3	42,86	3

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta ab	Autonomia	2	14,29	2
•	pergunta ab	Agilidade/Flexibilidade	3	21,43	3
•	pergunta ab	Celeridade na resolução de problemas	2	14,29	2
•	pergunta ab	Colaboração/Parceria	4	28,57	4
•	pergunta a	Planeamento	1	7,14	1
•	pergunta a	Financiamento	1	7,14	1
•	pergunta a	Coordenação/Articulação	1	7,14	1

9 – Na sua opinião quais as vantagens/desvantagens da passagem do CHUCB para ULSCB?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 9	Vantagens	0	0,00	0
•	Vantagens	Economia de escala	1	11,11	1
•	Vantagens	Motivação dos profissionais	1	11,11	1
•	Vantagens	Princípio da subsidiariedade	1	11,11	1
•	Vantagens	Mensurabilidade dos programas	1	11,11	1
•	Vantagens	Autonomia	1	11,11	1
•	Vantagens	Gestão profissionalizada	1	11,11	1
•	Vantagens	Sinergias	1	11,11	1
•	Vantagens	Coordenação/articulação	1	11,11	1
•	Vantagens	Desburocratização	1	11,11	1

10 – Na sua perceção, os recursos (financeiros, equipamentos, veículos) a transferir para a autarquia são os mais adequados, suficientes ou os possíveis?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 10	Insuficientes	2	100,00	1
•	Insuficientes	Idade média dos profissionais alta	1	14,29	1
•	Insuficientes	Equipamentos inoperacionais	2	28,57	2
•	Insuficientes	Edifícios degradados	2	28,57	2

●	Insuficientes	Mau estado dos veículos	2	28,57	2
---	---------------	-------------------------	---	-------	---

11 – Os edifícios a serem transferidos têm presentes materiais potencialmente nocivos à saúde humana?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
●	pergunta 11	Não	1	100,00	1

12 – Na sua percepção, os recursos humanos transferidos, são em número suficiente? De que forma o município poderá colmatar as falhas? Existem nos quadros ou terão de proceder a recrutamento?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
●	pergunta 12	Sim	1	100,00	1

13 – Na sua percepção quais são os desafios de operacionalização das competências transferidas?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
●	pergunta 13	Sem referências	1	100,00	1

15 – A alínea c do n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, referente às obrigações do município, refere: “Garantir os adequados níveis de prestação de serviços objeto de transferência.”
Quais são os níveis adequados de prestação de serviços?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
●	pergunta 15	Níveis iniciais	1	100,00	1

16 – Na sua opinião, a transferência de competências, nos moldes atuais, vai contribuir para o aumento da dívida do Município? De que forma?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
●	pergunta 16	Não	1	50,00	1
●	Não	cria pressão nos orçamentos	1	50,00	1

18 – No seu ponto de vista existe risco de se criarem assimetrias de investimento na área da saúde entre concelhos?					
Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	Sim	Idiosincrasias	1	50,00	1
•	Sim	Discrecionabilidade do poder político	1	50,00	1
•	pergunta 18	Não	1	50,00	1
•	pergunta 18	Sim	1	50,00	1

22 – Foram transferidas uma lista de competências em que a autarquia tem poder de decisão ou uma lista de tarefas em que a autarquia é um executor?					
Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 22	Tarefas	1	50,00	1
•	pergunta 22	Competências	1	50,00	1

Anexo 9
Segmentos codificados da 1.^a questão de investigação (MAXQDA 2024)

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 12	Acesso	33	33	de acesso universal.
●	entrevista 8	Agilidade/Flexibilidade	23	23	Mas as respostas têm sido ágeis de uma maneira
●	entrevista 10	Agilidade/Flexibilidade	23	23	é tudo muito mais ágil.
●	entrevista 10	Agilidade/Flexibilidade	23	23	mais ágil para com as nossas necessidades.
●	entrevista 12	Agilidade/Flexibilidade	27	27	Também somos muito mais ágeis,
●	entrevista 12	Agilidade/Flexibilidade	27	27	o facto de termos geralmente quadros de pessoal que podem, eventualmente, nalguma carência de assistentes operacionais tentar cobrir alguma carência. Isso na mobilidade interna, interorgânica
●	entrevista 10	Autonomia	23	23	Os Municípios sendo entidades com autonomia administrativa, com autonomia financeira, eu penso que eles poderão sempre dar resposta a todos os níveis do que foi transferido, naturalmente.
●	entrevista 10	Autonomia	23	23	e tendo eles essa competência e essa autonomia
●	entrevista 11	Autonomia	37	37	Porque um dos fatores que pode ser interessante, nós pertencermos à ULS, é a questão da autonomia. Como o Concelho de Administração de uma ULS tem muito mais autonomia e nós estando integrado – o ACeS passará a fazer parte, toda a saúde primária ficará integrada na ULS
●	entrevista 11	Autonomia	37	37	Portanto autonomia era zero
●	entrevista 11	Autonomia	37	37	trará melhores condições, devido a essa questão da autonomia.
●	entrevista 12	Autonomia	27	27	porque temos mais autonomia orçamental
●	entrevista 10	Burocracia (hierarquia, demora)	23	23	Como nós, na ARS, dependíamos, hierarquicamente, de uma estrutura que estava distante, que tinha a sua forma particular de trabalhar
●	entrevista 11	Burocracia (hierarquia, demora)	37	37	os problemas que tínhamos até então, que tínhamos de resolver em Coimbra... A maior parte das vezes, porque o diretor do ACeS não tinha competência para tomar decisões. Nenhuma. Até para um simples, acho que, autorização de um seguro, ou de um gasóleo para o veículo e muitas outras questões tinha de pedir.
●	entrevista 11	Burocracia (hierarquia, demora)	37	37	a questão da distribuição de médicos... Eu acho que tinha sempre de ter autorização da ARS
●	entrevista 12	Burocracia (hierarquia, demora)	27	27	A Administração Central é muito lenta no âmbito deste tipo de processos.
●	entrevista 10	Celeridade	23	23	podem de facto agir de forma mais rápida, mais célere
●	entrevista 11	Celeridade	49	49	a questão de ser um contacto muito mais célere
●	entrevista 12	Celeridade	27	27	Na área da manutenção dos edifícios, têm as suas competências técnicas, as suas capacidades próprias. Ou seja, rapidamente fazemos um levantamento, caderno de encargos e lançamos um projeto para podermos recuperar ou fazer pequenas intervenções nos edifícios
●	entrevista 12	Celeridade	27	27	Como tal também temos mais capacidade de rapidez
●	entrevista 12	Celeridade	27	27	nós podemos ser mais rápidos.
●	entrevista 12	Celeridade	27	27	Também no pessoal pode haver essa capacidade de substituição mais rápido ou lançar o concurso mais rápido.
●	entrevista 8	Cooperação/Parceria	23	23	eles são cooperantes. São cooperantes, estão disponíveis, querem participar. Querem sempre fazer obras nos centros de saúde
●	entrevista 8	Cooperação/Parceria	23	23	A manter-se a cooperação
●	entrevista 9	Cooperação/Parceria	23	23	modificámos algumas coisitas.
●	entrevista 10	Cooperação/Parceria	23	23	eu penso que há toda a facilidade do Município em colaborar connosco.
●	entrevista 11	Cooperação/Parceria	49	49	Penso que a gestão entre nós e quem lá está, digo quem lá está porque o ACeS neste momento já não.... mas mesmo com o ACeS, falando ainda com o ACeS, estava a ser bastante facilitador, sempre também tivemos sempre uma boa relação com todos, com todos, quer com o ACeS, quer com o Centro Hospitalar também. Neste caso com o ACeS, houve uma relação... não houve problema absolutamente nenhum em termos dessa transferência das competências, e da gestão e monitorização daquilo que ali era necessário fazer.
●	entrevista 12	Cooperação/Parceria	33	33	sinergias, partilha de profissionais, partilha de equipamentos,
●	entrevista 12	Cooperação/Parceria	33	33	questões de sinergia
●	entrevista 11	Coordenação/Articulação	28	28	se trabalharmos de uma forma articulada

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 11	Coordenação/Articulação	28	28	Se todos nos articularmos
●	entrevista 11	Coordenação/Articulação	28	28	Isto tem de ser devidamente articulado.
●	entrevista 11	Coordenação/Articulação	28	28	Repensada a forma como nos articulamos, porque os recursos são escassos. Não é? E como não os há, temos de os aproveitar melhor. E só unindo esforços, neste sentido, e cooperando é que nós conseguimos se calhar ganhar
●	entrevista 11	Coordenação/Articulação	37	37	E como podem articular melhor, se for possível
●	entrevista 11	Coordenação/Articulação	49	49	temos a equipa que coordena aqui da Câmara e acho que está a correr bastante bem até a articulação
●	entrevista 11	Desinvestimento	43	43	pode ser nocivo nessa perspetiva. Imagine, se os doentes... os aparelhos de ar condicionado não funcionam, um doente vai para o espaço... é mais esse tipo de questões do que propriamente, digamos, o material de que foi feito possa causar problemas de saúde, agravar os problemas de saúde. Pode agravar é não ter, mas nós temos agora temos de estar a tratar dessas coisas todas. Mas os edifícios que recebemos... e a questão, por exemplo, de já estarem a precisar de imensas reparações, o caso da cobertura, o caso das portadas que já tem de ser praticamente substituído. Pronto, é o edifício que já está a necessitar da realização de intervenção física.
●	entrevista 11	Eficiência/Eficácia	28	28	temos de os aproveitar melhor.
●	entrevista 12	Eficiência/Eficácia	33	33	sem perder nunca aquilo que é um processo de eficiência
●	entrevista 8	Estratégia	23	23	Eles ainda não têm, e terão, eventualmente, de se organizar, as CIM's terão de organizar centrais de compras
●	entrevista 11	Estratégia	28	28	vai um médico a uma ERPI, que já vai a Silvares ou a outra freguesia mais distante, por exemplo, os Três Povos, ou Janeiros de Cima, ou Bogas de Cima e de Baixo, que eles também têm médico que vai à ERPI. Se esse recurso que já vai à ERPI fizer consultas ganhamos todos. Porque já lá vai. Já vai àquela... se esse médico puder fazer consultas, imagine, de manhã vai à ERPI e à tarde faz consultas na extensão de saúde
●	entrevista 11	Estratégia	28	28	Porque em todas as localidades existem outras entidades que também têm, por exemplo, enfermeiros. Os bombeiros, alguns, têm enfermeiros.
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	23	23	mas esta questão de se perceber que a satisfação não é, necessariamente, ganhos em saúde
●	entrevista 12	Felicidade/Satisfação	36	36	Mas não me parece que as pessoas estejam contentes com aquilo que tem sido o Serviço
●	entrevista 8	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	23	23	de suborçamentação. De facto, isto acontece porque o princípio da descentralização da saúde tem sido transferir as verbas que a Saúde gasta; ora, a Saúde não tem gasto tudo o que devia
●	entrevista 8	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	23	23	Estamos sempre suborçamentados, seja nos hospitais, seja, agora aqui, nos institutos públicos. Portanto, estamos suborçamentados na medida em que aquilo que conseguimos dotar no nosso orçamento é para pagar – esgota-se quase sempre – em pagar salários, medicamentos, aqueles contratos de serviços que são absolutamente indispensáveis e pouco mais. E, portanto, tudo o que é as áreas em que os municípios ficaram responsáveis. As áreas das manutenções, contratos de manutenção, por exemplo, tudo o que é essa área preventiva de conservação, como os imóveis, por exemplo, que é uma área, uma grande preocupação para os municípios. Muitas vezes não foi ao longo dos anos salvaguardada. Portanto, os contratos de manutenção começaram a ser descurados, não é? Não havia dinheiro para contratos de manutenção, como sabemos são muito caros; portanto, o que é que se faz? Reage-se à avaria, não é? Não há uma manutenção preventiva, há uma manutenção curativa. E, portanto, não há verbas em orçamento, nem estimadas nem sequer gastas, nem em termos previsionais nem em termos de histórico, relacionadas com a manutenção dos imóveis, por exemplo. Logo, nas verbas a transferir para o município, não sendo essa uma despesa da Saúde no ano económico anterior, ela não foi contabilizada. Mas os municípios pretendem ter ali.... Só logo aqui, há um deficit grande
●	entrevista 8	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	23	23	é financiá-los efetivamente de acordo com as responsabilidades que estão a ser transferidas
●	entrevista 8	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	23	23	o financiamento tem de acompanhar... Se nós queremos exigir aos municípios que cumpram as competências transferidas, o financiamento tem de começar a acompanhar, a acompanhar essa exigência.
●	entrevista 12	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	27	27	Depois também temos acesso aos fundos comunitários

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 12	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	27	27	concorrer aos fundos comunitários, nomeadamente, dos programas regionais e também do PRR
●	entrevista 12	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	36	36	São subfinanciados
●	entrevista 12	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	36	36	Estão subdimensionados
●	entrevista 12	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	36	36	O que sei é que estão subfinanciados. E estão os municípios, obviamente, a pôr do seu orçamento, diria, mais próprio antes da delegação de competências. Estão a desviar do seu orçamento porque o dinheiro que recebem da delegação de competências não chega.
●	entrevista 9	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	23	23	ganhos em saúde
●	entrevista 11	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	28	28	ganhamos todos escala e ganhamos em todos os sentidos, nos recursos...
●	entrevista 12	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	33	33	de economia de escala, os Serviços de viaturas, de plataformas, informáticos, programas de eficiência (transição energética, transição digital). São tudo programas que, com uma ULS, há escala maior para poder pensar, para poder desenvolver...
●	entrevista 8	Idiosincrasias	42	42	Porque, lá está, há questões locais, pessoais, até da população, muito enraizadas e muito históricas que às vezes levam até que a questão partidária... até se sobrepõem à questão partidária.
●	entrevista 12	Idiosincrasias	33	33	os municípios não são todos iguais... eu oiço falar de ULS's para 20 municípios. Vão desde o litoral ao interior. A ULS de Coimbra acho que vai da Figueira da Foz à Pampilhosa da Serra. Os serviços de saúde são muito diferentes numa área ou outra. E aí já acho que pode haver problemas, porque de repente o Serviço é muito transversal, muito horizontal e pode ter dificuldades em ajustar-se à realidade mais local, mais de proximidade.
●	entrevista 12	Instabilidade	27	27	a estabilização dos processos. Isto tem andado aqui muito ao sabor do vento. A Saúde precisa de... também para todos os agentes, nomeadamente, os profissionais de saúde... precisa de previsibilidade. A previsibilidade é um valor muitíssimo importante para as pessoas tomarem as suas decisões, as opções de carreira, de vida...
●	entrevista 9	Levantamento de necessidades	23	23	Acho que haver um bocadinho mais de auscultação, destas questões para facilitar aqui as coisas, seria algo melhor
●	entrevista 11	Levantamento de necessidades	49	49	O levantamento das necessidades
●	entrevista 9	Literacia em saúde	23	23	Eu acho que a Câmara se tem esforçado
●	entrevista 8	Poder político (discricionariedade/ racionalidade)	23	23	Querem sempre fazer obras nos centros de saúde, porque acho que é isso que lhes dá visibilidade junto das populações. Pronto, há sempre aqui, estão sempre aqui à espera de uma contrapartida, mas parece que é assim que se faz política
●	entrevista 8	Poder político (discricionariedade/ racionalidade)	23	23	Acho que há essa mentalidade e essa vontade em prol, seja pela contrapartida que vão ter nas eleições, nas urnas, seja por que motivos forem, há esse lado
●	entrevista 8	Poder político (discricionariedade/ racionalidade)	42	42	há uma componente política..., político-partidária, não é? Nem sequer é política, é mais partidária. Há uma componente partidária, para além da questão ideológica, mais política; há uma componente partidária. E, portanto, tendencialmente, a questão partidária pode sobrepor-se em algumas tomadas de decisão de investimento ou de outras, não é? E ao contrário, também assistimos que da parte do poder local a questão partidária também interfere na questão de serem mais ou menos cooperantes com as situações
●	entrevista 8	Poder político (discricionariedade/ racionalidade)	42	42	Porque depois essa questão partidária, político-partidária vai interferir nos meios que acabam por ser disponibilizados às autarquias, por um lado. Ou seja, de cima para baixo, os meios que são disponibilizados às autarquias acaba por haver sempre, sabemos que é assim, somos crescidos sabemos que é assim, há sempre essa intervenção. Debaixo para cima, igualmente não na disponibilização de meios, mas no sentido de acolher esta ou outra decisão, no sentido de estarem mais ou menos cooperantes para a situação. Também acontece uma coisa engraçada: no poder local, não é garantido, às vezes, que o poder local, sendo da mesma opção partidária do poder central, às vezes não é garantido que a relação funcione na melhor maneira

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 8	Poder político (discricionariade/ racionalidade)	42	42	Temos municípios da oposição que avançaram com o processo e avançaram de uma maneira mais tranquila e mais... de boa-fé, por assim dizer; e temos outros municípios que são da mesma opção partidária do governo e que ou ainda não avançaram ou criaram muito mais obstáculos. Também, se calhar, porque estão mais à vontade para o fazer, não sei. Mas a verdade é essa. Mas o risco acho que é mais um risco político-partidário
●	entrevista 9	Poder político (discricionariade/ racionalidade)	23	23	também percebo que eles têm as eleições deles
●	entrevista 10	Poder político (discricionariade/ racionalidade)	23	23	Do meu ponto de vista, os Municípios querendo podem de facto agir de forma mais rápida, mais célere, mais ágil para com as nossas necessidades.
●	entrevista 10	Potencialidade	23	23	eu penso que eles poderão sempre dar resposta a todos os níveis do que foi transferido
●	entrevista 11	Potencialidade	28	28	Pode, se tivermos estas condições e se trabalharmos de uma forma articulada, eu penso que ganhamos todos escala e ganhamos em todos os sentidos, nos recursos... E isso depois tem implicações até com os recursos financeiros, obviamente. Se todos nos articularmos.
●	entrevista 11	Potencialidade	28	28	Este Concelho Municipal de Saúde pode, de facto, criar, também, condições para que este trabalho seja feito. E também outra coisa que estamos a desenhar, que é mesmo muito importante, a partir da criação deste Concelho é o Plano Estratégico para a Saúde. Pronto, esse Plano Estratégico, na minha opinião, é que vai desenhar todas estas questões que nós estamos agora aqui a falar. Todas. A questão da gestão de recursos com as entidades. com todas as entidades, quer seja a ULS, quer seja as entidades locais, quer seja a Câmara e todas as outras entidades ligadas à questão da saúde e bem-estar
●	entrevista 11	Potencialidade	28	28	Ganhar todos aqui a vários níveis. É ganhar. Isto na minha opinião é ganharmos todos com estas práticas que podemos implementar
●	entrevista 12	Pressão orçamental	42	42	mas claramente cria uma pressão nos orçamentos dos municípios
●	entrevista 12	Pressão orçamental	42	42	No entanto isso leva a uma pressão sobre o orçamento do Município.
●	entrevista 12	Pressão orçamental	42	42	pode criar uma pressão orçamental obvia. Está a criar uma pressão orçamental sobre os municípios.
●	entrevista 11	Proximidade	49	49	a questão de ser um contacto muito mais célere e próximo. Com um telefonema, basta um telefonema ou um email rápido e nós estamos lá em dois minutos.
●	entrevista 12	Proximidade	33	33	Pelo princípio da proximidade
●	entrevista 12	Proximidade	33	33	de dar respostas mais de proximidade

Anexo 10
Frequências e percentagens dos códigos da 1.ª questão de investigação

Cor	Código	Seg. codificados (todos os docs.)	% Seg. codificados (todos os docs.)	% agregada
●	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	9	11,54	11,54
●	Cooperação/Parceria	7	8,97	20,51
●	Poder político (discricionariedade/racionalidade)	7	8,97	29,49
●	Autonomia	6	7,69	37,18
●	Celeridade	6	7,69	44,87
●	Coordenação/Articulação	6	7,69	52,56
●	Agilidade/Flexibilidade	5	6,41	58,97
●	Burocracia (hierarquia, demora)	4	5,13	64,10
●	Potencialidade	4	5,13	69,23
●	Estratégia	3	3,85	73,08
●	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	3	3,85	76,92
●	Pressão orçamental	3	3,85	80,77
●	Proximidade	3	3,85	84,62
●	Idiosincrasias	2	2,56	87,18
●	Eficiência/Eficácia	2	2,56	89,74
●	Felicidade/Satisfação	2	2,56	92,31
●	Levantamento de necessidades	2	2,56	94,87
●	Acesso	1	1,28	96,15
●	Desinvestimento	1	1,28	97,44
●	Instabilidade	1	1,28	98,72
●	Literacia em saúde	1	1,28	100,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

Anexo 11
Perguntas associadas à 2.ª questão de investigação

N.º	Pergunta
4	Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?
7	Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?
8	Na sua perceção, como pode contribuir o município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?
17	Na sua perspectiva de que modo a transferência de competências pode potenciar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?
19	No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?
21	Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

Anexo 12
Principais respostas às perguntas associadas à 2.ª questão de investigação

N.º	Representantes da Comunidade local	Representantes da Saúde	Representantes do Município
4	<p>“Parece-me equilibrado.” (E3, p.17);</p> <p>“Talvez pudessem ser mais ambiciosas” (E4, p.17);</p> <p>“acabam por ser insuficientes” (E5, p.17);</p> <p>“Sim, deveriam ter ido mais além” (E6, p.17);</p> <p>“deveriam ser mais ambiciosas” (E7, p.17)</p>	<p>“não sei o que poderia ser mais acrescentado.” (E9, p.20);</p>	<p>“nós podíamos ir muito mais além” (E11, p.22);</p> <p>“Eu diria que deveria ir mais além” (E12, p.24)</p>
7	<p>“sentem-se valorizados mutuamente quando têm uma comunidade local envolvida e no fundo também recetiva a essas situações” (E2, p. 20);</p> <p>“Podem ser várias se as associações ligadas à saúde, forem ouvidas na Comissão Municipal de Saúde” (E3, p. 20);</p> <p>“temos de as ouvir ... tenho a certeza ... iríamos ter muito mais pessoas envolvida” (E4, p. 20);</p> <p>“sentindo as coisas como suas, as coisas acabam por funcionar melhor porque acabam por se envolver” (E5, p. 20);</p> <p>“Sim pode haver várias coisas que a comunidade local possa intervir de qualquer forma.” (E6, p.20);</p> <p>“Podem resultar num melhor acolhimento de sugestões para melhorar a prestação dos cuidados de saúde.” (E7, p. 20);</p>	<p>“podemos ter uma melhor resposta, mais rápida, naquelas questões muito práticas da prestação de cuidados de saúde” (E8, p.26);</p> <p>“Quanto mais nós estivermos preparados para a nossa intervenção na sociedade, certamente, que estas entidades, que são entidades que nasceram da sociedade e que têm uma intervenção social fortíssima, juntamente connosco, vão ter um impacto enorme também” (E10, p. 35)</p>	<p>“se nós tivermos este tipo de articulação entre todos, temos todos ganhos em várias perspetivas.” (E11, p.31);</p> <p>“Isso muitas. Mas eu aí diria que a Saúde não tenha medo de envolver as pessoas... das ouvir..., que os cidadãos tenham uma palavra naquilo que é a avaliação e validação dos processos ... É bom envolver o cidadão até para ele perceber a complexidade.” (E12, p.30)</p>
8	-	<p>“os municípios têm estruturas técnicas, serviços técnicos que permitem dar esta resposta de forma mais rápida e mais eficiente” (E8, p.29);</p> <p>“Melhorando os meios que põem à disposição dos profissionais.” (E10, p.29)</p>	<p>“Tem de haver uma gestão partilhada” (E11, p.34)</p>
17	-	<p>“certa movimentação em criar movimentos... grupos de cidadãos, movimentos cívicos que localmente conseguem-se ouvir de maneira diferente” (E8, p.39);</p> <p>“a Câmara percebe certas dificuldades que os utentes sentem, que às vezes não passam por nós e que nós não reparamos.” (E9, p.29);</p> <p>“Quanto mais nós estivermos preparados para a nossa intervenção na sociedade, certamente, que estas entidades ... vão ter um impacto enorme também” (E10, p. 35)</p>	-
19	<p>“Podem aproximar, mais que não seja no domínio da reclamação” (E2, p. 26);</p> <p>“Sim, teoricamente sim” (E3, p.26);</p> <p>“Ah sim, sem dúvida alguma.” (E5, p.26);</p> <p>“Sim pode haver uma aproximação” (E6, p.26);</p> <p>“Sim, vai permitir aos municípios acompanhar e identificar mais rápido as necessidades no terreno.” (E7, p. 26);</p>	-	<p>“Sim ... é verdade que estamos muito mais próximos” (E11, p. 55);</p> <p>“Não vão aproximar mais. Nós já somos um poder de enorme proximidade. Podem é criar um capital de queixa maior nos municípes.” (E12, p.45)</p>
21	-	<p>“quem beneficia mais é a comunidade ... também é um ganho para o Ministério da Saúde. Para os municípios também é um ganho” (E8, p.48);</p> <p>“todos beneficiamos e perdemos algumas coisas” (E9, p.35);</p> <p>“Todos têm a ganhar” (E10, p.44)</p>	<p>“beneficiam todos” (E11, p. 58)</p> <p>“beneficia o Ministério claramente, porque suborçamenta... De certa forma o centro de saúde. E em alguns aspetos ... beneficia o cidadão. Não beneficia o Município” (E12, p. 51)</p>

Anexo 13
Resumo de Códigos da 2.^a questão de investigação (MAXQDA 2024)

4 – Na sua opinião as competências transferidas no domínio da saúde são suficientes ou deveriam ter sido mais ambiciosas? Que competências acrescentaria?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 4	Insuficientes	7	70,00	7
•	pergunta 4	Suficientes	3	30,00	3
•	Insuficientes	Contratação de profissionais de saúde	5	62,50	5
•	Insuficientes	Os Municípios deveriam ter mais voz	1	12,50	1
•	Insuficientes	Envelope financeiro insuficiente	2	25,00	2

7 – Na sua opinião, quais as potencialidades que podem resultar do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 7	Literacia em saúde	1	10,00	1
•	pergunta 7	Nos programas de prevenção	3	30,00	3
•	pergunta 7	Dar voz à comunidade local	2	20,00	2
•	pergunta 7	Implementação de estratégias mais locais	1	10,00	1
•	pergunta 7	Valorização dos serviços de saúde	1	10,00	1
•	pergunta 7	Acolhimento de sugestões	1	10,00	1
•	pergunta 7	Sentimento de pertença	1	10,00	1

8 – Na sua perceção, como pode contribuir o município no aumento, por um lado, da eficiência da gestão dos recursos e, por outro, dos resultados em saúde?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 8	Cooperação/Parceria	1	20,00	1
•	pergunta 8	Melhorando os meios e equipamentos	1	20,00	1
•	pergunta 8	Capacidade técnica e humana	1	20,00	1
•	pergunta 8	Desburocratização	1	20,00	1
•	pergunta 8	Gestão partilhada	1	20,00	1

17 – Na sua perspectiva de que modo a transferência de competências pode potencializar o envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 17	Feedback	1	25,00	1
•	pergunta 17	Cooperação/Parceria	1	25,00	1
•	pergunta 17	Criação de movimentos/Grupos de cidadãos	1	25,00	1
•	pergunta 17	Ter voz	1	25,00	1

19 – No seu ponto de vista, as competências transferidas vão aproximar a comunidade à autarquia?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 19	Não	2	22,22	2
•	pergunta 19	Sim	6	66,67	6
•	pergunta 19	Tem potencialidade	1	11,11	1

21 – Do seu ponto de vista, quem beneficia com a transferência de competências no domínio da saúde? (Ministério da Saúde; Município; UCSP; Comunidade) Em que se baseia para justificar a sua opinião?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 21	Comunidade local	1	14,29	1
•	pergunta 21	Ministério da Saúde	1	14,29	1
•	pergunta 21	Todos	4	57,14	4
•	pergunta 21	UCSP	1	14,29	1
•	pergunta 21	Município	0	0,00	0

Anexo 14
Segmentos codificados da 2.ª questão de investigação (MAXQDA 2024)

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 4	Acesso	17	17	para os trazeremos à consulta aberta. E fazíamos uma outra coisa, que era, nós recolhíamos o receituário das pessoas, trazíamos aqui e levávamos para as pessoas terem acesso à medicação
•	entrevista 4	Acesso	26	26	se têm cuidados ou não
•	entrevista 8	Acesso	29	29	o mesmo acesso às mesmas condições, nem é acesso à consulta médica. Isso é nossa responsabilidade. É acesso às mesmas condições no tratamento dos utentes em qualquer ponto do país.
•	entrevista 8	Acesso	48	48	termos um sistema regulador que garanta uma uniformização
•	entrevista 11	Acesso	34	34	terem de se deslocar a Coimbra ou a outros locais para a realização desses exames. Isso se os tivermos aqui à porta.... Implica técnicos.... Aqui num raio bem largo, ainda, possa vir ao Fundão em vez de se deslocarem a Coimbra, Lisboa ou Porto
•	entrevista 11	Acesso	55	55	chega muito mais rápido a uma autarquia
•	entrevista 8	Amenidades na saúde	26	26	as chamadas amenidades na saúde
•	entrevista 8	Amenidades na saúde	26	26	O relacionamento pessoal, o acolhimento logo no atendimento, por exemplo. O acolhimento no atendimento é muito importante. As amenidades: a sala de espera confortável? a luz era suficiente? Estava aquecida?
•	entrevista 8	Amenidades na saúde	26	26	garantir que estes meios que acolhem as pessoas nos centros de saúde estão a funcionar e estão a funcionar em perfeitas condições
•	entrevista 8	Amenidades na saúde	26	26	é nesta base, um pouco, que avaliam a prestação de cuidados de saúde.
•	entrevista 1	Autonomia	17	17	autonomamente, cada Município poderá implementar para o Município
•	entrevista 1	Autonomia	17	17	Então deixar livre o Município para que possa prestar um bom serviço ao cidadão
•	entrevista 1	Autonomia	17	17	mas que deixe aos Municípios para poderem contratar
•	entrevista 6	Autonomia	17	17	mais autonomia às autarquias.
•	entrevista 11	Autonomia	22	22	nós podermos tomar mais decisões nomeadamente a nível das questões do médico que ... porque temos um problema grave a nível da distribuição das extensões de saúde. Isto não é um problema só a nível local, mas a nós acentua-se mais atendendo ao contexto que estamos
•	entrevista 8	Burocracia (hierarquia, demora)	29	29	Quer se queira, quer não, o decisor da Saúde está muito longe. Haver estruturas regionais nas capitais – Coimbra, Faro, Lisboa ... – muito afastadas das populações. E no Fundão de certeza que sentem isso. Portanto, o decisor estava sempre muito longe e até, muitas vezes, nem era em Coimbra. Era em Lisboa, porque há decisões que vêm de Lisboa. Para abrir um concurso é preciso Lisboa. Para contratar um assistente operacional e..., portanto, não tendo um assistente operacional fecha-se a extensão. É tão simples quanto isto: fecha-se a extensão. E para contratar um assistente operacional! Imagine que estamos agora a colocar assistentes operacionais no Fundão. Há uma senhora que está a ser colocada no Fundão, que já foi colocada, estamos agora a regularizar a adenda de colocação e a passá-la para o município. Ela acabou o período experimental em junho ou julho, no verão de 2023, e o concurso é de 2021. Portanto está a ver a celeridade deste processo de contratação. Ora, isto para contratar assistentes operacionais, foram 6 ou 7. Isto é impensável
•	entrevista 8	Burocracia (hierarquia, demora)	39	39	do que ir ao Ministério da Saúde ou tentar chegar às instâncias da Saúde
•	entrevista 8	Burocracia (hierarquia, demora)	48	48	Por estar concentrada a decisão e afastada dessas populações
•	entrevista 11	Burocracia (hierarquia, demora)	55	55	do que a um Ministério da Saúde ou a uma ARS, que está muito distante
•	entrevista 1	Capacidade (técnica, humana)	26	26	É preciso ver que há muitas autarquias no país que não têm capacidade para tal. Se a autarquia tiver capacidade para tal... e os serviços... e implementá-las
•	entrevista 8	Capacidade (técnica, humana)	29	29	Porque os municípios têm estruturas técnicas, serviços técnicos que permitem dar esta resposta de forma mais rápida e mais eficiente, porque acomodam na sua própria estrutura, na sua própria estrutura organizacional
•	entrevista 8	Celeridade na resolução de problemas	26	26	mais rápida
•	entrevista 8	Celeridade na resolução de problemas	48	48	Não estava a conseguir resolver, em tempo útil,
•	entrevista 8	Cooperação/Parceria	29	29	tendo um parceiro que faz esta gestão,
•	entrevista 9	Cooperação/Parceria	29	29	a Câmara aqui tem sido muito disponível para fazer reuniões connosco

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 10	Cooperação/Parceria	35	35	as entidades que fazem de alguma forma parceria connosco
•	entrevista 10	Cooperação/Parceria	35	35	temos um conjunto, eu vou chamar de parceiros, que são entidades que estão também envolvidas do ponto de vista social, mas que na saúde são parceiros, têm todos uma estratégia semelhante. Portanto quanto melhor a saúde estiver preparada para dar resposta à população, também estas entidades, que trabalham em parceria connosco e que são um fator fundamental para a intervenção na sociedade, nas escolas, na prisão, em IPSS's. Quanto mais nós estivermos preparados para a nossa intervenção na sociedade, certamente, que estas entidades, que são entidades que nasceram da sociedade e que têm uma intervenção social fortíssima, juntamente connosco, vão ter um impacto enorme também.
•	entrevista 11	Cooperação/Parceria	22	22	em parceria com todos. Nós nunca trabalhamos isoladamente. Até porque isto... as mesmas competências que recebemos... trabalhamos sempre numa forma mais concertada com quem estiver.
•	entrevista 11	Cooperação/Parceria	34	34	Tem de haver uma gestão partilhada
•	entrevista 11	Cooperação/Parceria	34	34	para além de todo o trabalho que a autarquia tem feito de obras na maior parte das extensões de saúde que já estavam degradadas
•	entrevista 11	Cooperação/Parceria	58	58	foi uma das coisas que verificámos através dos médicos em reuniões
•	entrevista 11	Coordenação/Articulação	31	31	Se nós tivermos este tipo de articulação entre todos, temos todos ganhos em várias perspetivas. Ganhos, de facto, em darmos mais apoio às nossas comunidades, onde não existem recursos desta natureza e depois tem implicações diretas nos recursos financeiros, obviamente. Ganhamos todos em todos os níveis.
•	entrevista 11	Coordenação/Articulação	34	34	eu penso que isto... esta gestão... Na mesma considero que devemos sempre... de forma articulada trabalhar. Independentemente de nós termos ou não termos as competências específicas. Sempre o fizemos. É verdade, que mesmo com o ACeS, independentemente de termos competências nessa matéria, nós já estávamos a fazer
•	entrevista 11	Coordenação/Articulação	34	34	E a pandemia foi um exemplo muito claro do que tivemos de fazer em conjunto. Esse é o exemplo que tivemos de nos colar muito a todos os níveis. Olhe, diariamente trabalhámos em conjunto com a Saúde. Diariamente, isso foi um bom exemplo, de-nos aqui de facto capacidade para vermos em situações de adversidade. A questão da pandemia que nunca pensámos e o que é que nós em conjunto conseguimos minimizar os impactos negativos dessa situação.
•	entrevista 11	Demografia	22	22	sobretudo do índice de envelhecimento
•	entrevista 1	Desresponsabilização	20	20	Não é dar competências como eu tenho visto nos últimos anos. Eu sei o trabalho que trouxe às juntas de freguesia para fazer o trabalho do Estado, não o nosso, o próprio do Estado. A preço de quê? Ao preço do mesmo
•	entrevista 9	Desresponsabilização	35	35	O Ministério não faço ideia, não se chateiam tanto com isto
•	entrevista 10	Desresponsabilização	44	44	O Ministério da Saúde transferiu aqui um monte de trabalhos para os Municípios e, portanto, também tem a ganhar. Como gosto de ver as coisas mais do ponto de vista prático. Os Municípios não viram isso assim, eles acharam que é mais um monte de chatices e problemas que vamos ter, para além da responsabilidade que vamos ter.
•	entrevista 11	Desresponsabilização	58	58	Em termos financeiros, beneficia o Ministério da Saúde
•	entrevista 12	Desresponsabilização	24	24	não fosse só aligeirar a carga do Estado Central.
•	entrevista 12	Desresponsabilização	51	51	Eu diria que beneficia o Ministério claramente, porque suborçamenta... descarga
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	29	29	eles tornam o processo mais eficiente, porque reduzem o tempo, reduzem o dinheiro que se gasta
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	29	29	gasto de dinheiro público vamos ter ganhos de eficiência
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	29	29	são os ganhos práticos em termos de eficiência
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	29	29	em que faz de uma forma mais eficiente, a Saúde também gere os seus recursos mais eficientemente. Deixa de ter as pessoas que trabalham na parte mais administrativa alocada a estes trabalhos, a estas atividades... estas pessoas podem-se concentrar em ajudar os profissionais de saúde que prestam cuidados no seu trabalho. Portanto, gera eficiência na prestação da parte dos municípios no gasto dos dinheiros públicos, e gera eficiência na parte do Ministério porque focaliza os seus recursos na prestação do..., naquilo que é o seu foco: prestação de cuidados de saúde
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	48	48	vai poder reafectar recursos que tratavam dessas áreas e que não são áreas, por assim dizer, nobres na prestação de cuidados. Vai poder reafectar esses recursos a outras atividades muito mais focadas na prestação direta de cuidados de saúde; também é um ganho para o Ministério da Saúde.

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	48	48	também de uma forma mais eficiente
•	entrevista 8	Eficiência/Eficácia	48	48	Traduz-se em ganhos de eficiência para o país
•	entrevista 10	Eficiência/Eficácia	29	29	ganhos na eficiência da prestação de cuidados nos cuidados de saúde primários
•	entrevista 2	Envolvimento	20	20	É sempre importante o envolvimento da comunidade local
•	entrevista 2	Envolvimento	20	20	Mas é sempre importante o envolvimento da comunidade local porque ... até mesmo ... agora pensando no outro lado, para os profissionais que estão a prestar esses cuidados e essas tarefas no âmbito, neste caso, da saúde ou de outra atividade qualquer... É sempre bom, porque há uma valorização, sentem-se valorizados mutuamente quando têm uma comunidade local envolvida e no fundo também receptiva a essas situações.
•	entrevista 4	Envolvimento	20	20	O envolvimento, para mim, é muito importante.
•	entrevista 5	Envolvimento	20	20	O envolvimento da população dá sempre bons frutos. As pessoas e as populações acabam sempre por sentir as coisas como suas. E sentindo as coisas como suas, as coisas acabam por funcionar melhor porque acabam por se envolver. O envolvimento é sempre bom e benéfico.
•	entrevista 8	Envolvimento	26	26	Se os presidentes de câmara envolverem as populações, lá está, nas atividades que falámos há pouco, e se eles próprios estiverem envolvidos
•	entrevista 8	Envolvimento	39	39	acabam por ficar muito mais envolvidas
•	entrevista 8	Envolvimento	39	39	movimentação em criar movimentos... grupos de cidadãos, movimentos cívicos
•	entrevista 12	Envolvimento	30	30	Mas eu aí diria que a Saúde não tenha medo de envolver as pessoas... das ouvir...
•	entrevista 12	Envolvimento	30	30	Nós sentimos que o processo da gestão da saúde é muito pouco participado naquilo que é o envolvimento do cidadão. O cidadão é visto como utente, como o doente, mas não como, também, participe naquilo que são os processos de qualidade da própria gestão e da própria administração da saúde
•	entrevista 12	Envolvimento	30	30	É bom envolver o cidadão até para ele perceber a complexidade. Porque, se queremos que o cidadão seja justo e tenha a paciência necessária perante um serviço tão complexo, é melhor envolvê-lo mais e informá-lo mais sobre o processo de desenvolvimento da prestação do serviço de saúde no nosso país
•	entrevista 12	Envolvimento	30	30	por isso é melhor trazê-lo para dentro dos processos e não só prestar-lhes um serviço. O Serviço Nacional de Saúde não pode ser só uma prestação de um serviço, tem de ser todo um modelo de envolvimento do cidadão naquilo que são também as valências e as capacidades do Serviço Nacional de Saúde.
•	entrevista 1	Estratégias	20	20	podia-se aproveitar estas pessoas, que já são de cada zona. Podíamos complementar... complementar aí, muitas vezes, alguma parte desse serviço. Porque enfermeiros temos, temos enfermeiro, temos até doutores. Então deveria sempre... irmos ao encontro dessas pessoas para complementar, ajudar na parte da saúde
•	entrevista 1	Estratégias	20	20	Porque se nós tivermos um enfermeiro (...) disponível uma hora ou duas, um dia ou dois na semana. Se tivermos um em Bogas (de Cima) nós podemos, se calhar, prestar certos serviços à população.
•	entrevista 4	Estratégias	17	17	isso foi para se aproveitarem os médicos reformados
•	entrevista 4	Estratégias	17	17	nós organizamos logo um sistema de transporte, para quem não tivesse possibilidades, para os trazermos à consulta aberta. E fazíamos uma outra coisa, que era, nós recolhíamos o receituário das pessoas, trazíamos aqui e levávamos para as pessoas terem acesso à medicação. Nós na (...) criámos um serviço interessante. Nós fizemos um acordo com uma farmácia, que as técnicas são da freguesia, em que temos entrega de medicamentos ao domicílio. Se as pessoas preferirem são entregues em casa, se não preferirem ficam nas instalações da junta de freguesia, onde temos um espaço próprio para isso
•	entrevista 4	Estratégias	26	26	acho que era uma boa ideia, tentar aproveitar recursos que tem também aqui e ir pelo Concelho e ir à procura das pessoas, o que precisam e o que não precisam. E com as unidades móveis de saúde podia-se fazer um grande trabalho e há esses recursos.
•	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	17	17	doutores particulares
•	entrevista 2	Falta de profissionais de saúde	17	17	nível do pessoal da área da saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros e outros
•	entrevista 2	Falta de profissionais de saúde	26	26	estamos a valorizar o fato de termos tido cá uma médica,
•	entrevista 3	Falta de profissionais de saúde	17	17	Acrescentar, só se fosse contratação de médicos,
•	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	17	17	impensável conseguir ter médicos para toda a gente

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	20	20	que tiveram mais de um ano sem médico de família
•	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	26	26	É se têm médico ou não
•	entrevista 6	Falta de profissionais de saúde	20	20	falta de profissionais de saúde principalmente na área médica. Temos uma falha muito grande na medicina familiar.
•	entrevista 7	Falta de profissionais de saúde	17	17	nomeadamente na gestão de contratação de médicos para servir a comunidade
•	entrevista 11	Falta de profissionais de saúde	22	22	nós podermos tomar mais decisões nomeadamente a nível das questões do médico que... porque temos um problema grave a nível da distribuição das extensões de saúde
•	entrevista 11	Falta de profissionais de saúde	22	22	criamos condições de termos médico de família de proximidade e termos nas extensões de saúde médicos
•	entrevista 11	Falta de profissionais de saúde	22	22	há falta de médicos
•	entrevista 9	Feedback	29	29	nós devemos também estar em contacto para perceber
•	entrevista 9	Feedback	29	29	Haver este feedback bilateral é importante.
•	entrevista 12	Feedback	51	51	há uma pressão muito negativa do cidadão relativamente à Saúde, que também a transfere para o Município
•	entrevista 1	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	Devem ser acompanhadas com o dinheiro necessário para que o bem-estar do cidadão prevaleça acima de tudo. Se isto contribuir mais 1% para a dívida do nosso país, para mim está muito bem
•	entrevista 1	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	20	20	toda a competência acompanhada com dinheiro.
•	entrevista 5	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	financeira acaba por ser uma lacuna, porque as verbas, que são transferidas, acabam por ser sempre insuficientes. E a descentralização acaba por economizar. Ou seja, quando se faz a descentralização, acho que pensam sempre um bocadinho em economizar e acaba por ser insuficiente. Tem de se pensar a descentralização a ser correspondida com uma complementação financeira.
•	entrevista 6	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	a questão da verba financeira associada
•	entrevista 8	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	29	29	E temos de pensar que o dinheiro das autarquias e o dinheiro da Saúde vem todo do mesmo sítio: vem dos nossos impostos
•	entrevista 8	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	48	48	por falta de financiamento para esse efeito.
•	entrevista 8	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	48	48	um financiamento adequado àquilo que efetivamente é necessário
•	entrevista 12	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	24	24	Em que na prática, aquela coisa das competências são pouquinho e subfinanciadas
•	entrevista 8	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	29	29	vai haver ganhos do ponto de vista financeiros. Do ponto de vista da saúde das populações, acho que sim, que vão haver ganhos com certeza
•	entrevista 8	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	29	29	tudo isto são ganhos em saúde: ter mais assistentes operacionais.
•	entrevista 8	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	29	29	acho que os resultados em saúde vão.... Vamos conseguir mais ganhos. As populações, acho que vão sentir isso. Acho que vão. Acho que vai ser uma boa aposta
•	entrevista 9	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	35	35	alguns ganhos, acho que há aqui algumas coisas que facilitaram, mas vamos perder alguma coisa. O Município não faço ideia, acho também terá alguns ganhos, até será quem vai mais ganhar com isto. Os utentes é aquele meio, meio
•	entrevista 10	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	26	26	O ganho é a melhoria da qualidade assistencial por parte dos profissionais de saúde.
•	entrevista 11	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	31	31	É ganharmos a esse nível. É ganharmos em todos os aspetos e até depois, efetivamente, o que representa também em custos financeiros
•	entrevista 11	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	31	31	Se nós tivermos este tipo de articulação entre todos, temos todos ganhos em várias perspetivas. Ganhos, de facto, em darmos mais apoio às nossas comunidades, onde não existem recursos desta natureza e depois tem implicações diretas nos recursos financeiros, obviamente. Ganhamos todos em todos os níveis.

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 12	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	51	51	Eu diria que beneficia o Ministério claramente, porque suborçamenta... descarga
•	entrevista 4	Geografia	20	20	a zona do pinhal que fica muito afastada
•	entrevista 1	Idiossincrasias	17	17	uma coisa é Lisboa, outra é Porto, outra é Fundão e outra já é Castelo Branco, e outra já é Covilhã, estão bem perto, mas cada um sofre dos seus problemas diversos
•	entrevista 4	Levantamento de necessidades	26	26	irem pelo Concelho e conhecerem as pessoas e perceberem as necessidades que têm. Porque hoje há mais que recursos suficientes para fazer esse trabalho, e não só estarmos sentados à espera que as pessoas venham ter connosco. Acho que isso é importante. Porque sem conhecermos a realidade, depois também não podemos montar serviços que vão ao encontro do cidadão. Se não tivermos conhecimentos daquilo que eles estão a passar ou das necessidades delas
•	entrevista 4	Levantamento de necessidades	26	26	acho que era uma boa ideia, tentar aproveitar recursos que tem também aqui e ir pelo Concelho e ir à procura das pessoas, o que precisam e o que não precisam.
•	entrevista 7	Levantamento de necessidades	26	26	aos municípios acompanhar e identificar mais rápido as necessidades no terreno
•	entrevista 8	Levantamento de necessidades	48	48	também conseguem de alguma maneira transmitir as reais necessidades daquela população
•	entrevista 4	Literacia em saúde	17	17	As pessoas que tenham dúvidas na toma, temo lá uma técnica que explica exatamente como deve tomar e faz aqueles pequenos rastreios.
•	entrevista 8	Literacia em saúde	26	26	não consegue avaliar, não sabe, não tem meios para isso, a prestação médica, nem a prestação do enfermeiro
•	entrevista 9	Literacia em saúde	29	29	devagarinho estamos a conseguir que eles percebam pequenas coisas que podem ser modificadas e que podem ser melhoradas
•	entrevista 9	Literacia em saúde	29	29	a Câmara percebe certas dificuldades que os utentes sentem, que às vezes não passam por nós e que nós não reparamos.
•	entrevista 11	Literacia em saúde	58	58	a esse nível temos um conhecimento maior do que se faz, efetivamente, porque se não tivéssemos essas competências o nosso conhecimento era muito mais diminuto. Porque não tínhamos um grau de conhecimento que hoje temos em relação aos serviços prestados no Centro de Saúde e nas extensões. Agora nós temos um conhecimento maior
•	entrevista 12	Literacia em saúde	30	30	É bom envolver o cidadão até para ele perceber a complexidade. Porque, se queremos que o cidadão seja justo e tenha a paciência necessária perante um serviço tão complexo, é melhor envolvê-lo mais e informá-lo mais sobre o processo de desenvolvimento da prestação do serviço de saúde no nosso país
•	entrevista 12	Literacia em saúde	30	30	mas também uma total falta, muitas vezes, de informação da forma de funcionamento do serviço.
•	entrevista 4	Mobilidade	17	17	havia muita gente que não tinha transporte
•	entrevista 11	Mobilidade	22	22	questão da mobilidade. Não temos condições de mobilidade para levar os utentes para outras extensões de saúde
•	entrevista 11	Mobilidade	22	22	a questão da mobilidade para que as pessoas possam ir a uma consulta ali, sei lá... efetivamente... um número de quilómetros que seja... A condição física das pessoas também não lhe permite que façam uma viagem enorme para ir ao médico
•	entrevista 11	Mobilidade	34	34	terem de se deslocar a Coimbra ou a outros locais para a realização desses exames. Isso se os tivermos aqui à porta.... Implica técnicos.... Aqui num raio bem largo, ainda, possa vir ao Fundão em vez de se deslocarem a Coimbra, Lisboa ou Porto
•	entrevista 2	Perceção dos cidadãos	20	20	na perceção de que... e eles todos têm, mas normalmente só quando sentimos a falta destes cuidados é que valorizamos mais.
•	entrevista 1	Poder político (discricionariedade, racionalidade)	26	26	Eu não digo aproximá-lo. Aproximá-lo em que sentido? Ser do partido socialista e nas próximas eleições votar no PSD porque ele é do PSD? Não. Não deve ser visto dessa maneira. Deve ser visto daquilo que se deve implementar, daquilo que são as necessidades das pessoas. À parte de qualquer partidário. [...] O serviço ao cidadão não deve ser partidário, mas deve ser sim por serviço exemplar do Estado, que deu uma competência às autarquias que possam aplicar. À parte de qualquer parte que tenha a ver com parte partidária
•	entrevista 8	Poder político (discricionariedade, racionalidade)	26	26	esquecendo questões ideológicas ou partidárias
•	entrevista 8	Poder político (discricionariedade, racionalidade)	48	48	porque intervêm numa área que lhes dá muita visibilidade
•	entrevista 1	Potencialidade	17	17	Estas competências podem ser importantíssimas, importantíssimas para o futuro e para o país

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 1	Potencialidade	17	17	Eu acho que poderá ser importantíssimo
•	entrevista 1	Potencialidade	26	26	Pode sim prestar um bom serviço ao cidadão.
•	entrevista 6	Potencialidade	26	26	Sim em certo meio... quando as pessoas começam depois a tomar conhecimento de quais são as competências efetivas das autarquias e não.
•	entrevista 8	Potencialidade	26	26	uma potencialidade deste processo
•	entrevista 10	Potencialidade	26	26	Se um Município tiver a intenção de construir em determinado polo assistencial, em determinada extensão, melhorar as condições daquela extensão de saúde ou criar noutra, por exemplo, numa cidade como a Covilhã ou o Fundão, criar um novo centro de saúde. Havendo essas condições, eu penso que a melhoria traduz-se deste ponto de vista. Traduz-se na melhoria da prestação dos cuidados. Se uma autarquia eliminar os equipamentos mais antigos, designadamente, as viaturas, que à pouco falávamos, e criarem condições aos profissionais de saúde, para mais facilmente se deslocarem para as extensões de saúde, para os domicílios... Não havendo falta de viaturas, não limitando a ação daquilo que são os profissionais, eu penso que o ganho é exatamente esse
•	entrevista 10	Potencialidade	35	35	Se os cuidados de saúde primários tiverem melhores condições de trabalho, como se preconiza com esta transferência de competências. Ou seja, se os cuidados de saúde primários conseguirem, para além daquilo que é a habitual prestação de cuidados, conseguirem ir mais além na comunidade
•	entrevista 10	Potencialidade	35	35	esta intervenção dos Municípios na área da saúde vai, de certeza absoluta, potenciar a atividade destas entidades que conosco trabalham na comunidade. Naquelas áreas que lhe falei, essencialmente, área escolar, IPSS, prisão e outras.
•	entrevista 10	Potencialidade	44	44	o que se deseja é que quem venha a ganhar com isto seja sempre a população
•	entrevista 10	Potencialidade	44	44	se os serviços conseguirem dar uma melhor resposta ao acesso, àquilo que são as preocupações das pessoas do ponto de vista da saúde; se nós estivermos preparados e tivermos os meios, que à pouco falava que os Municípios não podem falhar com eles; se nós estivermos, suficientemente, bem equipados, preparados para prestar esses cuidados, obviamente, que quem vai ganhar com esta alteração será sempre, sempre a população
•	entrevista 11	Potencialidade	31	31	Se nós tivermos este tipo de articulação entre todos, temos todos ganhos em várias perspetivas. Ganhos, de facto, em darmos mais apoio às nossas comunidades, onde não existem recursos desta natureza e depois tem implicações diretas nos recursos financeiros, obviamente. Ganhamos todos em todos os níveis.
•	entrevista 12	Pressão orçamental	51	51	porque é uma pressão orçamental
•	entrevista 6	Promoção da saúde/Prevenção da doença	20	20	rastreios mais diretos à população, para problema de saúde específicos; talvez até minimizar alguns problemas com prevenção
•	entrevista 12	Promoção da saúde/Prevenção da doença	24	24	uma data de programas espalhados pelo município que vão muito para além da delegação de competências. Já fazia coisas e continuo a fazer que vão para além da delegação de competências, porque considero que são importantes do ponto de vista da promoção da saúde na minha comunidade. Ou programas ligados ao envelhecimento, por exemplo, ou programas ligados àquilo que possa ser uma alimentação saudável, circuitos curtos, etc... Há uma data de programas que nós desenvolvemos que têm um impacto direto na área da saúde... por exemplo saúde e desporto. São uma data de programas que nós já temos, que diria que extravasão muito para além a questão das competências. Se até isso é paradoxal, muitos dos municípios fazem programas que vão para além das competências e assinaram uma declaração de competências ou aceitaram as competências, que aceitaram.
•	entrevista 3	Proximidade	26	26	Se as decisões se encontrarem mais próximo dos cidadãos, é natural que o cidadão se aproxime do poder local para poder influenciar as decisões.
•	entrevista 9	Proximidade	29	29	Acho que isso nos põe mais perto deles
•	entrevista 11	Proximidade	20	20	se até agora se justificava pela proximidade, acho que passando a integrar a ULS deixa de ter sentido estas competências.
•	entrevista 11	Proximidade	55	55	é verdade que estamos muito mais próximos,
•	entrevista 11	Proximidade	58	58	o chegar mais imediato junto da autarquia todas as questões
•	entrevista 12	Proximidade	45	45	Não vão aproximar mais. Nós já somos um poder de enorme proximidade.
•	entrevista 8	Regulação	29	29	Tem de haver é este mecanismo: temos de contrapor isto com um mecanismo regulador
•	entrevista 8	Regulação	48	48	de termos um sistema regulador que garanta uma uniformização

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
•	entrevista 11	Reorganização	22	22	na reorganização de toda a questão das extensões de saúde
•	entrevista 11	Reorganização	22	22	tem de haver uma reorganização porque não temos
•	entrevista 11	Reorganização	22	22	temos de fazer essa reorganização.
•	entrevista 11	Reorganização	22	22	Portanto essas questões têm de ser reorganizadas
•	entrevista 3	Ter Voz	20	20	Podem ser várias se as associações ligadas à saúde, forem ouvidas na Comissão Municipal de Saúde
•	entrevista 3	Ter Voz	26	26	as pessoas podem expressar as suas opiniões e podem fazer as suas propostas... Porque uma coisa é podermos participar com decisores ou no âmbito de decisões que são de nível nacional e a nossa voz não tem impacto nenhum, ao nível das ARS, por exemplo, ou do Ministério da Saúde
•	entrevista 4	Ter Voz	17	17	Podia envolver as juntas de freguesia, podíamos ter um papel importante também nisso
•	entrevista 4	Ter Voz	20	20	Porque se não as ouvirmos... Mesmo que estejam chateadas connosco, não faz mal. Mas temos de as ouvir, isso é um dever. Foi para isso que fomos eleitos.
•	entrevista 7	Ter Voz	20	20	Pode resultar num melhor acolhimento de sugestões para melhorar a prestação dos cuidados de saúde.
•	entrevista 7	Ter Voz	26	26	muitas das preocupações e reclamações da população serão feitas junto da autarquia
•	entrevista 8	Ter Voz	39	39	no processo e conseguem-se fazer ouvir. Portanto, com esta intervenção do poder local encontram aqui um porta-voz preferencial para dar nota das suas preocupações e das suas expectativas.
•	entrevista 8	Ter Voz	39	39	conseguem-se ouvir de maneira diferente
•	entrevista 11	Ter Voz	55	55	E a forma como nós temos disponíveis as plataformas, as reuniões. Qualquer pessoa pode junto de um vereador e do presidente colocar as questões, todas as questões que entenderem
•	entrevista 11	Ter Voz	58	58	E como o utente também nos pode transmitir, também temos logo o feedback de como é que estão as coisas a decorrer.
•	entrevista 12	Ter Voz	24	24	os municípios deviam ter mais voto nas matérias relevantes em termos de decisão nos municípios
•	entrevista 12	Ter Voz	24	24	teríamos de criar outras vertentes onde a palavra e a capacidade de decisão dos municípios tinha de entrar de forma mais concreta.
•	entrevista 12	Ter Voz	30	30	os cidadãos tenham uma palavra naquilo que é a avaliação e validação dos processos
•	entrevista 12	Ter Voz	30	30	ouvi-los muito mais, de forma sistémica, de forma organizada. Não é ouvi-los porque temos um livro de reclamações. Isso é o mínimo. Ou porque se alguém berrar. Se alguém estiver muito zangado, alguém ir ouvi-lo.
•	entrevista 12	Ter Voz	45	45	Podem é criar um capital de queixa maior nos municípios.
•	entrevista 12	Ter Voz	51	51	o cidadão até confunde as competências. O cidadão transfere a sua raiva, a sua impaciência, a sua frustração relativamente ao Serviço Nacional de Saúde, também transfere para o Município. Retirando-a um bocadinho ao Ministério e ao Centro de Saúde. Os municípios agora também passaram a ser os maus da fita.
•	entrevista 2	Valorização	20	20	só quando sentimos a falta destes cuidados é que valorizamos mais
•	entrevista 2	Valorização	20	20	É sempre bom, porque há uma valorização, sentem-se valorizados mutuamente quando têm uma comunidade local envolvida e no fundo também recetiva a essas situações.
•	entrevista 2	Valorização	26	26	estamos a valorizar o fato de termos tido cá uma médica, por si só era um profissional de saúde, e de excelência que era a última médica que cá esteve. Era um profissional de excelência, que deixa muitas... já passamos aqui por processo não tanto na minha ... como autarca aqui na freguesia ... ouve aqui penso que duas transições e neste momento está-se a sentir mais pela excelência da profissional que cá estava que era muito dedicada e que nos vai deixar muitas saudades e que deixa, esperamos nós, uma tarefa árdua para a próxima que vier ao nível de exigência, porque ela era de facto extraordinária.

Anexo 15
Frequências e percentagens dos códigos da 2.ª questão de investigação

Cor	Código	Seg. codificados (todos os docs.)	% Seg. codificados (todos os docs.)	% agregada
●	Ter Voz	16	9,82	9,82
●	Envolvimento	12	7,36	17,18
●	Falta de profissionais de saúde	12	7,36	24,54
●	Potencialidade	11	6,75	31,29
●	Cooperação/Parceria	8	4,91	36,20
●	Eficiência/Eficácia	8	4,91	41,10
●	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	8	4,91	46,01
●	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	8	4,91	50,92
●	Literacia em saúde	7	4,29	55,21
●	Acesso	6	3,68	58,90
●	Desresponsabilização	6	3,68	62,58
●	Proximidade	6	3,68	66,26
●	Autonomia	5	3,07	69,33
●	Estratégias	5	3,07	72,39
●	Amenidades na saúde	4	2,45	74,85
●	Burocracia (hierarquia, demora)	4	2,45	77,30
●	Levantamento de necessidades	4	2,45	79,75
●	Mobilidade	4	2,45	82,21
●	Reorganização	4	2,45	84,66
●	Coordenação/Articulação	3	1,84	86,50
●	Feedback	3	1,84	88,34
●	Poder político (discricionariedade, racionalidade)	3	1,84	90,18
●	Valorização	3	1,84	92,02
●	Capacidade (técnica, humana)	2	1,23	93,25
●	Celeridade na resolução de problemas	2	1,23	94,48
●	Promoção da saúde/Prevenção da doença	2	1,23	95,71
●	Regulação	2	1,23	96,93
●	Demografia	1	0,61	97,55
●	Geografia	1	0,61	98,16
●	Idiosincrasias	1	0,61	98,77
●	Percepção dos cidadãos	1	0,61	99,39
●	Pressão orçamental	1	0,61	100,00

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.

Anexo 16
Perguntas associadas à 3.ª questão de investigação

N.º	Pergunta
1	Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?
2	Tendo em conta a sua experiência/visão, que vantagens/desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?
3	Na sua perceção quais as motivações para o Governo ter tomado a iniciativa de proceder à descentralização de competências?
5	Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?
14	Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?
20a.	Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?
20b.	Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pelas ARS's?
23	Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

Anexo 17

Principais respostas às perguntas associadas à 3.ª questão de investigação

N.º	Representantes da Comunidade local	Representantes da Saúde	Representantes do Município
1	<p>“Vejo uma medida um pouco, como hei-de dizer, um pouco atabalhoada.” (E1, p.14);</p> <p>“é sempre bem-vinda” (E2, p.14);</p> <p>“Sou favorável” (E3, p.14);</p> <p>“No cômputo geral sou a favor da descentralização” (E4, p.14);</p> <p>“o processo foi um bocado forçado.” (E6, p.14);</p> <p>“Foi uma boa opção” (E7, p.14)</p>	<p>“É uma aposta, é uma mais-valia.” (E8, p.14);</p> <p>“Há aqui coisa boas e coisas más” (E9, p.14);</p> <p>“sempre fui favorável a esta transferência” (E10, p.14)</p>	<p>“Sou favorável.” (E11, p.14);</p> <p>“tenho de dizer que fui favorável” (E12, p.14)</p>
2	-	<p>“falta criar aqui uma forma de garantir que as populações vão ter ... o mesmo acesso estando em diferentes pontos do país e estando sujeitas a diferentes poderes partidários” (E8, p.17);</p> <p>“o processo está suborçamentado” (E8, p.17);</p> <p>A grande vantagem, acho que é esta proximidade (E9, p.17);</p> <p>“A proximidade é uma vantagem, o facto de não termos de esperar por uma decisão” (E10, p.17);</p> <p>“desvantagem ... é o desconhecimento” (E10, p.17)</p>	<p>“Vantagem é a proximidade e celeridade nas respostas” (E11, p.17);</p> <p>“razões positivas: a nossa autonomia e rapidez de ação, a nossa capacidade de cooperar e de juntar à nossa volta, de fazer cooperação intersectorial e esta questão de legitimidade política” (E12, p.17);</p> <p>“Na parte negativa ... a não especialização ... excessiva municipalização ... os municípios ... têm muito pouco histórico de serviços partilhados” (E12, p.18)</p>
3	-	-	<p>A primeira é óbvia, que é a chamada suborçamentação ... uma segunda motivação que é o princípio da subsidiariedade e proximidade. (E12, p.21)</p>
5	-	<p>“a principal intervenção dos municípios deveria ser na promoção da saúde” (E8, p. 20);</p> <p>“pode haver ... mecanismos de forma articulada entre o Município, a área da saúde, a área social e também da parte dos cuidados de saúde primários.” (E10, p.20)</p>	<p>“Tem de haver aqui um pensamento corporativo e cooperativo em que agregue entidades para uma melhor resposta às comunidades” (E11, p.25);</p>
14	<p>“a falta de médicos de família e a acessibilidade à saúde.” (E3, p.23);</p> <p>“se há realmente uma melhoria na saúde ou se há uma pioria” (E5, p.23);</p> <p>“nem dão muito conta deste processo de descentralização” (E6, p.23);</p> <p>“prende-se essencialmente na atribuição de médico de família e o receio de não haver para as necessidades das pessoas.” (E7, p.23)</p>	<p>“depende da forma como elas vêm como é exercido o poder local” (E8, p. 32);</p> <p>“o acesso as mesmas condições em qualquer ponto do país.” (E8, p.32);</p> <p>“Também não sei se tiveram noção disso” (E9, p.26);</p> <p>“Muitos dos cidadãos nem se aperceberam desta transferência” (E10, p.32)</p>	<p>“Para o cidadão, eu acho, o que quer é boas condições” (E11, p.52);</p>
20a.	-	-	<p>“o cidadão vai ter vantagem no curto prazo.” (E12, p.48)</p>
20b.	-	<p>“Acho que há ganhos” (E8, p.45);</p> <p>“houve alguns ganhos (E9, p.32);</p> <p>“Só pode haver ganhos.” (E10, p.41)</p>	-
23	<p>“Podem ser das maiores valias para o cidadão” (E1, p.29);</p> <p>“Se for bem executada, eu acho que sim” (E4, p.29);</p> <p>“vai ao interesse do Governo Central.” (E5, p.29);</p> <p>“Foi todo ele um processo muito dúbio e conflituoso” (E6, p.29);</p> <p>“Esperamos que sim” (E7, p.29)</p>	<p>“Tendo em conta aquilo que estive a dizer, sim.” (E8, p. 51);</p> <p>“Não necessariamente” (E9, p.38)</p> <p>“tem de ir ao encontro do interesse dos cidadãos” (E10, p. 47)</p>	<p>“Fica muito aquém.” (E11, p.64);</p> <p>“no curto prazo sim. No médio longo prazo creio que não” (E12, p.57)</p>

Anexo 18
Resumo de Códigos da 3.ª questão de investigação (MAXQDA 2024)

1 – Qual a sua opinião sobre a implementação da transferência de competências no domínio da saúde para as autarquias locais? Em que fatores se baseia para justificar a sua posição?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 1	Favorável	7	58,33	7
•	pergunta 1	Tendencialmente favorável	5	41,67	5
•	pergunta 1	Desfavorável	0	0,00	0

2 – Tendo em conta a sua experiência/visão, que vantagens/desvantagens existem na transferência de competências no domínio da saúde?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 2	Vantagens	0	0,00	0
•	Vantagens	Maior eficiência	1	2,94	1
•	Vantagens	Capacidade técnica e humana	1	2,94	1
•	Vantagens	Legitimação	1	2,94	1
•	Vantagens	Autonomia	2	5,88	2
•	Vantagens	Proximidade	5	14,71	5
•	Vantagens	Desburocratização	2	5,88	2
•	Vantagens	Cooperação/Parceria	2	5,88	2
•	Vantagens	Celeridade na resolução de problemas	4	11,76	4
•	Vantagens	Flexibilidade	2	5,88	2
•	pergunta 2	Desvantagens	0	0,00	0
•	Desvantagens	Não haver forma de avaliação	1	2,94	1
•	Desvantagens	Condições dos equipamentos	1	2,94	1
•	Desvantagens	Assimetrias	1	2,94	1
•	Desvantagens	Não haver forma de garantir o mesmo acesso	1	2,94	1
•	Desvantagens	Não haver forma de garantir o mesmo nível de cuidados de saúde	1	2,94	1
•	Desvantagens	Suborçamentação	2	5,88	2
•	Desvantagens	Falta de serviços partilhados entre municípios	1	2,94	1
•	Desvantagens	Discricionariedade do poder político	2	5,88	2
•	Desvantagens	Literacia em saúde	2	5,88	2
•	Desvantagens	Não especialização	1	2,94	1
•	Desvantagens	Excessiva municipalização	1	2,94	1

3 – Na sua percepção quais as motivações para o Governo ter tomado a iniciativa de proceder à descentralização de competências?					
Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 3	Financeira	1	33,33	1
•	pergunta 3	Princípio da subsidiariedade	1	33,33	1

5 – Na sua opinião de que modo o Município pode participar na gestão de cuidados de saúde?					
Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 5	Literacia em saúde	1	14,29	1
•	pergunta 5	Promoção da saúde/Prevenção da doença	1	14,29	1
•	pergunta 5	Colaboração/Parceria	3	42,86	3
•	pergunta 5	Eficiência/Eficácia	2	28,57	2

14 – Na sua perspetiva, quais são as principais preocupações dos cidadãos em relação ao processo de descentralização no domínio da saúde?					
Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 14	Ganhos em saúde	2	10,00	2
•	pergunta 14	Boas condições	1	5,00	1
•	pergunta 14	Distância à unidade de saúde	1	5,00	1
•	pergunta 14	Burocracia	1	5,00	1
•	pergunta 14	Falta de médico de família	5	25,00	5
•	pergunta 14	Falta de transporte	1	5,00	1
•	pergunta 14	O cidadão está alheio à transferência de competências	4	20,00	4
•	pergunta 14	Acesso à saúde	5	25,00	5

20a – Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão?					
Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 20a	Celeridade na resolução de problemas	1	100,00	1

20b – Na sua opinião existem ganhos para os utentes dos serviços de saúde com a participação autárquica na gestão? Ou perdas relativamente à gestão regional pelas ARS's?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 20b	Perdas	0	0,00	1
•	Perdas	Assimetria	1	33,33	1
•	Perdas	discricionarieidade do poder político	1	33,33	1
•	Perdas	Uniformização	1	33,33	1
•	pergunta 20b	Ganhos	0	0,00	1
•	Ganhos	Promoção da saúde/Prevenção da doença	1	14,29	1
•	Ganhos	Celeridade na resolução de problemas	1	14,29	1
•	Ganhos	Amenidades na saúde	1	14,29	1
•	Ganhos	Comunicação de necessidades	1	14,29	1
•	Ganhos	Proximidade	2	28,57	2
•	Ganhos	Flexibilidade	1	14,29	1

23 – Na sua opinião, a transferência de competências vai ao encontro do melhor interesse dos cidadãos?

Cor	Código de origem	Código	Seg. codificados (todos os docs)	% Seg. codificados (todos os docs)	Documentos
•	pergunta 23	Sim	4	33,33	4
•	pergunta 23	Tem potencial	3	25,00	3
•	pergunta 23	Não	4	33,33	4
•	pergunta 23	Em parte	1	8,33	1

Anexo 19
Segmentos codificados da 3.ª questão de investigação (MAXQDA 2024)

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 3	Acesso	23	23	a acessibilidade à saúde
●	entrevista 3	Acesso	23	23	acessibilidade
●	entrevista 4	Acesso	23	23	É indiscutível que não temos acesso aos mesmo serviços que têm no litoral. Felizmente, está agora a ser corrigido com os investimentos que têm vindo aqui para o concelho da Covilhã. Porque mesmo quem tenha um seguro de saúde não tem grande oferta aqui a quem possa recorrer.
●	entrevista 4	Acesso	23	23	acesso aos cuidados ou não
●	entrevista 4	Acesso	23	23	o que fez com que duas freguesias e parte da cidade do Fundão ficassem sem médico de família
●	entrevista 8	Acesso	17	17	o mesmo acesso estando em diferentes pontos do país
●	entrevista 8	Acesso	17	17	Tem de se garantir, aquilo que o Ministério anteriormente garantia, que é uma uniformização do acesso – as regras são iguais para toda a gente.
●	entrevista 8	Acesso	17	17	diferenças até no acesso, indiretamente, no acesso a cuidados de saúde
●	entrevista 8	Acesso	17	17	Saber se elas estão a ter o acesso, o acesso é nossa responsabilidade, não é bem o acesso, mas se estão a ter as condições que era suposto os municípios estarem a assegurar.
●	entrevista 8	Acesso	20	20	o acesso está sempre garantido. Sabemos que se tivermos 3 ou 4 médicos na mesma unidade de saúde, ali concentrados, eles conseguem partilhar o horário com os enfermeiros etc. E conseguem assegurar um serviço, por exemplo, das 8h às 20h. Se dispersarmos os médicos não conseguimos.
●	entrevista 8	Acesso	32	32	o acesso as mesmas condições em qualquer ponto do país
●	entrevista 10	Acesso	32	32	traz ganhos no acesso
●	entrevista 11	Acesso	52	52	o cidadão sabe que à Câmara chega mais rápido
●	entrevista 12	Acesso	39	39	E haver alguém que fique para trás no acesso. Como sabemos, o acesso ao serviço de saúde é uma questão central
●	entrevista 9	Agilidade/Flexibilização	32	32	Acho que houve aqui um bocadinho a flexibilização
●	entrevista 4	Apoios aos profissionais de saúde	14	14	O Município lançou agora um programa de incentivo à captação de novos médicos, para já não está a ter grande sucesso, porque têm de ir mais além
●	entrevista 1	Assimetrias	14	14	Estão a 50, 60, 70km, mas quando falamos em 50, 60 ou 70km não estamos a falar da mesma coisa que uma estrada de uma cidade que liga a outra. Nós estamos, sempre, a falar de uma hora, duas de deslocação.
●	entrevista 1	Assimetrias	14	14	Quer-se dizer que isto não é nenhum metro. Isto não é nenhuma cidade onde hora a hora ou meia em meia hora, de cada minuto ou de cinco em cinco minutos, temos um meio de nós nos deslocarmos
●	entrevista 2	Assimetrias	23	23	nós estamos, não diria que estamos com um problema, como temos aqui freguesias do concelho, que estão, se calhar, a 1h de distância ou mais. Estou-me a referir, se calhar, ali à zona de Bogas de Baixo, Janeiro de Cima
●	entrevista 4	Assimetrias	23	23	É indiscutível que não temos acesso aos mesmo serviços que têm no litoral
●	entrevista 8	Assimetrias	45	45	Pode criar situações de assimetria, não se conseguir regular de forma a ter uma uniformização nessas condições que são dadas às populações nos centros de saúde
●	entrevista 8	Assimetrias	51	51	A descentralização, principalmente, para quem está no interior.
●	entrevista 8	Assimetrias	51	51	Se mais uma vez o interior não é prejudicado neste processo
●	entrevista 11	Assimetrias	17	17	Logo à partida não estamos nas mesmas condições
●	entrevista 12	Assimetrias	14	14	risco muito grande de diferenciação do acesso à saúde dos cidadãos que estão, constitucionalmente, em pé de igualdade relativamente ao acesso. Pelo menos em teoria ao acesso à saúde
●	entrevista 12	Assimetrias	18	18	A tendência era que aqueles mais ricos, mais capazes e com maior densidade populacional andavam muito para a frente e criavam, se calhar, um fosso maior relativamente àquilo que eram os municípios, vamos chamar, da baixa densidade
●	entrevista 12	Assimetrias	18	18	pode levar a criar um fosso ainda maior entre os municípios mais densos e os menos densos. Porque é assim? Porque depois somos iguais para defender o nosso círculo eleitoral e isso leva que os mais fortes andem mais, sejam mais fortes. Nessa delegação de competências era preciso criar muitos critérios de compensação de forma, eventualmente, a que os municípios mais pequenos não ficassem irremediavelmente para trás ou ainda pior na área da Saúde.

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 12	Assimetrias	39	39	E haver alguém que fique para trás no acesso.
●	entrevista 6	Autonomia	14	14	mas sem grande autonomia
●	entrevista 6	Autonomia	14	14	teria sido benéfico se dessem mais autonomia às autarquias
●	entrevista 9	Autonomia	17	17	Têm autonomia de contratação até certo ponto.
●	entrevista 12	Autonomia	17	17	a autonomia financeira que os municípios têm,
●	entrevista 12	Autonomia	17	17	a nossa autonomia
●	entrevista 2	Burocracia (hierarquia, demora)	29	29	Porque sempre que há um problema ao nível... estamos a falar mais ao nível das infraestruturas, falar com... tentar resolver um problema com o Ministério, até que chegue ao gabinete ou à pessoa poderá..., esta décalage de tempo, quer queiramos quer não
●	entrevista 3	Burocracia (hierarquia, demora)	29	29	uma simples obra de conservação e manutenção dependia da ARS em Coimbra, com a burocracia toda que nós conhecemos, com os diversos patamares de competências e com os orçamentos ao nível nacional cativados
●	entrevista 4	Burocracia (hierarquia, demora)	14	14	Às vezes é tão difícil de chegarmos aos sítios quando necessitamos de resolver algum problema
●	entrevista 9	Burocracia (hierarquia, demora)	14	14	dominados pela ARS e pelo ACEs, acho que às vezes era um bocadinho mais difícil conseguirmos
●	entrevista 10	Burocracia (hierarquia, demora)	14	14	naquilo que tem que ver com dificuldades que nós tínhamos sempre quando estávamos ligados à ARS, do ponto de vista da manutenção de equipamentos e da manutenção de viaturas. E quando digo equipamentos, equipamentos não clínicos, foram esses que transferiram para os Municípios. E também da própria gestão de recursos humanos na área operacional. Portanto algumas dificuldades com a interligação ou articulação, como quiser, que tínhamos com a ARS Centro.
●	entrevista 10	Burocracia (hierarquia, demora)	17	17	o facto de não termos de esperar por uma decisão em Coimbra
●	entrevista 10	Burocracia (hierarquia, demora)	17	17	Com os formalismos que eram necessários... Tendo em conta que nós eramos um serviço desconcentrado da ARS... Tínhamos de respeitar esta hierarquia e portanto, só por si esta estrutura, já é de si um bocadinho demorada, já nos obriga a algum tempo adicional
●	entrevista 10	Burocracia (hierarquia, demora)	41	41	a aguardar por decisões mais centralizadas na ARS em Coimbra
●	entrevista 10	Burocracia (hierarquia, demora)	41	41	se nós tivémos um aquecedor num gabinete médico avariado, não faz muito sentido estarmos a fazer uma informação para Coimbra para que seja desbloqueada uma verba para nós mandarmos reparar. É um processo super demorado
●	entrevista 11	Burocracia (hierarquia, demora)	17	17	Quando vai para Lisboa ou para outro local, no caso ia para Coimbra... para a ARS, era como nas outras respostas, fica lá a aguardar.
●	entrevista 11	Burocracia (hierarquia, demora)	52	52	do que chega ao Ministério da Saúde
●	entrevista 12	Burocracia (hierarquia, demora)	14	14	Eu tenho de dizer que fui favorável (...), mas fui favorável, não por considerar que as autarquias devam ter essas competências, mas mais por perceber que o Serviço Nacional de Saúde não estando a dar resposta em alguns aspetos, nomeadamente, na manutenção dos equipamentos, nos edifícios, era fundamental que nós... metermo-nos nessa competência sob risco de fato continuar tudo ainda a degradar-se mais
●	entrevista 8	Capacidade (técnica, humana)	14	14	os municípios têm ferramentas para intervir
●	entrevista 8	Capacidade (técnica, humana)	14	14	têm mais que condições para isso
●	entrevista 8	Capacidade (técnica, humana)	14	14	os municípios têm meios, têm equipas e profissionais muito vocacionados para resolver os aspetos práticos das instalações e dos equipamentos e dos serviços de apoio de logística e etc.,
●	entrevista 12	Capacidade (técnica, humana)	17	17	capacidade de responder de imediato a questões pelos municípios, ou seja, a rapidez, a adaptabilidade
●	entrevista 12	Capacidade (técnica, humana)	18	18	Diria que gerir frotas automóveis ou fazer edifícios... essa questão sim. Os municípios aí estão muito habilitados para isso
●	entrevista 2	Celeridade na resolução de problemas	29	29	na celeridade da resolução dos problemas, porque hoje em dia essa parte também é importante
●	entrevista 2	Celeridade na resolução de problemas	29	29	mais perto a capacidade de resposta poderá ser mais célere.
●	entrevista 2	Celeridade na resolução de problemas	29	29	penso que em termos dessa celeridade de resolução dos problemas ou até da perceção de alguns problemas, que às vezes estando no domínio de um Ministério podem passar um bocadinho ao lado...
●	entrevista 2	Celeridade na resolução de problemas	29	29	Dessa forma poderemos ter aqui uma resolução daqueles problemas mais céleres
●	entrevista 3	Celeridade na resolução de problemas	29	29	É normal que sendo essa competência da Câmara, a Câmara tenha mecanismos e tenha respostas mais rápidas.

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 3	Celeridade na resolução de problemas	29	29	a tendência é quem decide tem de dar uma resposta mais rápida e imediata
●	entrevista 5	Celeridade na resolução de problemas	14	14	a nível de celeridade nos processos
●	entrevista 8	Celeridade na resolução de problemas	14	14	mais rápida na solução dos problemas
●	entrevista 8	Celeridade na resolução de problemas	14	14	com uma rapidez, com uma celeridade
●	entrevista 10	Celeridade na resolução de problemas	17	17	mais célere a resolução destes problemas. A vantagem é, claramente, esta de celeridade nos processos, da resolução imediata de necessidades que nós tenhamos do ponto de vista da prestação de cuidados. Do apoio à prestação de cuidados. Temos uma resposta muito mais rápida
●	entrevista 10	Celeridade na resolução de problemas	17	17	na ideia inicial era que isto era tudo muito mais célere. Está-se a concretizar agora na prática, mas era esta a ideia principal.
●	entrevista 10	Celeridade na resolução de problemas	41	41	A resposta é sempre muito mais célere sendo o Município a dar essa resposta
●	entrevista 10	Celeridade na resolução de problemas	41	41	Do ponto de vista da celeridade, eu não tenho dúvidas nenhuma de que há ganhos com esta aproximação da área operacional
●	entrevista 10	Celeridade na resolução de problemas	41	41	Quando um técnico da câmara chega no dia a seguir e repara aquilo ou adquire.
●	entrevista 11	Celeridade na resolução de problemas	17	17	celeridade nas respostas
●	entrevista 11	Celeridade na resolução de problemas	17	17	maior rapidez vamos capacitar os espaços
●	entrevista 11	Celeridade na resolução de problemas	17	17	é maior rapidez na resposta
●	entrevista 12	Celeridade na resolução de problemas	17	17	capacidade de responder de imediato a questões pelos municípios, ou seja, a rapidez, a adaptabilidade
●	entrevista 12	Celeridade na resolução de problemas	17	17	rapidez de ação
●	entrevista 12	Celeridade na resolução de problemas	39	39	Porque acha que o Município tem a obrigação de resolver tudo rapidamente.
●	entrevista 8	Cooperação/Parceria	14	14	que podem ser resolvidas por outros intervenientes
●	entrevista 8	Cooperação/Parceria	20	20	a colaboração dos municípios
●	entrevista 8	Cooperação/Parceria	20	20	Tudo isto está ao alcance dos municípios e é a melhor forma de colaborarem
●	entrevista 8	Cooperação/Parceria	45	45	porque a gestão fica... sendo partilhada uns gerem os meios de produção... Uns... O município gere parte dos meios de produção, a Saúde gere outra parte dos meios de produção. E, portanto, se essas duas gestões... se essas formas de fazer gestão não forem conjugadas, pode haver um risco muito
●	entrevista 10	Cooperação/Parceria	14	14	esta integração nos Municípios
●	entrevista 10	Cooperação/Parceria	20	20	Mas eu penso que é sempre possível, mas sempre de forma articulada com a gestão de cuidados de saúde primários.
●	entrevista 11	Cooperação/Parceria	25	25	Porque é constituído por vários grupos, mesmo de entidades da comunidade
●	entrevista 11	Cooperação/Parceria	25	25	pensamento corporativo e cooperativo em que agregue entidades para uma melhor resposta às comunidades
●	entrevista 12	Cooperação/Parceria	14	14	nós já tínhamos uma data de programas de colaboração e de parceria com a área da Saúde em algumas coisas como promotores, noutras como parceiros, algumas na saúde primária e até outras conectadas com outras áreas
●	entrevista 12	Cooperação/Parceria	14	14	E como tal nós já tínhamos aqui todo um quadro de promoção e de parceria com a área da Saúde, projetos de saúde e parceiros em projetos de saúde, que de alguma forma tornava-se natural podermos avançar com a área das competências
●	entrevista 12	Cooperação/Parceria	17	17	capacidade de cooperar e de juntar à nossa volta, de fazer cooperação intersectorial
●	entrevista 12	Cooperação/Parceria	18	18	os municípios têm muitos serviços de cooperação
●	entrevista 1	Coordenação/articulação	14	14	é coordenação, como é que as coisas devem ser feitas e pensadas
●	entrevista 10	Coordenação/articulação	20	20	pode haver, eventualmente, mecanismos de forma articulada entre o Município, a área da saúde, a área social e também da parte dos cuidados de saúde primários
●	entrevista 10	Coordenação/articulação	47	47	E temos de passar a fazer uma gestão adicional dos meios afetos a cada concelho, fazendo uma escala
●	entrevista 11	Coordenação/articulação	25	25	o Município é fundamental para fazer de facto essa articulação
●	entrevista 11	Coordenação/articulação	64	64	até para a articulação e gestão dos próprios
●	entrevista 12	Coordenação/articulação	17	17	A questão da articulação entre entidades, os municípios estão habituados a fazer a articulação de entidades, em estarem em muitas redes locais onde existem todos os setores e isso ajuda muitas vezes a resolver problemas

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 12	Coordenação/articulação	17	17	o Município facilmente consegue fazer articulações e isso é uma vantagem do ponto de vista da delegação de competências
●	entrevista 1	Demografia	14	14	mas também são consideradas pessoas de idade
●	entrevista 8	Demografia	20	20	eles têm uma população reduzida
●	entrevista 8	Demografia	51	51	Porque as pessoas estão mais dispersas, são menos
●	entrevista 1	Desburocratização	29	29	Se elas forem feitas e pensadas. Não forem burocráticas
●	entrevista 3	Desburocratização	29	29	a transferência de competências vai na medida em que vai desburocratizar em diversas áreas alguns processos na área da saúde.
●	entrevista 9	Desburocratização	32	32	não estarmos a ser geridos pela ARS, que também estão em Coimbra.
●	entrevista 10	Desburocratização	17	17	porque é muito mais fácil chegar ao Município do que junto da ARS
●	entrevista 6	Desconhecimento	23	23	as pessoas, os cidadãos em si, nem dão muito conta deste processo de descentralização
●	entrevista 9	Desconhecimento	26	26	Também não sei se tiveram noção disso
●	entrevista 10	Desconhecimento	32	32	Muitos dos cidadãos nem se aperceberam desta transferência. O desconhecimento pode, eventualmente, ser um fator negativo nisto.
●	entrevista 11	Desinvestimento	17	17	neste momento, estamos a fazer obras no edifício
●	entrevista 11	Desinvestimento	17	17	as viaturas deveriam estar... estavam todas para... olhe... para já não serem usadas, com mais de trinta anos
●	entrevista 11	Desinvestimento	17	17	pelo menos um valor para substituição de todos os equipamentos e das viaturas. Não aconteceu. Essa é uma das desvantagens, é nós termos, agora, de repor tudo de novo, em termos de equipamentos, edifícios... olhe... já estamos a reparar a cobertura porque já chovia lá também.
●	entrevista 12	Desinvestimento	21	21	Por isso montes de edifícios estavam a cair, montes de edifícios tinham equipamentos que não funcionavam, montes de viaturas... O parque automóvel do Serviço de Saúde é capaz de ser, nalguns centros de saúde, talvez o mais velho da Administração Pública. Em termos de idade nos centros de saúde provavelmente eram dos mais antigos da Administração Pública. Temos ainda viaturas... muitas dos anos 90, por isso estamos a falar de viaturas com 30 anos
●	entrevista 12	Desinvestimento	21	21	Os veículos eram absolutamente impróprios. A maior parte das vezes estavam parados por avaria. Custa mais recuperar as avarias que comprar novo. Alguns não têm valor, o valor comercial é inferior a uma pequena revisão ou fazer obritas, ou umas intervenções para passar numa revisão.
●	entrevista 12	Desinvestimento	57	57	o desinvestimento nos equipamentos da saúde, no curto prazo sim
●	entrevista 1	Desresponsabilização	14	14	Parece mais tentar limpar ou passar com uma borracha decima deste problema, que é um problema muito profundo
●	entrevista 1	Desresponsabilização	14	14	Porque isto dar a responsabilidade que é do próprio Estado, organismo de todos nós próprios, dos nossos impostos, que é um organismo do Estado, ora como eu disse há pouquinho é uma forma de se lavar a mão e de se carregar a água do capote e está resolvido um problema, que de longe está por se resolver.
●	entrevista 1	Desresponsabilização	14	14	O Estado tentou, digamos, empurrar
●	entrevista 1	Desresponsabilização	14	14	Mas perante os nossos governantes, os nossos chefes, lá em cima, está tudo um mar de rosas, que agora fica resolvido o problema
●	entrevista 1	Desresponsabilização	29	29	Se o Estado espeta isso só para fazer ver... e que só culpa os presidentes das câmaras. Está a ver? Não? Essa faz me lembrar uma. Não? A autarquia é que é culpada. Então eu vou-lhe dizer. Há quatro anos, mais ou menos, à volta de cinco anos. Houve uma entrevista ao atual presidente da Câmara do Fundão, (...); uma entrevista ao diretor das minas, aqui da Barroca Grande, as Minas da Panasqueira; e a seguir aqui a uma ou duas senhoras da Barroca e a seguir ao Ministro do Ambiente... por causa do Cabeço do Pião e por causa desta poluição e do rio. Que é grave e continua a ser grave. E nessa altura o Ministro do Ambiente, quando foi entrevistado, simplesmente disse: "Nós, o Governo, não tem nada a ver com isso." É o Ministro do Ambiente. Agora você ouça as palavras que ele disse: "Não tem nada a ver com isso, quem tem a ver com isso são as Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia." Ponto final. Pronto está dito. É o rio Zêzere, é a poluição do rio Zêzere. É o licenciamento da parte do Estado, como agora anda para ali para a Arjemela e lá para o lítio e para tudo. Assina. Há algum problema a nível da saúde e poluição do rio ... o Estado não tem nada a ver com isso, é a Câmara e as

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
					Juntas de Freguesia e está resolvido o problema. Espero bem que a nível da Saúde não venha a acontecer a mesma coisa. Quando o Ministro da Saúde ... “Não. Então isso é com as Câmaras e com as Juntas, nós não temos nada a ver com isso”. Está a perceber onde que quero chegar? [...] Espero bem que da parte da Saúde, não venha a encontrar um Ministro que, futuramente, diga a mesma coisa.
●	entrevista 2	Desresponsabilização	14	14	Estar a descentralizar para nos livrar-nos de mais um problema, não é bom.
●	entrevista 12	Desresponsabilização	21	21	O Governo não tinha capacidade financeira de resolver uma data de assuntos, nomeadamente da manutenção de extensões e centros de saúde, muito menos de fazer uma renovação do parque automóvel
●	entrevista 12	Desresponsabilização	21	21	Querem na área daquilo que custa dinheiro, do ponto de vista de edifícios, de aquisições de equipamentos, mobilidade
●	entrevista 12	Desresponsabilização	21	21	O papel do Município é mais pagar contas do que propriamente codecidir.
●	entrevista 3	Eficiência/ Eficácia	29	29	É muito natural que este processo todo venha a ter grandes benefícios em termos de eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde
●	entrevista 8	Eficiência/ Eficácia	14	14	com uma forma mais eficiente
●	entrevista 8	Eficiência/ Eficácia	20	20	isto consegue-se explicar aos presidentes das câmaras. Isto leva que eles, por vezes, desistam de ter extensões para 300 pessoas abertas ou que só abrem 1 vez por semana ou de 15 em 15 dias. Que são recursos que não fazem sentido
●	entrevista 9	Eficiência/ Eficácia	17	17	temos de pesar satisfação vs eficiência em saúde e eficácia em saúde, que nem sempre vão no mesmo sentido
●	entrevista 11	Eficiência/ Eficácia	25	25	rentabilização de recursos que é mesmo muito importante
●	entrevista 11	Eficiência/ Eficácia	64	64	rentabilização dos recursos.
●	entrevista 12	Eficiência/ Eficácia	18	18	Num país pobre como o nosso, temos de ser particularmente eficiente
●	entrevista 12	Eficiência/ Eficácia	18	18	Por isso essa questão da eficiência, tendencialmente, o gap da eficiência e da produtividade é mais fácil de resolver-se sem a delegação de competências
●	entrevista 5	Envolvimento	23	23	O envolvimento das pessoas acaba por dar uma alavanca, uma melhoria
●	entrevista 1	Estratégias	14	14	Em cada concelho do país em que há tantos doutores particulares. O Estado só tem de fazer um contrato com os doutores particulares. E o doutor vir dar consulta uma vez por semana, por exemplo, à (...). Uma vez por semana a Janeiro (de Cima), paga à hora ou paga sobre as consultas que vem dar esse doutor, e está resolvido esse problema. Temos lares, Silves, Bogas, Bogas de Baixo, Dornelas. Temos doutores, têm os lares. Estes doutores cobram aos lares. É difícil o Estado também pagar para darem consultas às pessoas, ao cidadão?
●	entrevista 1	Estratégias	14	14	vamos implementar um serviço táxi a pedido
●	entrevista 8	Estratégias	20	20	a essas pessoas o transporte para a cidade.
●	entrevista 11	Estratégias	25	25	podemos também com os parceiros da comunidade, nomeadamente, já se falou muito em tentar que os médicos por exemplo das ERPI's ou de outras respostas sociais possam também dar apoio à população e não só aos que estão institucionalizados
●	entrevista 12	Excesso de municipalização	18	18	o princípio da excessiva municipalização
●	entrevista 12	Excesso de municipalização	18	18	a excessiva municipalização da Saúde
●	entrevista 12	Excesso de municipalização	39	39	A questão da tal municipalização, ou seja, de repente temos 308 Serviços de saúde.
●	entrevista 12	Excesso de municipalização	39	39	e levássemos para uma excessiva municipalização da saúde ele podia não ter consciência dos riscos.
●	entrevista 1	Externalidades negativas da saúde	14	14	Estão a 50, 60, 70km, mas quando falamos em 50, 60 ou 70km não estamos a falar da mesma coisa que uma estrada de uma cidade que liga a outra. Nós estamos, sempre, a falar de uma hora, duas de deslocação. Mas não estamos só a falar dessa uma hora ou duas, estamos a falar de um transporte que é de manhã e só regressa, novamente, à noite
●	entrevista 1	Externalidades negativas da saúde	14	14	Estamos a falar para uma consulta ou para uma pessoa de oitenta ou setenta e tal anos com um problema de saúde... mais vai agravar essa saúde para se deslocar.
●	entrevista 2	Externalidades negativas da saúde	23	23	há um sentimento de tranquilidade
●	entrevista 2	Externalidades negativas da saúde	23	23	como temos aqui freguesias do concelho, que estão, se calhar, a 1h de distância ou mais. Estou-me a referir, se calhar, ali à zona de Bogas de Baixo, Janeiro de Cima. Esses sim. Isto é uma pandemia. Ou seja, se estivermos a pensar que a

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
					ambulância que pode levar quase 1h a chegar lá e outra hora a chegar à unidade hospitalar mais perto, estamos a falar de um problema gravíssimo
●	entrevista 4	Externalidades negativas da saúde	23	23	Muitas vezes recorrem à extensão de saúde, nos dias em que está o médico, como seja uma urgência. Como se estejam a dirigir a uma urgência. Porquê? Porque no seu subconsciente já está, que sabe, se for aqui ao Centro de Saúde do Fundão à consulta aberta, neste caso, ou ao Hospital da Covilhã, que vai ter um tempo de espera muito superior.
●	entrevista 9	Externalidades negativas da saúde	17	17	se o utente estiver muito insatisfeito não vem ao médico
●	entrevista 2	Falta de apoios aos profissionais de saúde	23	23	não têm apoios ao nível da deslocação.
●	entrevista 3	Falta de apoios aos profissionais de saúde	23	23	é a falta de médicos de família
●	entrevista 12	Falta de especialização	18	18	não especialização
●	entrevista 12	Falta de especialização	18	18	como tal nas especificidades dos edifícios, também na compra das viaturas estamos a falar de algo em que encarrega uma enorme especialização. Essa especialização não existindo pode levar a erros muito crassos quer na construção de edifícios, quer até na compra de equipamentos ou até de viaturas.
●	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	14	14	Se nós falarmos que estamos com cerca de 2 000 000 de cidadãos sem doutor de família
●	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	14	14	A falta de um doutor de família numa cidade, grandes e periféricas, não é a mesma coisa que um médico na zona rural
●	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	14	14	que nós estivemos um ano e passo sem doutor de família e entre aspas continuamos a estar, já fez em novembro. E continuamos a estar. Vamos continuar a estar.
●	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	14	14	foi para isso que trouxe este problema de falta de doutores
●	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	14	14	que possam contratar um médico particular
●	entrevista 1	Falta de profissionais de saúde	23	23	Se o doutor não se deslocar às próprias freguesias, o cidadão vai ficar na mesma situação
●	entrevista 2	Falta de profissionais de saúde	23	23	é o que estamos a viver nesta freguesia de há um mês para cá, que ficamos sem o nosso médico de família. Ficámos sem médico de família há um mês. Estamos hoje a dia 16. Salvo erro, a última vinda da médica foi no dia 15 ou 16, não sei precisar. Mas estamos a falar de um mês e aí sim é um problema
●	entrevista 2	Falta de profissionais de saúde	23	23	já está a sentir estas dificuldades da falta de, neste caso, de médicos
●	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	14	14	nós passamos agora aqui um período, no ano passado, de falta de médicos. É um problema nacional e o Concelho está a passar por isso.
●	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	14	14	Nós quando perdemos o médico de família... Ainda foi num período de cerca de seis meses, porque a médica que tínhamos saiu em discordância com o ACeS Cova da Beira e com o Centro de Saúde, que eles é que organizavam os médicos
●	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	23	23	a única preocupação do cidadão é se vai ter médico ou se não vai ter.
●	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	23	23	E hoje se tem médico de família ou não. Porque neste momento, não lhe posso precisar, mas agora aqui há um tempo atrás, no final do ano passado, acho que abandonaram mais dois médicos,
●	entrevista 4	Falta de profissionais de saúde	23	23	a preocupação é saber se vai ter médico de família.
●	entrevista 6	Falta de profissionais de saúde	14	14	o problema de estarmos sem médico de família durante um ano
●	entrevista 7	Falta de profissionais de saúde	23	23	atribuição de médico de família e o receio de não haver para as necessidades das pessoas.
●	entrevista 8	Falta de profissionais de saúde	20	20	“não temos médicos”, “não temos médicos”, “não temos médicos”
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	17	17	A Câmara quer que as pessoas estejam felizes
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	17	17	Têm em conta a sua satisfação que é, sem dúvida, muito importante, mas nem sempre o utente muito satisfeito tem mais saúde.
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	17	17	Isto para o utente ficar satisfeito é preferível ter um médico de 15 em 15 dias, mas isso não lhe traz mais saúde, muito pelo contrário tira-lha.
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	17	17	às vezes há aqui interesses da Câmara, que são interesses, que eu percebo que são validos, porque tem em conta a satisfação dos utentes. Mas podem não ter em conta a melhor gestão de recursos e o interesse em termos de saúde dos

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
					utentes. E andamos aqui muito atrás da satisfação, que é muito importante, que temos de andar atrás dela (...). Mas nem sempre a satisfação tem repercussões em termos de saúde.
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	17	17	os doentes têm de estar satisfeitos, é verdade, porque se o utente estiver muito insatisfeito não vem ao médico
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	32	32	é uma visão pela satisfação das pessoas, das pessoas que moram cá
●	entrevista 9	Felicidade/Satisfação	38	38	se fosse fazer exatamente aquilo que ele queria, que ele sairia muito satisfeito se eu lhe passasse um raio x e um antibiótico, tinha-o submetido a uma radiação desnecessária e a um antibiótico que ele não ia precisar.
●	entrevista 1	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	14	14	o problema resolve-se com dinheiro
●	entrevista 1	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	29	29	Desde que elas sejam acompanhadas, como é obvio, de dinheiro
●	entrevista 2	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	14	14	acompanhada de apoios que possam sustentar essa mesma competência. Porque se não houver apoios condignos para o desempenho dessas competências
●	entrevista 5	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	29	29	A situação financeira acaba por ter um peso importante
●	entrevista 6	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	14	14	o pacote financeiro não comporta todas as necessidades que existem, até mesmo ao nível da conservação dos edifícios
●	entrevista 6	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	29	29	as autarquias têm um pacote de competências que não tem uma verba justa associada.
●	entrevista 8	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	é sempre a questão dos custos, o dinheiro não chega, as verbas, as transferências. É uma preocupação legítima, porque o processo está suborçamentado. Não temos dúvidas. Se quiser, explico porque é que digo isto. Porque é objetivo, não é uma opinião minha, é objetivo. É legítimo nessa preocupação com os custos
●	entrevista 8	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	20	20	com tanto financiamento que há para aquisição de viaturas elétricas e outras... e outras situações de financiamento
●	entrevista 9	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	14	14	fazer algumas coisas porque os orçamentos eram mais estreitos
●	entrevista 9	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	Acho que as Câmaras têm mais flexibilidade de orçamentos, que nós na ARS não tínhamos tanto.
●	entrevista 11	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	14	14	tem as suas desvantagens, tem a ver com o envelope financeiro
●	entrevista 11	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	um valor para substituição de todos os equipamentos e das viaturas. Não aconteceu. Essa é uma das desvantagens, é nós termos, agora, de repor tudo de novo, em termos de equipamentos, edifícios... olhe... já estamos a reparar a cobertura porque já chovia lá também. Portanto isso também é uma desvantagem. E depois, não temos o envelope financeiro correspondente. Isso inviabiliza de facto
●	entrevista 12	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	17	17	angariação de recursos
●	entrevista 12	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	21	21	suborçamentação
●	entrevista 12	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	21	21	Os valores, que transferem, são muito subfinanciados,
●	entrevista 12	Financeiro (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	21	21	Os valores que vocês já tinham eram insuficientes
●	entrevista 5	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	23	23	É se há realmente uma melhoria na saúde ou se há uma pioria. Acho que as preocupações do cidadão e de todos acabam por ser essas. Se estamos a melhorar. Acho que descentralizar acaba por se estar a melhorar

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 5	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	29	29	Melhoria de saúde requer melhoria financeira.
●	entrevista 8	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	45	45	Acho que há ganhos, naquilo que falamos há pouco, portanto, na melhoria das condições das instalações onde são prestados os cuidados de saúde; há ganhos na comunicação das suas preocupações e angústias do cidadão comum relativamente à prestação de cuidados de saúde, porque têm um interlocutor, agora, local mais próximo. Esses são os ganhos. Também poderão existir ganhos, se o município assumir o seu papel de promotor da saúde e desenvolver iniciativas nesse sentido.
●	entrevista 9	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	17	17	Isso trar-lhe-ia mais saúde,
●	entrevista 9	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	32	32	Eu acho que houve alguns ganhos.
●	entrevista 9	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	32	32	de algumas coisas e acho que isso teve alguns ganhos.
●	entrevista 9	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	32	32	há aqui uns ganhos
●	entrevista 10	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	32	32	ganhos em saúde
●	entrevista 10	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	32	32	traz ganhos do ponto de vista assistencial, traz ganhos para os profissionais e para as unidades do ponto de vista do apoio funcional, operacional.
●	entrevista 10	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	41	41	Só pode haver ganhos.
●	entrevista 12	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	48	48	Desse ponto de vista o cidadão vai ter vantagem no curto prazo.
●	entrevista 1	Geografia	14	14	com as situações geográfica, cada zona do país que não foi tida em conta, assim como muitas outras medidas
●	entrevista 1	Geografia	14	14	também muito fora da realidade da longitude que se mete, que separa, entre um hospital ou um centro de saúde ou um posto médico
●	entrevista 1	Idiossincrasias	14	14	Não se adaptam para o Interior ou para o Baixo Alentejo ou para esta zona, como se adaptam para a zona de Lisboa ou Porto, onde há grandes concentrações de cidades
●	entrevista 1	Idiossincrasias	14	14	tiver noção que a parte do Interior, a parte mais desfavorecida, as partes rurais têm de ser vistas de outra forma que são as grandes cidades..
●	entrevista 8	Idiossincrasias	51	51	quem vive lá... é que sabe, de longe, o que é que é necessário fazer
●	entrevista 12	legitimação	17	17	o facto de sermos democraticamente eleitos faz com que sejamos particularmente mais legitimados para a defesa daquilo que são os interesses da nossa população, sendo a saúde uma das questões-chave
●	entrevista 12	legitimação	17	17	esta questão de legitimidade política
●	entrevista 7	Levantamento de necessidades	14	14	cada autarquia fica com um melhor conhecimento relativamente ao anseio e necessidades da população no seu território
●	entrevista 8	Levantamento de necessidades	45	45	há ganhos na comunicação das suas preocupações e angústias do cidadão comum relativamente à prestação de cuidados de saúde
●	entrevista 11	Levantamento de necessidades	17	17	E aquilo já estava, nós quando recebemos as competências vinha uma listagem enorme de equipamentos todos obsoletos
●	entrevista 1	Literacia em saúde	14	14	Explicar às pessoas que já têm problemas usassem máscaras, que fosse usando, não como obrigatório, mas como conselho de saúde
●	entrevista 8	Literacia em saúde	20	20	porque não conhecem
●	entrevista 8	Literacia em saúde	20	20	à literacia em saúde. Por exemplo, para nós sermos veículos de literacia em saúde não precisamos de ser médicos, não precisamos de ser do Ministério da Saúde, nem profissionais de saúde. Podemos chegar às populações. Um presidente de

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
					uma junta de freguesia de uma comunidade pequena é ótimo instrumento para explicar às pessoas que não podem ter um médico à porta de casa.
●	entrevista 8	Literacia em saúde	20	20	E esses presidentes da câmara, por exemplo, podem explicar que os serviços médicos devem estar concentrados para funcionarem em horários mais alargados, por exemplo, muito mais alargados, e os profissionais que lá estão estarem mais, terem mais mão, serem mais diferenciados pela experiência que têm
●	entrevista 9	Literacia em saúde	17	17	às vezes era preferível ele ter de se deslocar 10 km e ter um médico todos os dias. Isso trar-lhe-ia mais saúde, porque depois ... vem com a literacia em saúde, eles deixam-se andar e andam coisas aqui à espera que não deveriam.
●	entrevista 9	Literacia em saúde	32	32	Mas depois são pessoas leigas que não sabem o que é que é o melhor.
●	entrevista 9	Literacia em saúde	38	38	querem as coisas muito ... têm uma ideia de como querem as coisas, mas isso não é a melhor gestão em saúde. Nem sequer, às vezes, é a melhor gestão para eles. Parece que estamos só a falar de custos e assim, mas não. Mas, às vezes, não faz sentido a pessoa ser submetida ... portanto, por exemplo, hoje tive um utente que veio à consulta e me disse: "Eu estou com muita tosse, continuo com tosse, vim na semana passada e continuo com tosse. Isto agora só passa com antibiótico." E eu disse: "Olhe, isto não vai passar com antibiótico." "Se não passa antibiótico, pelo menos um raio x." E eu: "Olhe, o raio x não me vai trazer informação nenhuma."
●	entrevista 10	Literacia em saúde	17	17	desconhecimento, por parte do Município, daquilo que é a área dos cuidados de saúde primários.
●	entrevista 10	Literacia em saúde	17	17	o Município não conhece esta realidade, da necessidade de nós termos de prestar cuidados de saúde sem interrupção, pondo, eventualmente em algumas circunstâncias, em risco a própria saúde das pessoas que estamos a tratar se lhes falharmos com um domicílio, com uma prestação de cuidados. Portanto, desvantagem: desconhecimento da parte do Município do ponto de vista daquilo que é a atividade da área dos cuidados de saúde primários.
●	entrevista 11	Literacia em saúde	25	25	nos permite também olhar para estas questões da saúde, também a pensar melhor o que é que serão as respostas, as novas respostas para a saúde.
●	entrevista 1	Mobilidade	14	14	Porque estas pessoas não têm transporte, estas pessoas estão longe do município
●	entrevista 1	Mobilidade	14	14	Isto não é nenhuma cidade onde hora a hora ou meia em meia hora, de cada minuto ou de cinco em cinco minutos, temos um meio de nós nos deslocarmos. Aqui não. Aqui estamos a falar das sete da manhã e de regressar a casa, no transporte público, às sete ou oito horas da noite.
●	entrevista 1	Mobilidade	14	14	porque não há transporte para as transportar.
●	entrevista 1	Mobilidade	14	14	Se a mim me disserem que a junta de freguesia num mês para transportar as pessoas, desde que seja fixo um dia por semana ou meio-dia, que vai gastar 400 ou 500 ou 600 ou 1000€ mensais para ajudar neste transporte, não vejo qual é o problema. Desde que o Estado reconheça que eu o gastei. Não o gastei em obras, mas gastei para as pessoas
●	entrevista 8	Mobilidade	20	20	disponibilizar transporte para as pessoas. E as pessoas sabem que duas ou três vezes por semana têm um transporte organizado que as leva ao centro da vila ou ao centro da cidade
●	entrevista 11	Mobilidade	25	25	mobilidade
●	entrevista 4	Perceção dos cidadãos	23	23	haver uma pressão maior sobre o SNS e acho que essa é a grande perceção
●	entrevista 8	Perceção dos cidadãos	32	32	Se for a população em geral, depende da forma como elas vêm como é exercido o poder local. Se a perceção que existir... que elas agora também ficam... sentem que também vão depender do presidente da câmara... As pessoas
●	entrevista 8	Perceção dos cidadãos	32	32	as pessoas vão imputar àquele presidente de câmara e àquele executivo todos os problemas que começarem a ter no centro de saúde. Isto é um bocadinho inevitável. Porque elas começam a pensar: "O centro de saúde agora é da Câmara." Portanto, isto é o que se transmite: "O centro de saúde agora é da Câmara." As pessoas, todos os problemas que vão acontecendo no centro de saúde, vêm apresentar ao presidente da câmara. Se, lá está, tiverem a imagem que a autarquia... Se a perceção delas for que a autarquia é dinâmica, resolve os problemas, acho que as pessoas ficam com uma expectativa elevada, positiva; se ao contrário, ficam.... Depende um bocado da perceção
●	entrevista 10	Perceção dos cidadãos	32	32	Só se de todo... uma preocupação dos cidadãos poderá existir se ele for conhecedor ou se o Município não corresponder com as expetativas daquilo que foi criado com esta transferência de competência da área da saúde para eles. Se o Município corresponder com as expetativas criadas, eu penso que há poucas razões para haver preocupação.

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 11	Perceção dos cidadãos	64	64	A questão de quem é quem ao cidadão
●	entrevista 1	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	14	14	seja qual seja o governo, que parte partidária que seja
●	entrevista 1	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	14	14	quando qualquer governante nosso, seja da orla partidária que seja
●	entrevista 1	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	29	29	Não forem partidárias
●	entrevista 8	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	17	17	estando sujeitas a diferentes poderes partidários.
●	entrevista 8	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	17	17	se há um município que tem menos meios para facultar transporte para as deslocações, ou se não tem uma perspetiva tão..., ainda ontem aconteceu, não tem uma perspetiva tão aberta – ou melhor, não tem uma perspetiva tão cooperante como os outros – e acha que a deslocação de um médico de saúde pública não é uma prestação de cuidados de saúde
●	entrevista 8	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	17	17	independentemente de qual é a cor partidária daquela autarquia, se uma cor partidária alinhada com o executivo, com o governo ou não. Independentemente disso, que não há aqui nem questões partidárias, nem questões ideológicas
●	entrevista 8	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	32	32	como é exercido o poder local
●	entrevista 9	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	14	14	E a Câmara nisso... às vezes cede outras vezes não.
●	entrevista 9	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	17	17	dá-se aqui um bocadinho de poder à Câmara
●	entrevista 9	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	17	17	Às vezes há aqui uma gestão muito política de algumas coisas que podem não ter em conta os melhores interesses dos utentes.
●	entrevista 9	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	17	17	quando damos o poder às Câmaras, o que elas querem é votos,
●	entrevista 9	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	32	32	a Câmara tem um interesse
●	entrevista 10	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	47	47	depende sempre da capacidade do Município em dar as respostas necessárias ao serviço de saúde
●	entrevista 12	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	39	39	teme que haja municípios que não vejam isto com investimento, nem uma prioridade e ainda se degrade mais a questão do Serviço de saúde, dos equipamentos nomeadamente
●	entrevista 1	Potencialidade	14	14	Eu penso que poderia ser, ou poderá ser, uma boa medida quando forem definidos mais critérios
●	entrevista 1	Potencialidade	14	14	acho que são medidas que podem ser importantes, mas também podem ser, digamos de uma certa forma, podem causar dano ao cidadão
●	entrevista 1	Potencialidade	14	14	vejo que esta medida poderia e poderá ser uma medida, considerada, boa para o cidadão
●	entrevista 1	Potencialidade	29	29	Podem ser das maiores valias para o cidadão
●	entrevista 4	Potencialidade	29	29	Se for bem executada, eu acho que sim
●	entrevista 10	Potencialidade	32	32	se as coisas decorrem conforme está desenhado em termos legislativos nesta matéria, o cidadão só tem a ganhar.
●	entrevista 10	Potencialidade	32	32	Se o Município corresponder com as expetativas criadas, eu penso que há poucas razões para haver preocupação.
●	entrevista 10	Potencialidade	41	41	Aquilo que se pretende que traga é melhorias
●	entrevista 10	Potencialidade	41	41	só tínhamos todos a ganhar com esta mudança
●	entrevista 10	Potencialidade	41	41	se a resposta for célere, como nós sempre desejamos, eu penso que são mais os ganhos que as perdas.
●	entrevista 10	Potencialidade	47	47	depende sempre da capacidade do Município em dar as respostas necessárias ao serviço de saúde e também depende dos próprios profissionais, na adaptação dos próprios profissionais a esta realidade.

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 11	Potencialidade	25	25	podemos também com os parceiros da comunidade, nomeadamente, já se falou muito em tentar que os médicos por exemplo das ERPI's ou de outras respostas sociais possam também dar apoio à população e não só aos que estão institucionalizados
●	entrevista 1	Promoção da saúde/Prevenção da doença	14	14	fazer-se a prevenção destas gripes sazonais, que vêm aí, que é preciso reforço dos hospitais e também as pessoas
●	entrevista 8	Promoção da saúde/Prevenção da doença	20	20	Eu acho que a principal intervenção dos municípios deveria ser na promoção da saúde: promoção da saúde, prevenção da doença
●	entrevista 8	Promoção da saúde/Prevenção da doença	20	20	na promoção da saúde. E como? Promovendo atividade junto da comunidade
●	entrevista 8	Promoção da saúde/Prevenção da doença	20	20	E a questão da promoção: é trabalhar junto das escolas, trabalhar nos centros de apoio a idosos, por exemplo, fazer atividade ao ar livre para as populações. Tudo isto é promoção da saúde
●	entrevista 8	Promoção da saúde/Prevenção da doença	45	45	papel de promotor da saúde e desenvolver iniciativas nesse sentido
●	entrevista 4	Proximidade	14	14	as Autarquias estando mais próximas dos cidadãos isso faz toda a diferença naquilo que é a relação entre o autarca e a pessoa que serve
●	entrevista 4	Proximidade	14	14	Achar que a proximidade faz diferença
●	entrevista 4	Proximidade	23	23	porque o médico tem uma proximidade diferente do que tem um médico que tem cem pessoas
●	entrevista 4	Proximidade	29	29	A proximidade é um fator decisivo para a melhoria, para prestar um melhor serviço. Isso não tenho dúvidas.
●	entrevista 5	Proximidade	14	14	a questão da proximidade das autarquias locais com a população
●	entrevista 5	Proximidade	14	14	acaba por ser importante pela questão da proximidade
●	entrevista 7	Proximidade	14	14	O fator proximidade pode ajudar.
●	entrevista 7	Proximidade	29	29	visto que o centro de decisão está mais perto do cidadão
●	entrevista 8	Proximidade	14	14	de forma mais direta
●	entrevista 8	Proximidade	17	17	O processo de dar poder à relação de proximidade, à intervenção de proximidade na saúde
●	entrevista 8	Proximidade	32	32	interlocutor local
●	entrevista 8	Proximidade	45	45	porque têm um interlocutor, agora, local mais próximo
●	entrevista 8	Proximidade	51	51	a descentralização elas começam a ter atores locais, intervenientes locais, responsáveis locais
●	entrevista 8	Proximidade	51	51	com a descentralização elas começam a perceber que as pessoas que estão ali, que estão com elas, que elas conhecem, porque o presidente da junta elas conhecem.
●	entrevista 9	Proximidade	14	14	não tínhamos esta proximidade tão fácil
●	entrevista 9	Proximidade	17	17	A grande vantagem, acho que é esta proximidade que facilita.
●	entrevista 9	Proximidade	32	32	nesta proximidade e não estarmos a ser geridos pela ARS, que também estão em Coimbra.
●	entrevista 10	Proximidade	14	14	ponto de vista da proximidade que temos com os Municípios isso seria um fator facilitador
●	entrevista 10	Proximidade	17	17	A proximidade é uma vantagem
●	entrevista 11	Proximidade	14	14	Numa perspetiva que a proximidade é muito interessante, sobretudo tratando-se de cuidados, como é o caso, de saúde primária, que é o caso da transferência. É apenas nesse âmbito. Considero que é importante as autarquias nesse papel de proximidade, quase direta com a população. Nessa perspetiva é importante.
●	entrevista 11	Proximidade	17	17	Vantagem é a proximidade
●	entrevista 11	Proximidade	17	17	proximidade
●	entrevista 11	Proximidade	52	52	Eu acho que até entende melhor que seja aqui uma entidade local a tratar desses assuntos mais próximos
●	entrevista 12	Proximidade	17	17	proximidade
●	entrevista 12	Proximidade	21	21	o princípio da subsidiariedade e proximidade
●	entrevista 12	Proximidade	39	39	E como tal esta proximidade do ponto de vista do cidadão

Cor	Nome do doc.	Código	Início	Fim	Segmento
●	entrevista 12	Proximidade	39	39	É o tal poder de proximidade
●	entrevista 8	Regulação	32	32	Preocupação que de facto não se acatele essa regulação de todos terem os mesmos
●	entrevista 8	Regulação	45	45	não se conseguir regular de forma a ter uma uniformização
●	entrevista 8	Regulação	51	51	Vão regular o sistema de alguma maneira
●	entrevista 8	Regulação	51	51	nós precisamos de ter um mecanismo regulador da transferência de competências
●	entrevista 8	Regulação	51	51	Ao contrário, não é controlar, é regular. Temos que regular, para garantir que todos têm acesso ao mesmo
●	entrevista 3	Ter voz	14	14	A comunidade local deve ter um papel importante na resolução dos problemas, dos seus problemas.
●	entrevista 3	Ter voz	29	29	o cidadão pode confrontar o decisor de quem tem a competência. Pode confrontar diretamente. Pode na rua, no café, na Câmara, na sessão de Câmara, na Assembleia Municipal
●	entrevista 3	Ter voz	29	29	aos problemas colocados pelos cidadãos. Estou a dizer os cidadãos ou os funcionários respetivos, de facto, podem pressionar para que instalações e equipamentos funcionem de forma mais eficaz e correta
●	entrevista 4	Ter voz	14	14	as juntas de freguesia e não termos de passar pelo Município. Estamos a falar do caso da saúde. Mas na minha opinião pessoal, acho que as juntas de freguesia deviam também ser vistas nestes processos de delegação de competências
●	entrevista 4	Ter voz	14	14	Nós se pudéssemos também diretamente intervir nesse aspeto tinha conseguido travar a saída do médico na altura
●	entrevista 8	Ter voz	17	17	que as populações devam ser o elemento mais confiável, mais fiável neste processo.
●	entrevista 8	Ter voz	17	17	é ouvir as populações de alguma maneira
●	entrevista 8	Ter voz	32	32	sentem que podem ser mais ouvidas
●	entrevista 8	Ter voz	32	32	as pessoas não sentem que não têm uma voz, ninguém as ouve
●	entrevista 8	Ter voz	51	51	estarem capacitadas para tomarem decisão também neste âmbito da saúde
●	entrevista 8	Ter voz	51	51	elas com o seu voto, com a sua forma de intervir diretamente junto desse poder local vão manifestar efetivamente se estão... Elas vão ser.... Vão regular o sistema de alguma maneira. Sim, portanto, elas, é aquilo que já disse há pouco: no fundo, elas, também se sentem agora com uma capacidade maior de decisão sobre a prestação dos cuidados de saúde, porque elas têm ali as pessoas em que elas vão votar.
●	entrevista 11	Ter voz	52	52	o Município tem aqui um papel muito importante para pressionar, temos possibilidade junto de quem de direito
●	entrevista 11	Ter voz	52	52	Eles aqui veem-nos tanto... qualquer situação... e já nos aconteceu, de questões até de utentes que vão-nos ser reportados, praticamente, imediatamente.
●	entrevista 12	Ter voz	39	39	Porque têm um capital de queixa. A proximidade é muito maior, que faz com que eventualmente as caixas tenham muito mais respostas

Anexo 20

Frequências e percentagens dos códigos da 3.ª questão de investigação

Cor	Código	Seg. codificados (todos os docs.)	% Seg. codificados (todos os docs.)	% agregada
●	Proximidade	27	9,03	9,03
●	Celeridade na resolução de problemas	20	6,69	15,72
●	Falta de profissionais de saúde	16	5,35	21,07
●	Finanças (financiamento, orçamentos, suborçamentação)	16	5,35	26,42
●	Acesso	14	4,68	31,10
●	Poder Político (discricionariedade, racionalidade)	14	4,68	35,79
●	Ter voz	14	4,68	40,47
●	Assimetrias	12	4,01	44,48
●	Burocracia (hierarquia, demora)	12	4,01	48,49
●	Cooperação/Parceria	12	4,01	52,51
●	Potencialidade	12	4,01	56,52
●	Ganhos (saúde, financeiros, equipamentos)	11	3,68	60,20
●	Literacia em saúde	10	3,34	63,55
●	Desresponsabilização	9	3,01	66,56
●	Eficiência/ Eficácia	8	2,68	69,23
●	Coordenação/articulação	7	2,34	71,57
●	Felicidade/Satisfação	7	2,34	73,91
●	Desinvestimento	6	2,01	75,92
●	Externalidades negativas da saúde	6	2,01	77,93
●	Mobilidade	6	2,01	79,93
●	Autonomia	5	1,67	81,61
●	Capacidade (técnica, humana)	5	1,67	83,28
●	Percepção dos cidadãos	5	1,67	84,95
●	Promoção da saúde/Prevenção da doença	5	1,67	86,62
●	Regulação	5	1,67	88,29
●	Desburocratização	4	1,34	89,63
●	Estratégias	4	1,34	90,97
●	Excesso de municipalização	4	1,34	92,31
●	Demografia	3	1,00	93,31
●	Desconhecimento	3	1,00	94,31
●	Idiosincrasias	3	1,00	95,32
●	Levantamento de necessidades	3	1,00	96,32
●	Falta de apoios aos profissionais de saúde	2	0,67	96,99
●	Falta de especialização	2	0,67	97,66
●	Geografia	2	0,67	98,33
●	legitimação	2	0,67	99,00
●	Agilidade/Flexibilização	1	0,33	99,33
●	Apoios aos profissionais de saúde	1	0,33	99,67
●	Envolvimento	1	0,33	100

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *software* MAXQDA 2024.