

Mestrado em Gestão

Administração Pública

Bruna Alexandra Rangel Pires

GOVERNAÇÃO PÚBLICA EM REDE: UMA APLICAÇÃO AO SETOR DA SAÚDE

nov | 2023

GUARDA
POLI
TÉCNICO



POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

GOVERNAÇÃO PÚBLICA EM REDE: UMA APLICAÇÃO AO SETOR DA SAÚDE

PROJETO APLICADO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM GESTÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Bruna Alexandra Rangel Pires
novembro / 2023

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

GOVERNAÇÃO PÚBLICA EM REDE: UMA APLICAÇÃO AO SETOR DA SAÚDE

**PROJETO APLICADO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM GESTÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Professor Orientador: Professor Doutor Jorge Manuel Monteiro Mendes

Bruna Alexandra Rangel Pires

novembro / 2023

Dedicatória

Dedico este projeto à minha mãe, aquela que é a minha rocha, a minha heroína.

Amo-te mãe!

Agradecimentos

Agradeço à minha família por todo o apoio e carinho que me deram ao longo do meu percurso académico. Um obrigada especial aos meus pais que nunca me deixaram desistir quando eu achava que não era possível ultrapassar esta etapa; a vós devo tudo o que sou.

Agradeço ao meu Orientador Professor Doutor Jorge Manuel Mendes por toda a disponibilidade, atenção e paciência que teve comigo ao longo desta jornada.

Agradeço também às minhas companheiras de “luta”: à Margarida Silva e à Cláudia Amaral por juntas fazermos este caminho e pelo seu apoio incondicional.

A todos agradeço!

Resumo

Os Sistemas de Saúde, ao longo dos anos, têm vindo a sofrer profundas alterações acompanhando a evolução da tecnologia, das necessidades da sociedade e da constante mudança dos mercados.

Por forma a colmatar as dificuldades que o setor público foi apresentando, sentiu-se a necessidade de integrar, no Sistema de Saúde Português, o setor privado, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde aumentando, assim, a capacidade de resposta às populações.

O objetivo deste estudo foi criar uma proposta de um modelo de Governação em Rede no Setor da Saúde em Portugal.

O modelo de Governação em Rede tem ganhado força pois para muitos é considerado como uma solução viável para garantir uma resposta aos problemas mais complexos que o setor público, sozinho, não consegue resolver.

Assim, de forma a responder aos múltiplos desafios existentes na Saúde em Portugal, pretendeu-se criar um modelo em Rede, delineando qual deverá ser o papel do Estado, quais os seus intervenientes e qual o tipo de Rede apropriada para o setor.

Palavras-Chave: Sistemas de Saúde, Setor Público, Setor Privado, Governação em Rede

Abstract

Over the years, healthcare systems have undergone profound changes in line with the evolution of technology, society's needs and the constant changes in the markets.

In order to overcome the difficulties that the public sector was experiencing, there was a need to integrate the private sector into the Portuguese Health System, particularly in the provision of health care, thus increasing the capacity to respond to the population.

The aim of this study was to create a proposal for a Networked Governance model in the Portuguese Health Sector.

The Networked Governance model has been gaining momentum because for many it is seen as a viable solution to guarantee a response to the most complex problems that the public sector alone cannot solve.

So, in order to respond to the multiple challenges facing healthcare in Portugal, the aim was to create a network model, outlining what the role of the state should be, who should be involved and what type of network is appropriate for the sector.

Keywords: Health Systems, Public Sector, Private Sector, Network Governance

Glossário

aC – Antes de Cristo

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administrações Regionais de Saúde

CRP - Constituição da República Portuguesa

dC – Depois de Cristo

DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

EPE - Entidades Públicas Empresariais

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HNSA- Hospital Nossa Senhora da Assunção

HSM – Hospital Sousa Martins

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

NGP - Nova Gestão Pública

NHS - National Health Service

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

POSDCOORB- Planeamento, Organização, Estruturação, Direção, Coordenação, Informação e Orçamentação (Versão Portuguesa)

PPP - Parcerias Público-Privadas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SG – Secretaria-Geral

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Setor Público Administrativo

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

UTAM – Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelos de Governação	30
Figura 2 - Tipos de Forma de Governação	38
Figura 3 - Níveis de Cuidados de Saúde	47
Figura 4 - Unidades de Saúde Pertencentes ao SNS	48
Figura 5 - Relações de Financiamento	49
Figura 6 - Unidades Funcionais do ACES.....	52
Figura 7 - Proposta Unidades Funcionais	53
Figura 8 - Estrutura Orgânica do Ministério da Saúde	55
Figura 9 - Proposta de Rede de Implementação e Prestação de Serviços.....	68
Figura 10 - Proposta de Rede Política	69
Figura 11 - Proposta de Rede de Governação.....	70
Figura 12 - Representação dos Modelos	71
Figura 13 - Análise SWOT	72

Índice de Quadros

Quadro 1 - Evolução da Administração Pública	5
Quadro 2 - Evolução dos Tipos de Estado.....	6
Quadro 3 - Componentes Doutrinários da Nova Gestão Pública.....	21
Quadro 4 - Níveis de Intervenção da Gestão de Redes.....	37
Quadro 5 - Intervenientes no Setor da Saúde.....	56
Quadro 6 - Funções do Ministério da Saúde	57
Quadro 7 - Funções da Secretaria-Geral	57
Quadro 8 - Funções da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.....	58
Quadro 9 - Funções da Direção-Geral da Saúde	59
Quadro 10 - Funções da Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde	60
Quadro 11 - Funções dos Agrupamentos de Centros de Saúde	61
Quadro 12 - Funções da Administração Central do Sistema de Saúde	61
Quadro 13 - Funções da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde	62
Quadro 14 - Funções da Instituto Nacional de Emergência Médica	63
Quadro 15 - Funções do Instituto Português do Sangue e da Transplantação.....	64
Quadro 16 - Funções do Instituto Nacional de Saúde - Doutor Ricardo Jorge	65
Quadro 17 - Funções do Instituto da Droga e da Toxicodependência.....	66
Quadro 18 - Funções da Administração Regional de Saúde	67
Quadro 19 - Funções da Entidade Reguladora da Saúde	67

Índice

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Glossário	v
Introdução	1
Capítulo I Administração Pública e Modelos de Gestão.....	4
1.1. Evolução Histórica da Administração Pública.....	4
1.2. Modelos de Administração e Gestão Pública.....	10
1.2.1. Modelo Hierárquico (Tradicional/Burocrático-legal)	13
1.2.2. Administração Profissional	17
1.2.3. <i>Public Choice</i> e o Aparecimento da Nova Gestão Pública	18
1.2.4. O Managerialismo	19
1.2.5. Nova Gestão Pública	20
1.2.6. Modelo de Governança	23
Capítulo II Redes como Paradigma de Governação.....	3
2.1. Redes	29
2.2. Governação em Rede	34
Capítulo III Proposta do Modelo de Governação em Rede no Setor da Saúde.....	28
3.1. Génese dos Sistemas de Saúde Europeus.....	42
3.2. Reformas no Setor da Saúde	44
3.3. Caraterização do Setor de Saúde em Portugal.....	46
3.4. As Redes na Saúde	50
3.5. Proposta do Modelo	51
3.5.1. Cuidados de Saúde Primários:.....	52
3.5.2. Cuidados de Saúde Hospitalares:	53
3.5.3. Intervenientes:	55
3.5.4. Modelo de Redes.....	67
3.5.5. Comparação entre os Modelos	71
Conclusão.....	73
Referências Bibliográficas	75

Introdução

O mundo está em constante mudança, desde a descoberta do fogo e da invenção da roda, da ida ao espaço, até à criação de carros elétricos e dos vários tipos de redes (Sociais, Comunicação, Governação).

Com o decorrer dos anos e com o desenvolvimento da Administração Pública, também os modelos gestionários foram progredindo com as necessidades da população na demanda da participação do Estado, no que diz respeito à garantia de respostas aos problemas com complexidade cada vez maior, na garantia da prestação de cuidados de saúde e na equidade (entre outros).

Atualmente, para garantir essas respostas, setores como a Saúde, compreenderam que aplicar conceitos da gestão empresarial e trabalhar em conjunto com os outros setores, auxilia em situações de maior complexidade, pois cada vez mais os recursos humanos, individualmente e coletivamente, apresentam especializações diferenciadoras que possibilitam na resolução desses problemas de forma mais eficiente e eficaz.

Por isso, as redes, são cada vez mais consideradas importantes para a nova realidade já que o seu funcionamento pressupõe uma interdependência entre inúmeros atores.

De acordo com Neves (2010:225):

“A organização dos Governos, e das Administrações Públicas, é herdeira de uma estrutura e de uma lógica organizacional hierárquica e setorial, que se confrontam hoje com exigências a que dificilmente conseguirão responder sem um corte de paradigma no modo de olhar o seu papel e modelo de financiamento”.

Este trabalho visa a elaboração de uma proposta de um Modelo de Governação em Rede, aplicado ao Setor da Saúde, de forma a reforçar e promover a colaboração, a comunicação e a sinergia entre os intervenientes tendo como propósito melhorar a eficiência, a qualidade dos serviços e, consequentemente, os resultados de saúde para os cidadãos.

O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo debruça-se na análise da evolução da Administração Pública e dos Modelos de Gestão. O segundo capítulo aborda a temática das redes como paradigma de Governação. O capítulo final centra-se na breve caracterização dos Sistemas de Saúde em Portugal e na criação de uma proposta de um modelo de Governação em Rede.

Capítulo I
Administração Pública e Modelos de Gestão

A Administração Pública, embora nem sempre tenha existido como hoje a conhecemos, apresenta alguma complexidade. Para uma melhor compreensão da mesma, é pertinente abordar alguns conceitos, bem como a sua evolução ao longo dos anos.

Os conceitos de Administração Pública variam consoante os autores, Teorias ou Escolas. Assim, cada Teoria/Escola foca-se numa determinada “área”, como por exemplo nas tarefas, na estrutura, nas pessoas, ou no ambiente ou tecnologia.

Administrar advém do latim *Ad ministrare* (servir), isto é, atuar ao serviço de determinados fins e com vista a executar certos resultados. No fundo, administrar é uma ação humana que consiste em alcançar certos objetivos através do funcionamento de organizações.

O n.º 1 do art.º 266.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) dispõe que a Administração visa a prossecução do interesse público, assumindo o dever de respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Para Hughes (1994) Administração Pública resulta em seguir instruções e serviços. Esta é caracterizada como uma atividade ao serviço do público e atenta aos procedimentos, à tradução das políticas para posterior ação.

Para Araújo (2007:14):

“a Administração Pública moderna é uma rede de ligações verticais e horizontais entre organizações de todo o tipo: públicas, privadas lucrativas e sem fins lucrativos e voluntárias. Os cidadãos participam nessas organizações de muitas formas, em vários pontos, e em momentos diferentes”.

Já Gregorius (2015:1) define-a como:

“O conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado que procura satisfazer as necessidades da sociedade, tais como educação, cultura, segurança, saúde, dentre outras áreas. Em outras palavras, Administração Pública é a gestão dos interesses públicos por meio da prestação de serviços públicos”.

De acordo com Tavares (2019:15) a Administração Pública:

“...pode ser definida como o poder de gestão do Estado, que se manifesta no poder de regulamentar, tributar e fiscalizar, através dos seus órgãos e outras instituições, tendo em vista a prossecução do serviço público”.

A Administração Pública pode ser entendida através de três formas distintas: no sentido orgânico, no sentido material e como uma disciplina científica.

Tendo por base Ribeiro (2021) a primeira forma caracteriza a Administração Pública como um sistema de órgãos, serviços e agentes do Estado e outras entidades públicas que têm como objetivo a satisfação regular e contínua das necessidades coletivas; a segunda como a própria atividade desenvolvida por aqueles órgãos, serviços e agentes. Na terceira e última perspectiva, a Administração Pública pode ser vista como um ramo das Ciências Sociais que pretende descrever e explicar a estrutura e as atividades dos órgãos que, sob a autoridade do poder político, constituem o Estado e as organizações públicas.

De acordo com Francisco (2006) a função da Administração é de analisar e interpretar os objetivos propostos pela organização e transfigurá-los em ação através do planeamento, organização, direção e controlo dos esforços realizados nas mais diversas áreas e níveis da organização, tendo a finalidade de alcançar objetivos de forma eficaz e eficiente.

A autora, ainda afirma que a Administração:

“é um fenómeno global do mundo moderno, tornando-se um importante fio condutor da sociedade atual. Esta não é um fim em si mesma, mas um meio de fazer com que as funções sejam realizadas da melhor forma, ao menor custo e com a maior eficácia e eficiência possível” (Francisco, 2006:27).

1.1. Evolução Histórica da Administração Pública

Ao longo dos anos, o conceito e a compreensão do que é a Administração Pública foram se modificando ao mesmo tempo que o papel do Estado.

Francisco (2006:28) citando V. Juan (1990), afirma que a história da Administração é:

“... inseparável, de facto, da história do próprio Estado: não apenas porque durante boa parte da evolução política europeia Administração e Estado foram, sobretudo, uma e a mesma coisa, mas também porque a estrutura administrativa constitui atualmente, quantitativa e qualitativamente, o bloco central e hegemónico do aparelho estatal”.

Neves (2010:21) defende que:

“O processo de criação dos Estados modernos europeus decorreu da luta dos reis para se libertarem simultaneamente dos vínculos internos e externos ao desenvolvimento da plenitude do seu poder, internamente pela centralização do poder e externamente pela emancipação política em relação ao papa

e ao imperador. O processo de criação dos Estados europeus culmina nos Tratados de Vestefália que põe fim à supremacia política do Papa e divide a Europa em diversos Estados independentes”.

Em seguida, apresenta-se um quadro (quadro 1) do resumo da história da Administração Pública pelo mundo tendo como base Francisco (2006).

Quadro 1 - Evolução da Administração Pública

Evolução da Administração Pública - Internacional			
Período	Tipo de Estado	Civilização	Principais Traços Políticos
3.º - 1.º Milénio A.C	Oriental	Mediterrânicas e do Médio Oriente	Território de grande extensão
			Estado unitário
			Regime autoritário ou totalitário
			Inexistência de garantias do indivíduo face ao poder
Séc. VI - Séc. II a.C	Grego	Grécia	Reduzida expressão territorial
			O povo encontra-se no centro da vida política
			Dá-se início à teoria e à prática da Democracia
			Gênese do Direito Constitucional
			Os cidadãos passam a gozar de direitos de participação política
			As garantias dos indivíduos face ao Estado são reduzidas
Séc. II a.C - Séc. IV d.C	Romano	Romana na Antiguidade Clássica	Vasto território
			Colonização e ideia de império mundial
			Constituição de um poder político uno
			Participação das diversas classes sociais na vida política
			Extensão do direito de cidadania a todos os cidadãos do império
			Surgimento da ciência do Direito
			Distinção entre Direito Público e Direito Privado
			Reforço das garantias dos indivíduos face ao Estado
			Cristianismo
			Respeito pela dignidade da pessoa humana
Séc. V - Séc. XV	Medieval	Idade Média	Forte descentralização política do Estado, com o sistema feudal
			Privatização do poder político
			Conceção patrimonial das funções públicas baseada na família, na propriedade, na hierarquização
			Assinatura da Magna Carta (1215), que marca o ponto de partida da evolução para um regime em que se asseguravam as liberdades individuais e coletivas
Séc. XVI - Séc. XX	Moderno	Idade Moderna e Contemporânea	Centralização e fortalecimento do poder real, alicerçado nas noções de Estado e de soberania, introduzidas respetivamente por Maquiavel e Jean Bodin
			Realização da polícia, entendida como uma atividade do bem-estar social, que compete ao rei definir, precisar e realizar.
Séc. XV e XVI - início Séc. XVII	Absoluto	Monarquia absoluta	Afirmação progressiva da figura do rei
			Redução dos privilégios da nobreza
			Ascensão da burguesia
			Desaparecimento das cortes
			A vontade do Rei como lei suprema (L' État c'est moi)
			Culto da razão de Estado
			Incerteza do direito e aplicação do poder discricionário
Diminuição das garantias individuais perante o Estado			
Final Séc. XVIII - Primeira metade do Séc. XX	Liberal	Revolução Americana e Francesa	Aparecimento das primeiras Repúblicas nos países ocidentais
			Adoção do constitucionalismo como forma de limitação do poder político
			Declaração dos direitos do homem e do cidadão
			Formação de partidos políticos, do sistema de governo parlamentar
Séc. XX - Atual	Constitucional	Atualidade	Aumento do número de funções da Administração Pública
			Incremento do intervencionismo do Estado na sociedade, economia e cultura devido a razões ideológicas
			O Estado passou a desenvolver atividades que outrora eram privadas

Fonte: Elaboração Própria com base em Francisco (2006)

Em Portugal, de acordo com Carvalho (2011:312):

“Ao longo da História de Portugal, registam-se diversas mutações quer no que respeita aos limites territoriais do próprio Estado, quer no que respeita à evolução socioeconómica interna e ao sistema político-administrativo de organização e de governo do Estado aos diversos níveis”.

Para alguns autores como Francisco (2006), Moreira (2011) e Silveira (2021) a evolução dos tipos de Estado, foi a seguinte (quadro 2):

Quadro 2 - Evolução dos Tipos de Estado

Período	Tipo de Estado
Séc. V d.c	Medieval
Séc. XVII-XVIII	Estado Absoluto
Após a Revolução Francesa	
Séc. XIX	Estado Social de Direito
Séc. XX e XXI	Estado Liberal de Direito

Fonte: Elaboração Própria com base em Francisco (2006), Moreira (2011) e Silveira (2021)

Durante o Estado Medieval, o rei era o centro do poder. O poder efetivo subdividia-se por aqueles que substituíam o rei a nível militar, na Administração Civil e na promulgação das leis.

Seguindo Francisco (2006) e Moreira (2011), durante este período o Estado não era responsável pelas funções educativas, culturais, sociais, científicas e tarefas sociais. Estas ficavam a cargo da igreja católica (e outras religiões) e respetivas instituições, como por exemplo as misericórdias que tinham como finalidade o apoio aos mais desfavorecidos.

O aumento do poder real ao longo dos anos, levou à criação de novos postos de trabalho na manutenção da ordem pública e na administração da justiça. Assim, criaram-se gabinetes constituídos por ministros ou secretários que tinham função de fiscalizar e administrar a justiça nas terras senhoriais.

Em Portugal, este Estado ficou marcado pelas seguintes características (Francisco, 2006):

- Criação das Ordenações Afonsinas, primeira coletânea das leis do reino com as normas do direito público no que concerne à administração central, local e à justiça;
- Aumento da autoridade do poder central;

- Criação de gabinetes constituídos por ministros ou secretários, chanceler-mor, escrivão da puridade e o secretário do rei com a crescente complexidade e extensão dos negócios públicos;
- Na administração local, o rei era representado pelos corregedores das comarcas e pelos meirinhos-mores cujo propósito era de desempenhar funções de correção, de capturar nobres e fiscalizar a administração da justiça;
- Reforma dos forais antigos e substituição dos mesmos;
- Publicação da primeira Lei Portuguesa por D. Manuel I;
- D. Afonso V, procedeu à criação do título de escrivão de puridade com função de um Primeiro-Ministro;
- D. João IV agrupou os assuntos do Estado em três secretarias:
 - Secretaria do Estado, para orientações da política externa, interna e colonial;
 - Secretaria das Mercês e Expediente, para a nomeação da maioria dos funcionários e magistrados;
 - Secretaria da Assinatura, para a assinatura de documentos provenientes de qualquer Conselho.
- Em 1736 são criadas mais três secretarias, a Secretaria de Estado dos Negócios Interiores do Reino; a Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Guerra e a Secretaria de Estado da Marinha e Domínios Ultramarinos.

O Estado Absoluto caracterizava-se pelo poder e a autoridade centrados no rei.

Moreira (2011:8) conclui:

“A Coroa exercia de modo supremo e centralizado as funções de legislar, administrar e julgar. O soberano era assim, Senhor Absoluto e Divino da Nação, intervindo, regulando, ordenando e legislando sobre todos os domínios da vida social, cultural e económica da Nação, ocupando-se inclusivamente, de questões privadas e particulares dos seus súbditos”.

De acordo com Silveira (2021:1):

“A sociedade do Antigo Regime que, politicamente, correspondeu à monarquia absoluta, surgiu no séc. XV, com as viagens de expansão e fixação além-mar, desaparecendo em finais do séc. XVIII, com as revoluções liberais. Dividida em ordens ou estados – o clero, a nobreza e o 3.º estado (povo), cada uma delas ocupando uma rígida posição hierárquica, segundo se tinha ou não títulos, direito ou não a determinada forma de tratamento”.

Durante a idade média, os nobres eram os que detinham mais poder, até mesmo do que o próprio rei. Com a mudança do feudalismo para o capitalismo deu-se a ascensão económica da burguesia (via mercantilismo) e por isso foi necessário o surgimento de um novo regime político que centralizasse a administração estatal.

Em Portugal, durante esta época foram realizados os seguintes feitos, baseado em Francisco (2006):

- Reformas realizadas por Marquês de Pombal como o aprimoramento técnico dos serviços, maior disciplina dos funcionários e extinção do sistema da venalidade dos ofícios;
- Redução do poder dos conselheiros da coroa e os secretários de estado passaram a ter maior importância;
- Criação do Erário Régio que tinha como propósito a análise da contabilidade das receitas e despesas públicas;
- Conceção de um novo ministério - Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda (reinado de D. Maria I).

Em 1822, com a Constituição Liberal, passaram a existir três tipos de poderes: os poderes executivo, legislativo e judicial que deveriam estar repartidos pelo rei e seus secretários de Estado, nas cortes e aos juízes, respetivamente.

Embora ainda o absolutismo reinasse em Portugal, alguns liberais mudaram-se para os Açores, formando assim um governo que incluía Mouzinho da Silveira que durante este período apresentou reformas marcantes na Administração Pública.

As leis de 1832, já com o regime liberal implementado em Portugal, causaram grandes impactos, segundo Francisco (2006:48):

“Os Decretos n.ºs 22, 23 e 24, de 16 de maio de 1832, procederam à reforma da justiça, da administração e da fazenda. Seriam os fundamentos básicos da moderna Administração Pública Portuguesa. A principal inovação das reformas de Mouzinho da Silveira, aprovada em 1832, foi a diferenciação entre as funções administrativa e jurisdicional, assim como a correspondente separação entre os órgãos administrativos e os tribunais. Esta lei de 1832 distinguia-se pelos princípios centralizadores que consignava e pelos amplos poderes atribuídos aos representantes do Governo”.

Para Francisco (2006:49):

“No plano económico, o século XIX é a fase do liberalismo, do abstencionismo, do *«laissez-faire, laissez-passer»*, como síntese ideal para a liberdade económica, o Estado mínimo. Este tipo de Estado, enquanto defensor de uma economia capitalista, privatizou certas áreas da atividade administrativa, nomeadamente através da figura da concessão, desdobrável em três principais modalidades: as concessões de domínio público, as concessões de obras e as concessões de serviços públicos. A adoção do livre-cambismo, do comércio externo e o desmantelamento do Estado Patrimonial (supressão dos dízimos, dos bens da coroa, dos direitos reais, a nacionalização das ordens religiosas) contribuíram para uma diminuição do papel ativo do Estado enquanto agente económico. Nesta fase, o intervencionismo diminui, quando comparado com o Estado Absoluto”.

No ano de 1851 deu-se o período conhecido pela “Regeneração” do país com o desenvolvimento económico, nas comunicações e nos transportes e tendo sido criado o Ministério de Obras Públicas, Comércio e Indústria.

Com a Revolução Francesa de 1789 a minimizar cada vez mais o autoritarismo da Monarquia, deu-se lugar a pensamentos que até hoje são o seu lema “*Liberté, Égalité, Fraternité*”, conduzindo ao ideal da separação absoluta dos poderes onde o Estado possui o poder executivo, o Parlamento, o poder legislativo e os Tribunais o poder judicial. Surge, assim, o Estado Liberal de Direito.

O Estado Liberal em Portugal é caracterizado por alguns dos seguintes aspetos de acordo com Francisco (2006):

- Ampliação da rede de escolas primárias, criação de escolas técnicas, saúde e assistência;
- Surgimento dos códigos administrativos;
- Reforço nas garantias individuais devido ao surgimento do constitucionalismo, consolidação do liberalismo económico e da declaração dos direitos do homem e do cidadão;
- Criação, em 1845, de um Conselho de Estado e posteriormente de um Supremo Tribunal Administrativo;
- Intervenção minimalista do Estado, onde o cumprimento de algumas necessidades do bem-estar social dos cidadãos passa a ser função dos privados, mas fiscalizado pelo Estado.

Embora a intervenção minimalista do Estado durante este período fosse considerada o ideal, com o eclodir das Guerras Mundiais e consequência das mesmas a nível social, económico e cultural, também o desenvolvimento da indústria e da tecnologia, os cidadãos sentiram a forte necessidade da

intervenção do Estado nos mesmos domínios, passando assim de um Estado de Direito para um Estado Social de Direito, onde foram explanados os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado.

De acordo com Moreira (2011) o Estado passou a oferecer serviços públicos como água canalizada, eletricidade, gás, transportes públicos, saneamento básico, recolha e tratamento de resíduos sólidos urbanos, cuidados sanitários e hospitalares, asilos, escolas, universidades e ainda prestações.

Por fim, o Estado Constitucional que teve início no século XX e que se encontra em vigor até à atualidade, é assinalado pela forte intervenção do Estado, e pela carteira alargada de funções da Administração Pública.

De acordo com Francisco (2006:50):

“Neste período, os fins do Estado colocados a cargo da Administração Pública estão sobretudo relacionados com as necessidades coletivas de segurança, bem-estar económico e social e de cultura”.

Uma vez que a Administração Pública e o Estado sofreram mutações ao longo dos anos, também os modelos de Administração e de Gestão Pública se foram alterando. Em seguida, serão abordados alguns modelos de Administração e Gestão Pública.

1.2. Modelos de Administração e Gestão Pública

Ao longo dos anos, tanto a Administração Pública como o Estado sofreram modificações tendo por base os ideais das respetivas épocas e consequentemente os modelos de gestão.

Rocha (2011:23) afirma que:

“Falar de modelo de gestão pública significa falar, simultaneamente, de tipo de Estado. Significa ainda, que o tipo de Estado e correspondente modelo de gestão pública assentam uma dada posição ideológica”.

No que concerne ao caso português, Madeira (2012:8) declara que:

“... foram várias as mudanças decorrentes da implementação de reformas no intuito de introduzir, na AP, mecanismos que lhe permitissem, sobretudo, melhorar a sua eficiência, a sua eficácia e a equidade”.

Para complementar a autora acima, Madureira (2020:179) sustenta:

“... a história das reformas na administração pública em Portugal foi marcada essencialmente pela introdução dos princípios do *New Public Management* (NPM) na gestão pública. Por outro lado, só a partir de 1974, depois do fim da ditadura, é que o estado-providência desenvolveu o seu caráter universalista possibilitando uma redistribuição de rendimentos e uma proteção social nunca antes experimentadas no país”.

Uma vez que o sistema de gestão pública é complexo, diversos autores tiveram diferentes abordagens sobre esta temática. Assim, Rocha (2011) divide-as em dois modelos:

- **Modelos Atualistas** – Apenas estuda os modelos de gestão já existentes.
- **Modelos Históricos** – Visa a análise da evolução histórica da Administração Pública ao tentar deslindar tipos que identificam certas fases históricas.

Os modelos históricos são os mais estudados, pois auxiliam na compreensão do desenvolvimento da Administração Pública.

Os autores que mais contribuíram para esta análise foram: Jan-Erik Lane, Jocelyne Bourgon e Peter Self.

Para Lane (2001) as teorias de modelos de gestão pública podem ser agrupadas da seguinte forma:

- **Teoria Clássica** – Surge como contribuição, entre outros, de W. Wilson, F. Taylor e M. Weber.

Este modelo é caracterizado por:

- As posições diferenciam-se das pessoas;
- O Governo do setor público é enquadrado por leis e regulamentos;
- A estrutura *top-down* pretende alcançar a eficiência no setor público;
- Os fins são diferentes dos meios, os fatos dos valores e a tecnologia da democracia;
- As motivações do setor público e do setor privado, são completamente distintas.
- **Modelo de Gestão** – Este modelo determina uma relação entre a atividade e os objetivos que se pretendem alcançar. Estabelece que a Governança Pública usufrua de discricionariedade na escolha dos meios para chegar a um fim e que não existem decisões cem por cento racionais devido a variáveis que não se podem controlar e, por isso, as decisões são as possíveis (soluções satisfatórias).

- **Abordagem das Políticas Públicas** – Este modelo inicia-se com a ideia de que o ciclo político inclui a execução das políticas. Desta forma:
 - A Governação Pública desenvolve-se num ciclo que se move de forma constante entre o processo de decisão e a sua implementação;
 - As fases do processo de decisão política e a implementação não se podem desvincular;
 - A implementação descentralizada é mais eficaz do que a implementação do tipo *top-down*;
 - O ciclo das políticas públicas é mais político do que a eficiência dos programas.
- **Nova Gestão Pública (NGP)** - É percebida como uma alternativa a todos os modelos mencionados supra.

Apesar de poder ser teoricamente incluído na escola managerial, a NGP demarcou-se do managerialismo público tradicional por evidenciar as suas características de forma mais clara, como, por exemplo, na profissionalização da gestão, na criação objetiva de medidas de desempenho, no privilegiar da importância dos resultados e da redução dos custos (Hood, 1991).

Já Bourgon (2007) considera três modelos teóricos da gestão pública:

- **Teoria Administrativa Clássica** – Neste modelo a política, a administração e a neutralidade do serviço público devem ser separados; os níveis de decisão e implementação são distintos.
- **New Public Management** - Abrange três valores:
 - Os serviços são centralizados nos cidadãos;
 - Existe uma persistência nos resultados e na avaliação do desempenho;
 - Há uma flexibilidade na forma de trabalho.
- **Nova Governação Pública** - Devido a tensões, sentiu-se a necessidade de outra abordagem onde o conceito de cidadania se deve agregar aos papéis do indivíduo na sociedade, onde o interesse público é caracterizado como interesse comum dos cidadãos e, por fim, em que os cidadãos e outros agentes possam participar na implementação das políticas, ou seja, um modelo que tem enfoque no cidadão.

Por fim, Self (1997) defende a existência das seguintes teorias:

- **Administração Científica** (1856-1945) - Defende a separação da administração e da política tendo em vista escapar ao favorecimento de funcionários;

- **Modelo Pluralista** (1945-1975) - Negação da racionalidade nas decisões políticas, separando assim a política, a administração e o carácter científico da gestão pública;
- **Modelo do *New Public Management*** (1975-2000) - Caraterizado pelo reconhecimento de que os atores englobados no processo político-administrativo tiram vantagem das suas posições e por isso é imprescindível a redução da despesa pública e a potencialização do papel do sistema de mercado;
- **Modelo de Governação** - Pretende pôr fim à contradição entre hierarquia e mercado.

Segundo Rocha (2011:30):

“Desde o momento em que se pode distinguir a atividade da administração da atividade estritamente política, fala-se em administração legal-burocrata ou «Administração Científica» que os especialistas remontam ao célebre artigo de W. Wilson (1987), *The Study of Administration*; administração profissional, correspondente ao Estado de «Welfare»; administração política e administração managerial correspondem a uma crítica aos modelos anteriores e, com sabe em pressupostos diferentes, procuram apresentar alternativas à crise do Estado de «Welfare». Finalmente, fala-se em gestão de «*networks*» e de Governação para apresentar uma alternativa à gestão managerial...”

1.2.1. Modelo Hierárquico (Tradicional/Burocrático-legal)

Este modelo surge nos finais do século XIX associado ao Estado Providência, logo após ao modelo liberal de sociedade, devido a inúmeras falhas como a ausência de características que levava ao descontrolo das ações e do nível de intervenção, bem como as fragilidades perceptíveis após a Primeira Guerra Mundial juntamente com a queda da Bolsa de Valores em 1929.

De acordo com Madeira (2012:9) o modelo clássico:

“...trata-se de um modelo característico de um Estado Liberal, onde a administração se encontra sob domínio político. Há que salientar que este período se caracteriza também por uma intervenção mínima do Estado (Estado minimalista), na medida em que a grande maioria dos serviços públicos estava afeta aos setores de caridade ou, então, pertenciam à esfera privada. A maioria dos serviços públicos prestados, embora diminutos, era-o ao nível local, não se fazendo notar qualquer tipo de intervenção social por parte do Estado a nível central. Com este modelo cessam as medidas protecionistas e os monopólios, considerando-se que o mercado se autorregulava”.

Os princípios do modelo tradicional devem-se essencialmente a três autores: Woodrow Wilson com a dicotomia entre política/administração; Max Weber com o modelo burocrático e Frederick Taylor com a organização científica.

1.2.1.1. W. Wilson (Ciências da Administração e Ciência Política)

W. Wilson considerava que a política e a administração deveriam ser separadas na tentativa de eliminar a corrupção e o oportunismo criados pelo “*Spoils System*”¹, onde cabe aos políticos criar a definição das políticas e aos administradores a função de implementação das mesmas.

Rocha (2011), citando W. Wilson (1887), afirma:

“Competia assim aos políticos a definição das políticas e aos administradores a implementação das políticas segundo regras de boa gestão e não de acordo com a oportunidade política ou o tempo eleitoral” (Rocha, 2011:31).

Conclui ainda que os funcionários deveriam obedecer às regras próprias do funcionamento, estabelecendo, assim, os direitos e os deveres e quais os cenários em que seriam responsabilizados pelos políticos ou pela hierarquia administrativa.

As ideias de W. Wilson foram futuramente desenvolvidas por vários autores que caracterizaram este modelo:

- Em qualquer sistema político existe um centro dominante e o Governo da sociedade é estruturado por este centro de poder;
- Quanto mais dividido está o poder, menos responsabilidades podem ser pedidas;
- A estrutura constitucional é a que determina e define a composição do centro de poder e que estabelece as estruturas políticas no que diz respeito ao processo legislativo e do controlo da administração;
- A política define a função da administração, mas a área da administração está fora da esfera política;
- Todos os sistemas políticos modernos têm funções administrativas similares;
- A estrutura hierárquica dos funcionários profissionalizados é uma condição necessária para uma boa administração;
- O bom funcionamento do conjunto de funcionários maximiza a eficiência, medida por menos custos em dinheiro e esforço;
- A boa administração é uma condição necessária do bem-estar e desenvolvimento.

¹ Onde os cargos administrativos cabiam aos homens de confiança dos respetivos líderes.

1.2.1.2. F. Taylor (Indústria+ gestão)

W. Wilson defendia que a administração deveria respeitar as regras da boa gestão e eficiência embora nunca tenha enunciado de que forma. Anos depois F. Taylor, para colmatar as dificuldades que surgiram no setor industrial, apresentou dois princípios fundamentais:

- É possível e desejável estabelecer através do estudo sistemático e da aplicação dos princípios científicos a melhor maneira de fazer um trabalho;
- Os seres humanos têm predisposição para procurar a máxima recompensa com o mínimo trabalho. Para ultrapassar este comportamento os gestores têm de determinar, com detalhe, o que cada trabalhador deve fazer e controlar as suas atividades.

Para que seja possível obter a máxima eficiência e o controlo, era necessário centralizar na gestão a aptidão relativamente ao planeamento. Desta forma os colaboradores serão compensados apenas para trabalhar segundo as normas e regras estabelecidas pelos superiores e não para pensarem.

O surgimento das ideologias de Taylor na Administração Pública deu-se na gestão municipal através do *New York Bureau of Municipal Research* em que participaram vários autores.

Gulick e Urwick em 1937 desenvolveram uma teorização das funções de gestão (pública) através do acrónimo POSDCORB (Planeamento, Organização, Estruturação, Direção, Coordenação, Informação e Orçamentação - Versão Portuguesa), que se encontram institucionalizadas separadamente, recorrendo-se para tal a diversas organizações governamentais.

1.2.1.3. M. Weber (Sociologia e Ciência Política)

M. Weber contribuiu para o modelo tradicional com o estudo da burocracia. Para ele a burocracia era uma condição necessária ou um meio para a racionalidade legal, económica e técnica da civilização moderna.

De acordo com Madeira (2012:12):

“Esta teoria coloca ênfase na estrutura organizacional (existe um tipo ideia de estrutura que se aplica a qualquer organização), na organização formal burocrática (são as regras e procedimentos formais que permitem exercer a autoridade), e a racionalidade organizacional (é o decisor que está na posse da informação necessária para a maximização do lucro)”.

Para M. Weber, a administração burocrática é provida de atributos como por exemplo, a precisão, a velocidade, o conhecimento, a unidade, a subordinação estrita e a redução dos custos materiais e humanos.

Os seis princípios dos sistemas burocráticos de acordo com M. Weber são os seguintes:

- Princípio das áreas de jurisdição fixadas por lei e regulamentos administrativos;
- Princípio dos níveis ou hierarquias em que existe uma supervisão dos níveis mais altos sobre os mais baixos;
- Princípio do trabalho a tempo inteiro (profissionalização);
- Princípio dos documentos escritos (os quais são conservados na sua forma original);
- Princípio da especialização por áreas e tarefas;
- Princípio da organização por regras gerais as quais são mais ou menos exaustivas e que devem ser aprendidas.

Madeira (2012:13) afirma que para este autor:

“a burocracia significava algo positivo, altamente conotado com uma organização racional, baseada na lei e no regulamento, eficiente e que substituíra o exercício arbitrário do poder dos anteriores regimes. Com a sua autoridade hierárquica e especialização funcional, era possível realizar tarefas mais complexas de uma forma bastante eficiente (execução contínua e especializada), com funcionários dotados de grande competência técnica”.

Em suma, e de acordo com Carapeto & Fonseca (2006:23):

“Este modelo de administração pública, regida pela lei e pelo regulamento e em que as ordens descem em cascata, traduz-se na despersonalização das funções, das regras e procedimentos (tendo em vista a objetividade e a imparcialidade) e caracteriza-se pela especialização e profissionalização dos agentes”.

As críticas a este modelo baseiam-se essencialmente na não neutralidade dos funcionários, na racionalidade limitada, na inexistência de correlação entre eficiência, especialização e unidade de comando. A separação do poder político e administração nunca existiu completamente.

Para Fukuyama (2000) o modelo hierárquico monopolizou as soluções organizacionais de coordenação até ao declínio do fordismo. A crise colocou em perspectiva o modelo burocrático de M. Weber que assegurava que a autoridade hierárquica, racional, sob a forma de uma burocracia, era a essência da modernidade. Já na segunda metade do século XX, o autor mostra que a hierarquia

burocrática entra em decadência a nível económico e político sendo posteriormente substituída por formas de coordenação mais informais e auto-organizadas.

1.2.2. Administração Profissional

O modelo de Administração Profissional surge no seguimento das críticas apontadas ao modelo científico. A mudança adveio do aparecimento do Estado de *Welfare* ou de Bem-Estar/Estado Providência e do conseqüente aumento das funções do Estado, passando a ser um Estado Tutor e Interventivo.

Conforme mencionado anteriormente, com o eclodir das duas Guerras Mundiais e as conseqüências a nível económico, social e cultural, sentiu-se a extrema necessidade da intervenção do Estado na proteção social, no assegurar a produção de bens e prestação de serviços e no atenuar as desigualdades sociais. No fundo reconstruir o Estado-Nação.

Para Rocha (2011) este tipo de Estado, implica um novo sistema político, onde a racionalidade é substituída pelo incrementalismo, pluralismo e um novo tipo de gestor público, o profissional, ganhando distinção embora não rejeitando a burocracia tradicional.

Madeira (2012:16) complementa:

“Todo o recrutamento dos profissionais públicos deveria ser feito com base no mérito; no entanto, a formação de base que era exigida para ocupar alguns dos cargos superiores na Administração pública variava de país para país. A proteção ao emprego e a estabilidade constituíam as contrapartidas de que os funcionários públicos beneficiavam pela prestação impessoal e objetiva desses serviços”.

As características gerais deste modelo, de acordo com Rocha (2011), são as seguintes:

- Solução satisfatória - Racionalidade substituída por Incrementalismo;
- Administração como uma interface entre a sociedade e o sistema político - Papel central para a burocracia na conceção e implementação das políticas;
- Crescimento da Burocracia Profissional - Hegemonia dos profissionais no sistema de prestação de prestação de serviços.

A queda do Estado *Welfare* deveu-se essencialmente às crises económicas globais, à desaceleração da economia e alterações sociodemográficas, o que levou a avaliar novas formas de prestação de serviços públicos e, conseqüentemente, o controlo das atividades públicas tendo por convicção o insucesso do Estado Providência.

Segundo Rocha (2014) o desenvolvimento da burocracia pelos Estados na Europa deve-se à ampliação do papel do Estado pós-guerra, à centralização administrativa, à instabilidade governamental, à fraqueza dos parlamentos e dos partidos políticos. Foi, por isso, que neste clima de instabilidade, ganharam espaço os modelos burocráticos, pois criavam um ponto de ligação que permitia a continuidade e o funcionamento do Estado.

1.2.3. *Public Choice* e o Aparecimento da Nova Gestão Pública

A *Public Choice* é uma teoria baseada essencialmente no pensamento económico que aplica as bases microeconómicas às áreas política e social, uma vez que é tido em consideração que os princípios teóricos da economia se aplicam à política e que o melhor resultado possível implica a que se dê mais ênfase ao papel das forças de mercado em prejuízo do poder do Estado, ou seja, este deve ser mínimo, tendo como função regular o mercado e possíveis falhas.

Pereira (1997:420) afirma:

“A teoria da escolha pública foi, ao longo das últimas décadas, a principal crítica teórica de outra corrente (essa essencialmente económica) que fundamenta a intervenção do Estado na economia - a economia do bem-estar (*welfare economics*). Enquanto esta se centrava na análise dos «fracassos de mercado» que justificavam a intervenção corretora do Estado, a teoria da escolha pública veio clarificar os «fracassos do governo» e os limites da intervenção desse mesmo Estado. Naturalmente a *Public Choice* foi aproveitada ideologicamente por todos aqueles que defendem uma menor intervenção do Estado na economia, em particular pelos neoliberais”.

Para os defensores desta teoria o Estado Providência falhou:

- Na eliminação da pobreza e das desigualdades sociais, embora esse fosse um dos princípios fundamentais;
- Na possibilidade de escolha dos consumidores dos serviços sociais (monopólio do Estado);
- Na aplicação de métodos administrativos e burocráticos de alocação de bens e serviços inferiores ao mercado.

Assim, para colmatar as falhas, o modelo apresenta as seguintes propostas:

- Redução do tamanho do Estado pela privatização, terceirização e voluntarismo;
- Desconcentração e descentralização dos serviços;
- Desregulamentação;

- Forte liderança política de topo à base;
- Lealdade extrema aos programas de governo;
- Ocupação de cargos-chave por pessoas comprometidas com a vida política em vez de funcionários de carreira;
- Aplicação de técnicas de gestão por resultados ao nível da execução (gestão por objetivos, prémios, incentivos de produtividade);
- Decisão sempre centrada na análise do custo/benefício.

A *Public Choice* retoma a abordagem clássica da gestão que se traduz na preponderância dos valores da eficiência e eficácia; na conceção da gestão como um conjunto de tarefas e competências universais; na miragem (de novo) do *one best way* e na tendência utilitarista do homem (*Homo economicus*) (Rocha, 2014).

Algumas críticas a este modelo são a segmentação dos serviços, o aumento exponencial do número de funcionários da administração e o aparecimento de grandes *staffs* afetos às organizações.

Rocha (2014) defende que existem dois paradigmas na aplicabilidade das reformas administrativas. A primeira é a Teoria da Escolha Pública onde é evidenciada a importância da centralização, do controlo e coordenação por parte do poder político. Já a segunda é o Paradigma Managerialista que é distinto do primeiro, dando-se valor à descentralização, desregulação e delegação.

1.2.4. O Managerialismo

Peters & Waterman (1982) definiram o managerialismo como um conjunto de expectativas, valores e crenças que, de acordo com a aplicação de algumas técnicas, convicções e práticas permitem obter uma mais-valia para todo o social.

O modelo Managerial tinha como objetivo primário o aumento da eficiência da administração e a diminuição do défice económico ao aprimorar a gestão orçamental do setor público. Só posteriormente é que se começaram a implementar conceitos como mercado, privatização, descentralização e qualidade, passando, assim, o Estado de intervencionista para regulador.

A introdução do mecanismo de preços de mercado possibilitou uma maior competição entre as organizações e melhorar a *performance* através do acréscimo da eficiência, da eficácia, da qualidade e da responsabilização.

Segundo Rocha (2011) a gestão pública inclui a gestão das políticas públicas, dos recursos financeiros e humanos disponíveis e ainda a gestão de programas e projetos associados a essas políticas.

Madeira (2012:22) acrescenta ainda:

“A crescente procura de eficiência dos serviços públicos conciliada com a pretensão de superar a crise em que estava a emergir levou vários investigadores a focarem as suas investigações na gestão (management) pública. Estando a atividade administrativa fortemente jurisdicionada, haveria que substituir a racionalidade jurídica pela racionalidade managerial. Ou seja, estamos perante um movimento antiburocrático, que implica liberdade de organização dos serviços na sua estrutura interna, que permita uma avaliação periódica do seu desempenho e dos resultados obtidos”.

Este modelo defende que tanto as organizações públicas como as organizações privadas podem e devem ser geridas da mesma forma e cumprir os mesmos princípios, pois para eles a gestão privada é superior à gestão pública.

Rosa (2019) conclui que os anos noventa trouxeram críticas ao Modelo Managerial. Christopher Pollit defende que este modelo de gestão não passava de uma atualização do Taylorismo já que as preocupações principais são económicas, com a desresponsabilização do Estado, que se afasta da missão principal de proteção e de solidariedade.

Rosa (2019:6) citando César Madureira (2009):

“...sumariza que de facto, as reformas managerialistas provocaram uma forte privatização do setor público e uma transformação da administração pública numa empresa, utilizando estratégias como o outsourcing. No entanto, reconhece-se que nos últimos anos, mediante a mais recente crise económica da história moderna, os cidadãos precisam hoje, de um Estado presente, fortalecido, regulador e capaz de ser prestador de cuidados”.

1.2.5. Nova Gestão Pública

As ideologias do Managerialismo levaram grandes benefícios aos serviços públicos com a redução da despesa e do número de funcionários. No entanto, na década de noventa do século XX com a crise da Administração Pública começaram a surgir algumas dúvidas sobre este modelo.

Para Hood (1991) a NGP, tal como a maioria dos rótulos administrativos, é um termo vago. A sua utilidade reside na sua conveniência enquanto pequena designação para um conjunto de reformas administrativas semelhantes que dominaram a agenda de reforma burocrática em muitos dos países

que constituem o grupo da Organização para a Cooperação Desenvolvimento Económico (OCDE) desde os anos 70.

Embora, por vezes, se possa incluir no Managerialismo a NGP, esta destaca-se pela elucidação de alguns pontos como a profissionalização da gestão, a criação de medidas de avaliação do desempenho, a importância dada aos resultados, à redução de custos e à fragmentação de unidades administrativas de grandes dimensões.

O principal defensor do modelo gestor foi Hood (1991) que apresenta sete características deste modelo:

Quadro 3 - Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública

Doutrinárias da Nova Gestão Pública	Significado
1. Poder na gestão profissional do Setor Público	A gestão profissional passa pela gestão das organizações públicas por parte de indivíduos devidamente qualificados em gestão e que podem gerir essas mesmas organizações do mesmo modo que resultaria se se tratassem de organizações do setor privado.
2. Medidas de desempenho explícitas	O modelo gestor promove a institucionalização de indicadores de desempenho, quer para as organizações, quer para os seus gestores, quer, ainda, medidas de avaliação dos colaboradores.
3. Maior ênfase nos resultados (outputs)	O Modelo gestor promove o controlo dos outputs, aqueles que resultam da ação organizacional. Para além da importância dos recursos, a grande preocupação deve centrar-se na produtividade alcançada pela organização.
4. Mudança para a desagregação das unidades do Setor Público	Como a administração pública tradicional é vista como demasiado “gorda” em resultado da alta complexidade hierárquica, a solução que o modelo da NGP preconiza passa, necessariamente pela criação de várias pequenas organizações através da fragmentação da sua estrutura.
5. Mudança para uma maior competição no Setor Público	A desagregação das grandes unidades implica a competição entre as organizações do Setor Público. Defende-se a criação das condições necessárias para que possa existir competição entre as organizações que prestam serviço público.
6. Ênfase nos estilos de gestão praticados no Setor Privado	O princípio geral é que os privados adotaram e desenvolveram mecanismos internos de modo a procurarem sistematicamente baixos custos de produção que, posteriormente, lhes possibilite concorrer no mercado. O que falta nas organizações públicas, segundo este modelo, é a competição que se traduz num estilo de gestão mais capaz e responsável.
7. Parcimónia e disciplina no uso de recursos	Todas as componentes doutrinárias têm como objetivo último aumentar a eficácia, eficiência e a economia nos modos de prestação dos serviços públicos. O value-for-money (valorização do dinheiro dos contribuintes) deverá ser prosseguido. Tal, implica cortar custos, aumentar a disciplina de trabalho, em síntese, “fazer mais com menos”.

Fonte: Elaboração Própria tendo por base Mendes (2022)

Madeira (2012:24) acresce:

“Todavia, a introdução de mecanismos de mercado no seio da Administração Pública não é por si só suficiente, havendo necessidade de uma alteração na própria cultura administrativa instalada, convencendo os cidadãos de que são acima de tudo consumidores de serviços públicos e que cabe aos funcionários públicos a “venda” desses mesmos serviços, sujeitando-se a uma avaliação da qualidade dos mesmos”.

As principais críticas a este modelo, segundo Rocha (2014), são:

- O pensamento de que os modelos de gestão são sempre os mais indicados a serem aplicados aos serviços públicos sem ter em conta as especificidades das estruturas destes;
- Desequilíbrio na tomada de decisão devido à discordância entre a aplicação da descentralização e a redução dos níveis hierárquicos e querer-se um controlo financeiro e orçamental;
- A privatização gerou mais custos do que benefícios tal como era pretendido;
- Fragmentação Excessiva:
 - Existe uma carência de regulação/coordenação;
 - Há uma forte descentralização que leva a uma perda de controlo;
 - Criação de uma nova elite de gestores e a não diminuição da despesa pública.
- Cidadãos Vs. Clientes:
 - A cidadania é um princípio de organização da sociedade. Ser cliente e ser cidadão são coisas distintas que a NGP confundiu;
 - Pouca ou nenhuma atenção da NGP aos múltiplos atores sociais.
- Avaliação do desempenho e especificidade do modelo:
 - A avaliação do desempenho nos serviços públicos foi muito difícil e problemática;
 - A NGP foi um modelo britânico de difícil “exportação” por causa das diversas culturas e contextos diferentes.

O que se pode considerar como um modelo ótimo, o *one best way* de estrutura da Administração Pública, de facto não existe. Estamos agora perante o surgimento de um novo tipo de administração, a governança, em que a lógica associada às teorias de cidadania vem enriquecer o próprio modelo gestor.

1.2.6. Modelo de Governança

Segundo Rosa (2019) o conceito de Governança simboliza uma das abordagens pós-manageriais, inculcando que os gestores públicos nas administrações são considerados intermediários entre os diversos atores sociais, tentando promover a colaboração entre todos. Assim o gestor público não tem as mesmas funções de um gestor empresarial; aquele essencialmente procura gerir as dinâmicas sociais, com as suas complexidades, que visa solucionar os conflitos e procurar colaboração.

Já para Sørensen (2006:99) o termo Governança implica:

“A complex governing process in which a multitude of public and private actors interact to govern society”.

O presente modelo pode considerar-se como uma conjugação do modelo clássico, gestor e fortemente marcado pela ideia de cidadania. Concluiu-se que o cidadão pode contribuir para a Administração Pública ser mais recetiva, deixando de ser apenas um mero consumidor.

Assim, o cidadão tem uma maior responsabilidade ao ter de se envolver e participar de forma ativa na Administração Pública podendo também intervir no processo de formulação de políticas, devendo o Estado funcionar como um agente moderador e coordenador dos mais variados interesses manifestados por todos os interlocutores.

Segundo Madeira (2012) o Estado reinventa-se a cada momento, o que pode ser conseguido por três vias: a descentralização de competências para coletividades locais; a transferência de tarefas de serviço público para coletividades não públicas; a desburocratização e racionalização da gestão dos serviços públicos de grande dimensão.

A autora ainda acresce que ao Estado cabe a coordenação das atividades dos diferentes interlocutores. Neste modelo verifica-se que existe interdependência e confiança entre os vários atores bem como uma grande cooperação entre as instituições envolvidas. Num contexto democrático, cabe ao Governo mediar os diversos intervenientes no processo político.

De acordo com Correia, Mendes, & Bilhim (2019:150):

“A administração pública hodierna relaciona-se com base numa rede onde orbitam diversos autores, de diferentes setores e com diferentes objetivos e interesses. A emergência destas redes deve-se, em grande medida, às crescentes exigências que se colocam aos governos, aquando da definição, implementação e avaliação das políticas públicas. Para conseguir uma necessária maior aproximação

às exigências dos cidadãos, já não é possível atuar de forma centralizada, atuando através de decreto. É hoje premente que exista um normal e regular fluir do conhecimento entre as diferentes entidades públicas e as demais entidades, suportando em dinâmicas colaborativas para que assim a aproximação desejada, possa ser de maior qualidade, mais eficiente, mais eficaz e acima de tudo, colocando o cidadão no centro da sua atuação, procurando a satisfação das suas necessidades”.

Alguns diferentes atores sociais que trabalham em rede são:

- Os cidadãos;
- As organizações voluntárias;
- As organizações económicas;
- Os *media*;
- Autoridades locais.

Em suma, este modelo é caracterizado da seguinte forma:

- O processo político já não está concentrado no Governo;
- Desenrola-se num conjunto de instituições (*network*);
- O Estado partilha o poder agindo em parceria (Estado-Parceiro);
- O Estado mantém a função de coordenação dos vários interlocutores;
- Trata-se de um modelo como que intermédio, entre o tradicional modelo centralizado e um modelo mais aberto, onde a autoridade e o poder se encontram repartidos.

Durante este capítulo, foi possível compreender a evolução do Estado e dos Modelos de Administração e Gestão Pública.

Nas últimas décadas do século XX o tema da reforma administrativa passou a estar na agenda de grande parte dos Governos dos países industrializados. É num contexto de mudança e de novos desafios à Administração Pública que surge a NGP como modelo de reforma administrativa.

Mas com a alta necessidade de respostas rápidas aos cidadãos devido ao avanço tecnológico, à contante e imprevisível mudança dos mercados, levou a que a abordagem da NGP não fosse suficiente para responder às necessidades criando um novo paradigma: As Redes como um Novo Modelo de Governação.

No capítulo seguinte (Capítulo 2), irá abordar-se a temática das Redes como um Novo Paradigma de Governação.

Capítulo II
Redes como Paradigma de Governação

Com o avanço tecnológico, a globalização e a crescente necessidade dos cidadãos nas últimas décadas, como foi abordado no capítulo anterior, a Administração Pública passou por inúmeras reformas administrativas na tentativa de dar resposta às transformações e necessidades sentidas pela sociedade. Assim, surgiu a NGP que tem como objetivo incutir a conceção de que a relação entre o serviço público e o cidadão é similar àquela com o mercado.

O modelo de Governação posterior à NGP foi o modelo de “*Governance*” que mais tarde levou aos conceitos de rede.

Lim (2011:1) afirma que:

“The “top-down versus bottom-up government” debate has become largely irrelevant, the consensus being that traditional top-down government is increasingly ineffectual in today’s context. The discourse has instead turned to how governments can make that transition and thrive in a new environment in which collaboration and networking are the norm. Consequently, policymakers around the world are now experimenting with novel ways of collaboration that bring together diverse stakeholder groups and provide more integrated and holistic response”.

O modelo hierárquico/tradicional ficou enraizado nas culturas organizacionais, como sendo um modelo capaz de gerir de modo eficiente as organizações. Rodrigues (2009) afirma que este modelo assenta numa orientação vertical, através da autoridade e obrigatoriedade dos trabalhadores se ajustarem aos valores e objetivos das organizações.

Rodrigues (2009:35) sustenta ainda que:

“A divisão e a coordenação natural do trabalho são substituídas de forma consciente e planeada por arranjos institucionais de funções formalmente definidos e regulamentados. Neste tipo de coordenação, o controlo político exerce uma capacidade de comando e autoridade sobre as decisões de gestão do resto da estrutura, isto é, sobre a afetação de recursos para investimentos, despesas e manutenção do aparelho produtivo. As ordens de comando fluem do topo para a base, através de linhas claras e formais de comunicação. A regulamentação, o planeamento e a descrição pormenorizada da conduta dos agentes são as ferramentas de gestão mais adotadas. Como tal, o controlo é exercido *a priori* no intuito de verificar a conformidade da ação com o cenário previsto e pré-estabelecido. Assim, na impossibilidade de verificar constantemente, caso a caso, todas as situações, optou-se pela formalização dos procedimentos, aproveitando a repetição constante das tarefas”.

O autor supra citado, assevera que devido à reforma administrativa, muitos dos serviços públicos passaram a ser automatizados, privatizados ou até mesmo sentiram a necessidade de alterar os seus modelos de gestão para obterem uma maior flexibilidade organizacional, uma melhor especialização de competências, tornando-se mais competitivos e versáteis.

Para Carapeto & Fonseca (2006:24):

“As burocracias públicas, organizações tradicionalmente piramidais de gestão fortemente regulada, estão, atualmente, a sofrer profundos reajustamentos face a novas exigências sociais, num processo de mudança com uma forte componente tecnológica. Embora com limitações decorrentes dos constrangimentos jurídicos, das dificuldades em agir em organização e de formas de gestão que diferem de muito do setor privado, o processo de modernização administrativa tem assentado, em grande medida na implementação das TIC, tendo a administração vindo a desenvolver projetos como, por exemplo, serviços virtuais em linha dirigidos à disponibilização de informação e à prestação de alguns serviços, o que nos permite questionar as formas de organização do trabalho que durante muito tempo legitimaram o paradigma burocrático e leva alguns autores a descortinar a emergência de um novo paradigma organizacional «pós-burocrático»”.

Atualmente, as organizações e entidades encontram-se cada vez mais dependentes das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) aliadas à profissionalização o que leva a uma maior flexibilidade das mesmas. Giddens (2000) diz que futuramente é esperado que as organizações hierarquizadas e impessoais (perspetiva Weberiana) coexistam com organizações estruturadas em rede.

Complementando esta ideia, Lim (2011) defende que a tecnologia é o fator chave no surgimento da sociedade em rede, pois as TIC, embora sejam essenciais tem de se ter em mente que as novas formas de organização social não são determinadas pela tecnologia, mas sim condicionadas. A sociedade molda a tecnologia tendo como base as necessidades, valores, interesses e identidades daqueles que a utilizam e uma vez que os sistemas de políticas são independentes dos *inputs* dos espaços públicos de comunicação socializada para a modificação das exigências nas decisões coletivas, o processo de decisão política é também transformado pela ascensão da sociedade em rede.

Segundo Ferreira (2012:1):

“A desadequação entre as estruturas tradicionais do estado-nação e as novas realidades contemporâneas teve como efeito a emergência de um novo paradigma relacional, as redes, em que o enfoque está centrado nos fluxos comunicacionais de natureza predominantemente horizontal entre um conjunto de atores que ultrapassam claramente os tradicionais atores públicos e as relações de cariz hierárquico”.

De acordo com Cardoso (1998) a ideologia adotada no que concerne à hierarquia tradicional passa a ser alterada pela comunicação horizontal, enfatizando estratégias como a colaboração entre as organizações, como o *outsourcing* e também através da redução de níveis hierárquicos para que seja possível criar uma maior aproximação do topo com as pessoas diretamente relacionadas com o mercado.

No debate referente às configurações das estruturas tradicionais que delineiam a ação do Estado e as relações com outros atores, como as *networks*/redes Ferreira (2012:1) sustenta que:

“...apresentam-se como fundamental para o entendimento das mais recentes configurações da governança, que na atualidade, corporizam as dinâmicas relacionais de uma sociedade cada vez mais integrada a nível de fluxos, e não apenas de relações unidimensionais de hierarquia”.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Henttonen, Lahikainen, & Jauhainen (2016) após estudo empírico, comprovaram que as instituições públicas se devem focar nos modelos de Governança mais colaborativos, flexíveis e baseados em rede, para promover a aprendizagem, o uso dos recursos de forma mais eficiente e também de aprimorar a capacidade de planejar estratégias e na resolução de problemas.

Assim, considera-se que as redes são importantes na medida em que estas modificam o papel do Estado, presumindo que haverá uma interdependência entre os atores, onde se permutam recursos diferenciados, mas com objetivos comuns.

Complementarmente, Sanchez (2018:53):

“Nesta perspectiva de governança pública, o Estado passa a fazer parte de uma rede de relações formada com diversos atores. Para tal, as funções antes concentradas no Estado e de sua responsabilidade, são transferidas aos demais atores participantes da rede.

Muitas vezes, o Estado já não pode comandar os outros: em vez disso, deve contar com mecanismos de direção mais limitados. Todas as organizações envolvidas num arranjo em rede dependem um dos outros para a troca de alguns de seus recursos e para atingir seus objetivos”.

2.1. Redes

A noção de rede surgiu na década de noventa, associada principalmente ao conceito de complexidade, existindo inúmeras noções do que são as redes.

Para Kapucu (2014:30):

“As public problems have become more and more complex, there has been a realization that individual government agencies working alone can no longer handle them. Instead, there has been a growing emphasis on replacing hierarchical bureaucratic structures with more integrated horizontal networks. These networks have been the focus of recent works on collaborative public management involving a variety of network arrangements”.

Ainda para o mesmo autor, a complexidade é definida como sendo os desafios e incertezas que surgem ao coordenar e governar através de redes, se tomam decisões políticas e implementam políticas. As redes são percebidas como sistemas complexos que apresentam qualidades emergentes, que são flexíveis à mudança e que têm a capacidade de auto-organizar.

Para Neves (2010:203):

“A desatualização das formas de coordenação hierarquizadas tenderam a dar lugar, numa primeira fase, a formas de coordenação decorrentes das relações do mercado, relações entre clientes e fornecedores, mas estas rapidamente foram substituídas, na década de 90, pelas redes, como modelo organizacional suscetível de garantir uma coordenação altamente descentralizada”.

As redes envolvem atores que são interdependentes e capazes de combinar o capital humano de forma a participar de maneira colaborativa na resolução de problemas. Para garantir que as decisões sejam tomadas em prol da comunidade, de acordo com Rodrigues (2009) deve-se ter o maior número de atores sociais para auxiliar nos processos.

O mesmo autor defende que existem quatro pontos que descrevem o modelo das redes que estimulam a participação da sociedade:

- 1) Ter como objetivo a aproximação dos consumidores e produtores de bens e serviços públicos, sem afetar os graus de liderança e a capacidade de orientação que o governo deve assumir de forma a assegurar a realização das atividades onde a sociedade deverá desempenhar um papel de coprodução nos serviços em que sentem necessidade;

- 2) Enquanto a autoridade e a concorrência são mecanismos de controlo e coordenação, nos modelos de Governação e mercado, a mutualidade representa o mecanismo utilizado nas redes, ou seja, cada elemento participante no processo controla a ação e este é controlado pelos restantes membros;
- 3) A responsabilidade não cabe agora apenas ao Governo, mas também aos cidadãos;
- 4) O mais importante neste modelo é a forma e o processo nas tomadas de decisão.

O controlo e a coordenação da produção de bens e de serviços públicos apresentam formas alternativas que são agrupadas em três modelos, segundo Rodrigues (2009):

- 1) **Hierarquia** - Compreende a produção de bens e serviços através de mecanismos de autoridade onde as relações são estabelecidas no seio de organizações burocráticas.
- 2) **Mercado** - O Governo descarta as tarefas de produção, procurando junto do mercado soluções eficientes para o fornecimento de bens e serviços. As relações entre os agentes acontecem num espírito de concorrência e competitividade, na expectativa que conduzam à adoção de soluções mais eficientes do que as estruturas burocráticas da Administração Pública.
- 3) **Network** - O Governo cria parcerias com entidades externas, num espírito de confiança e colaboração, como forma de resolver problemas complexos da sociedade atual.

Em seguida, na figura 1 apresenta-se um resumo das diferenças que existem entre os três modelos de Governação tendo por base Mota & Bittencourt (2019):

Figura 1 - Modelos de Governação

MODO DE GOVERNAÇÃO	HIERARQUIA	MERCADO	REDES
TIPO DE RELAÇÕES	Hierárquicas	Autónomas	Interdependentes
BASE RELACIONAL	Comando e controlo	Trocas e competição	Cooperação
BASE NORMATIVA	Rotinas e supervisão	Normas contratuais e preços	Cuidados reputacionais e negociação
CONTROLO E AVALIAÇÃO	Normas e padrões, rotinas e supervisão (gestão via <i>inputs</i>)	Padrões de desempenho e cumprimento de contratos (gestão via <i>outputs</i>)	Ativação e gestão de parcerias e prossecução de objetivos comuns (gestão via <i>outcomes</i>)

Fonte: Mota & Bittencourt (2019:201)

Rhodes (2007) considera as redes como uma característica de governança e questiona a diferença destas em relação às hierarquias e aos mercados. Para este autor, as hierarquias são definidas pela autoridade e pelas normas, os mercados pelos preços e competição, enquanto as redes se diferenciam pela confiança e diplomacia.

Para Borzel (1998:254):

“O uso do conceito de redes varia consideravelmente entre diferentes disciplinas e dentro destas. Todas partilham um entendimento comum, um entendimento mínimo de redes de governança como um conjunto relativamente estável de relações que são não hierárquicas, mas sim interdependentes, ligando um conjunto de atores que partilham interesses comuns relativamente a uma política e que trocam recursos para perseguir estes interesses partilhados, reconhecendo que a cooperação é a melhor forma de atingir objetivos comuns”.

Uma vez que as estruturas em rede são como um agrupado de organizações que se relacionam e que as relações entre os intervenientes se focam numa perspetiva coletiva, as redes adquirem uma natureza multiorganizacional tendo em vista a otimização dos recursos, a melhoria dos processos e dos níveis de eficácia e eficiência das atividades.

Kapucu (2014:33) sustenta que:

“The mission of a network is to address a specific complex problem by allocating resources and a large budget while managing its interorganizational capacity and expertise. Each actor in the network must have defined roles and responsibilities to ensure proper contribution to the mission, but the inability to hold any one actor accountable amidst shared responsibility is a potential issue”.

Neves (2010) afirma que as redes presumem sempre relações de permuta, de interdependência recíproca e dinâmica. A sua configuração depende dos objetivos, do tipo de intervenientes, do tipo de relações, das capacidades e competências partilhadas e das características do meio envolvente.

Ainda para Neves (2010:204):

“As redes formam-se em razão de uma racionalidade económica na gestão de recursos, mas também de outras racionalidades, da racionalidade dos atores. Estamos perante lógicas económicas, mas também lógicas ligadas à aprendizagem interativa, da importância das relações sociais nas próprias transações económicas, da inovação e da cooperação na procura de acréscimo de valor. A organização em rede, é considerada por muitos como o modelo capaz de eliminar as desvantagens da integração pela hierarquia, com altas deseconomias de escala, e da integração pelo mercado com altos custos de transação”.

A eficácia das redes mede-se, de acordo com Neves (2010), pelos:

- Ganhos estratégicos que decorrem da partilha de competências, objetivos e estratégias;
- Ganhos económicos pela redução de custos, pela qualidade dos investimentos e pela evolução na cadeia de valor;
- Ganhos comportamentais pela confiança, laços sociais e pelo desenvolvimento de uma cultura comum.

Já a eficiência, tendo por base Torfing (2005:310), pode ser vista como:

- (i) Identificação de problemas e oportunidades, produzindo soluções flexíveis que permitem o seu ajustamento consoante a complexidade e variedade dos problemas, isto é, favorecem a governança proativa;
- (ii) Partilha e agregação de informação e conhecimento entre atores, que se transformam numa mais-valia na formulação de políticas;
- (iii) Estabelecimento de um quadro para a formação de consensos ou para a minimização dos conflitos entre atores;
- (iv) Redução do risco de resistência dos atores à implementação das políticas estabelecidas.

Muitos argumentam que as redes possam ser uma resposta às falhas de mercado e às falhas de coordenação hierárquica e embora apresente dificuldades, este modelo é capaz de produzir resultados que não seriam possíveis num modelo de mercado ou de hierarquia.

As vantagens da coordenação em rede são notáveis, pois permite obter conhecimentos especializados, uma utilização de recursos mais eficiente, incremento das capacidades de planeamento, oportunidades na resolução de problemas complexos, criando uma maior competitividade.

As dificuldades sentidas começam na sua criação e manutenção na forma como serão partilhados os recursos, a informação, na partilha de resultados, sendo necessário desde logo criar regras explícitas e desenvolver uma linguagem comum, para que os diferentes atores de diversas áreas possam comunicar de forma eficaz e tomar decisões assertivas.

As Redes de Governação podem apresentar dificuldades no que concerne ao tempo efetivo na tomada de decisão, juntamente com os seus custos, mas também o possível conflito entre os atores na eventualidade de não existirem as normas explícitas sobre os papéis e responsabilidades de cada um.

No que toca às complexidades nas fases de tomada de decisão, Peters (2009) sustenta que as dificuldades podem ser devidas a quatro razões:

- **Decisão** – Devido à qualidade reduzida das decisões pela possível negociação entre os atores se realizar pelo “mínimo denominador comum”;
- **Participação** – Devido à possibilidade de se criar uma rede onde os membros são elitistas e restritos ao invés de serem inclusivos;
- **Coordenação** – Na dificuldade de coordenar a atuação de diferentes organizações, devido à excessiva fragmentação e especialização das mesmas;
- **Accountability** - Diminuição da capacidade de controlo das ações dos diversos atores intervenientes, por parte do poder político e dos cidadãos.

Ao longo dos tempos, tem existido um debate de que a Governação, as políticas ou as redes de gestão pública auxiliam o setor público a mobilizar recursos de atores não estatais com vista à prestação de serviços mais eficazes e na formulação de políticas públicas.

Para Klijn (2008) existem três tipos de redes:

- **Redes de Políticas** - Foca-se no papel dos diversos atores no processo de decisão das redes de políticas, sobre o seu poder e qual o acesso no processo de decisão.
- **Implementação e Prestação de Serviços** - Assume uma perspetiva interorganizacional e atenta às redes como veículos para a prestação de serviços e para a implementação.
- **Redes de Governação** – Concentra-se na complexidade dos processos na tomada de decisão e na relação com os resultados. Esta tipologia considera que os processos de Governação em redes são um efeito da sociedade moderna.

Torring (2005) refere que os teóricos das redes percecionam estas como um modelo alternativo ao Estado e aos mercados e que se pode distinguir de três formas:

- **Na Relação Existente entre os Atores** – As redes podem ser caracterizadas como sistemas de Governação pluricêntricos, confrontando-se com os sistemas de Governação unicêntricos (hierarquias) e multicêntricos (mercado).
- **Nos Termos do Processo de Decisão** – As redes baseiam-se numa racionalidade refletiva, as hierarquias baseiam-se numa racionalidade substantiva e os mercados numa racionalidade de procedimentos.

- **Na Aceitação das Soluções Coletivamente Negociadas** – É garantida pela generalização da confiança e das obrigações políticas, que são sustentadas por regras autoinstituídas e por normas, ao invés das sanções legais do Estado (hierarquias) e do medo das perdas económicas no mercado.

Por fim, Sørensen & Torfing (2007), identificaram quatro abordagens teóricas das redes:

- **Teoria da Interdependência** - Define as redes de Governança como uma mediação de interesses entre atores interdependentes, embora conflitantes, compreendendo a formação de redes como forma de os atores envolvidos encontrarem soluções conjuntas para problemas comuns e para contornar a fragmentação institucional, mantendo-se coesa pela interdependência mútua e pela elaboração de normas;
- **Teoria da Governabilidade** - Define as redes como formas de coordenação horizontal entre atores que interagem entre si, observando as redes como estruturas de “jogos” que promovem a negociação entre atores, mantêm-se coesas pela noção antecipada de ganhos e de partilha de recursos;
- **Teoria de Integração Normativa** - Interpreta as redes como espaços de interação que congregam atores num determinado domínio, sendo formadas por processos *bottom-up* que, se avaliados positivamente, dão origem a situações de isomorfismo, mantendo-se coesas através da emergência de regras e valores comuns;
- **Teoria da Governamentalidade** - Define as redes como formas desenvolvidas pelo Estado com o objetivo de mobilizar e enquadrar ações livres de atores, considerando que as redes são desenhadas e enquadradas por narrativas que tentam mobilizar esses atores para exercerem poder.

2.2. Governança em Rede

Rhodes (1996) afirma que a Governança deve ser compreendida como uma alteração na forma de governar, isto é, que deve ser entendida como um novo processo com novas normas. No setor público a forma tradicional é feita através de um regime de leis, regras, decisões judiciais e práticas administrativas que condicionam e que permitam o fornecimento de bens e serviços através das relações entre os diferentes atores (Lynn, Heinrich, & Hill, 2000).

Sanchez (2018:54), citando Kickert (1997), identifica três aspectos importantes para a Governação no setor público:

“O contexto, a complexidade e a própria governança. O contexto específico do setor público envolve necessariamente um alto grau de complexidade. Esta complexidade implica uma forma diferente de governança, nem central, nem de cima para baixo. A administração pública não pode ser isolada do contexto social e político, nem em geral, nem especificamente. O contexto específico do governo, leva ao aspecto da complexidade. Os participantes de uma rede complexa política incluem diversos atores, com grandes diferenças entre eles e muitos relacionamentos diferentes entre eles, que, por definição, significa um alto nível de complexidade. Tal complexidade significa negociar, empurrar e puxar, dar e receber e implica uma forma diferente de governança”.

O modelo de Governação em Rede tem vindo a estimular a necessidade de refletir sobre os pressupostos administrativos e gestionários.

Klijn, Edelenbos, & Steijn (2010) caracterizam a Governação em Rede como a complexidade no processo de interações, na tomada de decisões e na implementação e elaboração das políticas públicas.

Stoker (2006:41) afirma que as redes de Governação são:

“...a particular framing of collective decision making that is characterized by a trend for a wider range of participants to be seen as legitimate members of the decision-making process in the context of considerable uncertainty and complexity”.

Para Freire, Kempner-Moreira, & Júnior (2020:13):

“A formação de redes apresenta-se como uma estratégia adequada para o alcance de objetivos individuais e coletivos, mas exige que seus partícipes governem o *Commons* da rede, respeitando a individualidade, a autonomia e as regras coletivas. Isso requer uma governança capaz de promover interação entre *stakeholders* internos e externos, fomentando ações coerentes e coordenadas para o alcance dos objetivos estratégicos da rede e que a levem a sair do estágio inicial de troca para o estágio de rede de aprendizagem”.

No entanto, há fatores críticos que (im)possibilitam o (in)sucesso de Governação em Rede.

Para ser possível realizar uma análise de quais os fatores críticos de sucesso das redes, é importante ter em consideração que não é adequado utilizar os conceitos como, por exemplo, de eficiência de custos ou eficácia das operações uma vez que estas são mais apropriadas para os modelos tradicionais. Devem-se analisar conceitos voltados para os processos de colaboração.

Mota & Bittencourt (2019:206) afirmam que se destacam três níveis de efeitos ou resultados nas redes:

- 1) **Nível do Desenvolvimento** - Referem-se ao capital social, intelectual e político, bem como à promoção de estratégias de atuação mais inovadoras;
- 2) **Nível de Coordenação** - Relacionam-se com a ação e a aprendizagem conjunta;
- 3) **Nível da Criação** - Referem-se a novas parcerias e/ou de novas instituições, bem como à criação de um ambiente sistêmico menos conflituoso e mais harmonioso.

Em seguida apresentam-se os fatores considerados de sucesso nas redes de colaboração, tendo por base o artigo de Mota & Bittencourt (2019:208-212):

a. Fatores Internos ao Processo Colaborativo

Os fatores referentes ao processo colaborativo dependem da capacidade das redes em promover o diálogo, criar relações de confiança estáveis e lógicas de ação recíproca, assegurar a dedicação e o compromisso dos atores, promover entendimentos e visões comuns e alcançar resultados intermédios.

No que concerne ao diálogo, este deve ser tanto quando possível presencial para diminuir o risco de desentendimentos e criação de estereótipos.

Relativamente à criação de entendimentos e visões comuns, é essencial criar uma conciliação de interesses, expectativas para trabalharem todos em prol dos mesmos objetivos criando-se ambientes de partilha e transparência entre os atores.

b. Condições Iniciais e Antecedentes da Criação das Redes

Os princípios a ter em conta são as condições contextuais externas e o histórico do desempenho do setor, a legitimidade dos atores, as características dos parceiros e seus antecedentes.

Em relação às condições contextuais externas e ao histórico de desempenho, é provável que as relações interorganizacionais sejam bem-sucedidas tendo um ambiente complexo, já na legitimidade organizacional é mais propício quando este comportamento for encorajado por uma organização líder,

na construção das relações de cooperação e na reputação da organização. No que diz respeito às características dos parceiros, serão melhores quando estes partilham da mesma visão na resolução de problemas e objetivos.

c. Gestão de Redes

A gestão de redes pode apresentar dois níveis de intervenção distintas conforme se mostra no quadro 4, com base em Mota & Bittencourt (2019).

Quadro 4 - Níveis de Intervenção da Gestão de Redes

Abordagem	Descrição
Indireta	<i>Goal and framework framing</i> - Através da construção de narrativas sobre a missão da rede, da especificação dos interesses para atingir os objetivos comuns. ou <i>Institutional Design</i> - Através da definição clara dos objetivos, dos membros e das regras de interação.
Interventiva	<i>Process Management</i> - Através das funções da gestão dos processos reduzir as tensões através do controlo da agenda, da arbitragem dos conflitos e da promoção de aprendizagem mútua. ou <i>Participation</i> - Através da participação direta nas atividades da rede.

Fonte: Elaboração Própria com base em Mota & Bittencourt (2019)

Em seguida, serão abordados dois aspetos que se enquadram na gestão de redes: o desenho institucional e a liderança.




c.1. Desenho Institucional

De acordo com Provan & Kenis (2007) a forma de Governação em Rede é determinada pelo desenho institucional das redes.

As redes podem ser intermediadas ou não, isto é, as redes podem ser completamente governadas pelas organizações que as compõem, ou, por uma só organização ou, ainda através de um sistema debilmente articulado entre as organizações que as compõem.

O desenho institucional das redes, determina os tipos de forma de Governação. Na figura seguinte (figura 2) apresenta-se uma síntese dos diferentes tipos de forma de Governação.

Figura 2 - Tipos de Forma de Governação

TIPO DE FORMA DE GOVERNAÇÃO	GOVERNAÇÃO PARTILHADA	ORGANIZAÇÃO LÍDER	ORGANIZAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DA REDE
Configuração gráfica			
Estrutura	Inexistência de estrutura administrativa; Participação na gestão da rede por todos os membros.	A entidade administrativa (e gestora da rede) é um membro da rede mais poderoso.	Entidade administrativa distinta desenhada para gerir a rede.
Número ótimo de participantes	Baixo.	Elevado.	Elevado.
Tomada de Decisão	Descentralizado.	Centralizado.	Misto.
Vantagens	Participação e compromisso dos membros; fácil formação.	Eficiência; clareza da direção da rede.	Eficiência na gestão cotidiana; envolvimento estratégico dos membros-chave; sustentabilidade.
Desvantagens	Ineficiente – encontros frequentes, dificuldade de obter consensos, sem “representante” da rede.	Domínio pela organização líder, falta de compromisso pelos membros.	Perceção de hierarquia, custo de operação, complexidade de administração.

Fonte: Mota & Bittencourt (2019:211)

De um modo geral a “Governação partilhada” é mais apropriada quando existe um número de participantes mínimo e um alto nível de confiança. Ao invés a “organização líder” é preferível quando o nível de confiança é baixo, mas existe um número de participantes elevado. A Governação através de uma “organização de administração da rede” é mais adequada quando existe um elevado número de membros e há necessidade de um elevado nível de profissionalização da rede.

c.2. Liderança

A liderança no modelo de Governação em Rede é um fator essencial a ter em conta.

Mota & Bittencourt (2019:212) afirmam que:

“a importância da «liderança facilitadora» advém da necessidade de haver um processo consciente de desenvolvimento de regras de interação, de promoção de confiança, de facilitação do diálogo e de exploração de ganhos mútuos, que se afirma como particularmente significativo quando os incentivos à participação são baixos, ou quando existe assimetria de poder ou um historial de antagonismos”.

Além dos fatores analisados, Agranoff & McGuire (2001) fazem notar que há quatro tipos de funções designadas à gestão das redes:

- **Ativação** – Reconhecimento e integração das pessoas/organizações adequadas que detenham especialização, recursos financeiros e autoridade;
- **Contextualização** – As estruturas e as divisões do trabalho devem ser definidas bem como a cultura e a identidade da rede;
- **Mobilização** – Por forma a estimular o compromisso dos atores e parceiros;
- **Sintetização** - Deve ser criada uma simplificação entre os atores para promover a confiança e partilha de informação.

Para Kapucu (2014) o modelo de Governação em rede representa uma possível melhoria às práticas democráticas ao fornecer novos caminhos para os atores elaborarem e implementarem as políticas públicas.

Neste capítulo analisámos o que são as redes e a sua importância nos dias de hoje. As redes são importantes porque geram uma maior competitividade entre as organizações, inovação e têm em vista a satisfação dos cidadãos e pretende que este faça parte disso mesmo, ao permitir que diversos atores de inúmeras áreas distintas trabalhem em conjunto.

Embora em Portugal esta forma de Governação seja pouco praticada, uma vez que ainda estão enraizados os modelos tradicionais, instituições como o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Amadora, por exemplo, praticam este modelo.

O próximo capítulo centrar-se-á na parte prática do presente estudo, onde iremos apresentar uma proposta de modelo de Governação em Rede no Setor da Saúde em Portugal.

Capítulo III

Proposta do Modelo de Governação em Rede no Setor da Saúde

Os sistemas de saúde surgiram como resultado da necessidade de fornecer cuidados médicos e serviços de saúde às populações. Ao longo da história, diferentes abordagens e modelos de cuidados de saúde foram desenvolvidos dependendo de fatores culturais, económicos e políticos.

Um sistema de saúde consiste em todas as organizações, instituições e recursos cuja proposta primária é melhorar, promover, restaurar ou manter a saúde. Isto inclui esforços para influenciar os determinantes sociais da saúde, assim como atividades mais diretamente relacionadas à melhoria da saúde.

Braun & Centeno (2018:2) referem que os sistemas de saúde criados pelos diferentes países:

“... resultam da interação de um conjunto de elementos, especialmente nos âmbitos da população coberta e dos serviços incluídos, das fontes de financiamento e disponibilização dos recursos, bem como da organização da oferta e prestação dos serviços. O modo de financiamento e o tipo de provisão são características importantes que os diferenciam e que, em ambos os casos, percorrem uma escala ampla: desde o predominantemente público ao predominantemente privado. Todos têm associada uma componente assistencial tanto mais relevante quanto menor a abrangência da componente pública”.

Relativamente às reformas, para Carvalho (2009:27):

“As reformas do setor público de saúde têm sido uma constante em todos os países desenvolvidos ao longo das últimas três décadas. De acordo com vários graus de intensidade, é comum às políticas públicas que sustentam estas reformas, insistirem na reestruturação profunda dos sistemas de saúde e das formas de governo e gestão das instituições hospitalares, com o objetivo declarado de introduzir mais eficiência, mais qualidade e de diminuir, sensivelmente, os custos de funcionamento dos hospitais”.

Neste capítulo final pretende-se elaborar uma proposta de um Modelo em Rede Aplicado ao Setor da Saúde Português, onde serão analisados os atuais intervenientes e perceber se o sistema de saúde se encontra (des)centralizado, onde existem conflitos de “poder” e posteriormente propor um modelo que coopere em rede.

A metodologia centra-se, inicialmente, na análise qualitativa do setor da saúde, como é que opera, quais os principais intervenientes, qual o papel do Estado e o seu financiamento. Após esta análise detalhada, será proposto um modelo em rede, que pretende descentralizar poderes, onde todos os intervenientes assumam o mesmo nível de responsabilização. No fundo propõe-se um modelo que tem como objetivo criar soluções para o que são consideradas lacunas na saúde.

3.1. Gênese dos Sistemas de Saúde Europeus

Foi com o Estado Providência, que se criaram as bases dos sistemas de saúde. Tendo como objetivo a proteção dos operários industriais com menos rendimentos, os empregadores foram obrigados a participar financeiramente na garantia ao acesso aos cuidados médicos e posteriormente a toda a população.

De acordo com Carvalho (2009) esta noção surgiu em 1883 na Alemanha por Bismark. Contudo, o mesmo apresentava limitações incontornáveis que resultavam de as contribuições serem provenientes apenas dos rendimentos dos trabalhadores. Como forma de superar esta limitação, Beveridge (1940) propôs basear o financiamento dos serviços de saúde na riqueza total do país, tornando-se, desta forma, o “fundador” do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A evolução dos sistemas de saúde ao longo do tempo conduziu, na maior parte dos casos, a que se estabelecessem modelos de natureza mista reunindo características de ambos os modelos (Simões, 2009).

O modelo de Bismarck tinha como objetivo o acesso dos trabalhadores a tratamentos de saúde através da criação de seguros que eram assumidos na integridade pelos empregadores embora em alguns casos, fossem partilhados com os funcionários através de contribuições regulares que tinham como objetivo a cobertura parcial ou total assumindo o risco perante uma situação de doença.

Segundo Simões (2003:7) o respetivo modelo surgiu devido às seguintes razões:

“Em primeiro lugar a constatação de que um número vastíssimo de trabalhadores envolvidos em obras exigentes era vítima de acidentes de trabalho, mas também de devastadoras doenças transmissíveis, preocupou governos e empregadores, em especial com as perdas de produtividade. *No World Health Report 2000*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que, durante a construção do Canal do Panamá, quando se compreendeu que os mosquitos eram responsáveis pela transmissão do paludismo e da febre amarela, se realizou um esforço no sentido da prevenção dessas doenças, de que também beneficiaram as comunidades locais (WHO, 2000). Surge assim a necessidade de fornecer aos trabalhadores cuidados de saúde de uma forma integrada, que permitiriam travar o decréscimo da produtividade laboral associada à doença.

Em segundo lugar o impacto de doenças no ambiente das guerras: a guerra da Secessão nos EUA, a guerra da Crimeia e a guerra dos Boers demonstraram que os soldados sucumbiam em maior número devido a doenças, do que em resultado das balas ou das baionetas dos seus inimigos. Era, pois, urgente limitar o impacto das doenças no cenário militar.

Em terceiro lugar a intervenção política crescente de movimentos socialistas na Europa induziu alguns governos, com destaque para o de Bismarck na Alemanha, a retirar aos sindicatos a gestão dos nascentes seguros de doença que lhes permitia cativar o apoio dos associados e criar a autonomia financeira necessária para encetar, com boas expectativas de êxito, ações de reivindicação política e laboral”.

Segundo Madeira (2012:34):

“Mais tarde, já no início da década de 40 do século XX, em plena Segunda Guerra Mundial, assiste-se à destruição de inúmeras estruturas de saúde, mas também ao crescimento de um grande sentimento de solidariedade entre os cidadãos. No Reino Unido optou-se pela intervenção do Estado. Era notória a necessidade de um serviço de saúde que servisse todos os cidadãos e a organização de todos os clínicos gerais em centros de saúde”.

Daí surge o modelo de Beveridge que define a saúde como um bem-estar necessário para o desenvolvimento da segurança a nível social garantindo o acesso a todos os cidadãos.

Madeira (2012:34) sustenta que:

“Em 1942, segundo o Relatório Beveridge, os serviços de saúde são a base da criação de um sistema viável de segurança social. Este relatório propõe um Estado interventor com uma capacidade de respostas mais abrangente que a preconizada por Bismarck. O modelo de Beveridge representava, assim, um sistema: universal (abrangia todos os cidadãos), unificado (a quotização cobre o cidadão relativamente aos aspetos de risco social) e uniforme (as prestações são independentes do rendimento)”.

Em 1948 foi criado no Reino Unido o *National Health Service (NHS)* que tinha como objetivo dar resposta à população ao nível de cuidados de saúde, sem quaisquer restrições, sendo o Estado responsável pela parte financeira e administrativa.

A base universal deste modelo, segundo Fernandes (2015) é a seguinte:

- A ideia de um Estado interventivo;
- A importância de minimizar as situações de risco;
- A promoção de uma segurança social desde o nascimento até à morte de todos os cidadãos;
- A atribuição de prestações sociais, independentemente dos rendimentos ou da contribuição específica dos cidadãos.

De um modo geral, ambos os modelos ainda se encontram na base dos sistemas de saúde europeus que se baseiam na solidariedade, universalidade e na equidade na prestação de cuidados. A maior distinção entre estes é no modelo de financiamento: no modelo de Bismarck, os cidadãos usufruem dos cuidados de saúde através de organizações privadas sendo os empregadores e os colaboradores que pagam determinadas taxas para obter acesso aos cuidados de saúde, enquanto no modelo de Beveridge o financiamento é com base em impostos, por via do Orçamento de Estado.

3.2. Reformas no Setor da Saúde

As reformas encetadas nos sistemas de saúde, particularmente na Europa, são apresentadas como inevitáveis, sob a argumentação de que é imprescindível aumentar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos sistemas de saúde públicos nacionais. Não é consensual a tipificação dos diferentes períodos das políticas de saúde em Portugal sendo que, para a maioria dos autores, aquela tem grande correspondência com os ciclos políticos (Carvalho, 2009).

Simões (2003) sustenta que para alguns autores existe uma certa complexidade em conhecer com rigor os princípios em que se baseiam as reformas, mas que é um facto que os sistemas de saúde são influenciados pela sociedade, pelos fatores políticos, económicos e sociais, mas também pelo próprio funcionamento dos sistemas de saúde, ou seja, nos recursos existentes, nas desigualdades ao acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, com as despesas e a eficiência na prestação de cuidados.

Em Portugal, antes do 25 de abril de 1974, a saúde dispersava-se por várias entidades prestadoras de cuidados, como por exemplo, as misericórdias, os serviços médico-sociais, os serviços de saúde pública, os hospitais estatais e os serviços privados, ou seja, o Estado não assumia responsabilidade em fornecer serviços de saúde à população.

Paulo (2010:4) afirma que:

“Os serviços de saúde, em Portugal, sofreram mutações ao longo do tempo, acompanhando os conceitos sociais, religiosos e políticos, de forma a dar resposta às patologias associadas às diferentes épocas. Até à designada “Reforma de Gonçalves Ferreira” (1971), a prestação de cuidados de saúde era, sobretudo, de natureza privada, havendo, contudo, cuidados mínimos de saúde prestados aos pobres pelas Misericórdias, isto é, hospitais das obras de caridade religiosas. Só a partir desta data é que se reconhece, pela primeira vez, o direito à saúde, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política integrada de saúde”.

Em 02 de abril de 1976, foi consagrado, no artigo 64.º, da CRP, o direito à saúde:

“1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;

c) Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos;

d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde;

e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico”.

Já a 15 de setembro de 1979, foi publicado em Diário da República, a Lei n.º 56/79 que criou, no âmbito dos Assuntos Sociais, o SNS, “pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde nos termos da Constituição”.

Paulo (2010:4) sustenta que foi em 1979 que:

“...se reuniram todas as condições necessárias à criação do SNS, onde o Estado seria responsável por atestar que todos os cidadãos teriam iguais direitos no que concerne à proteção e acesso a cuidados de saúde gratuitos e universais, independentemente do seu estatuto económico e social, sendo este sistema financiado por impostos, usufruindo de autonomia financeira e administrativa. Estes cuidados de saúde incluem cuidados de saúde integrados, vigilância da saúde, diagnóstico e tratamento de doentes, prevenção de doenças e reabilitação médica e social”.

O setor da saúde depara-se de forma cada vez mais frequente com fatores mutáveis que influenciam os sistemas de saúde (e consequentemente os hospitais), que vão para além de questões técnicas. O envelhecimento das populações, a alteração dos padrões de doença, a mobilização dos profissionais de saúde entre países e a introdução de novas tecnologias médicas e farmacêuticas, levam a que os cidadãos tenham uma expectativa diferente relativamente aos seus cuidados de saúde, exigindo serviços mais eficientes a nível operacional e com maior capacidade de resposta.

Como tentativa de resposta, surgiram novas estruturas de *governance* hospitalar. Criaram-se conselhos de supervisão quase independentes, com autonomia para tomar decisões operacionais e financeiras que dispensavam aprovação política (Carrapato, 2020).

3.3. Caraterização do Setor de Saúde em Portugal

O sistema de saúde português encontra-se sob a direção e comando de diferentes órgãos e entidades da administração central e regional de entre as quais se destacam as seguintes:

- **Ministério da Saúde** - É o Departamento Governamental que tem como missão a definição e planeamento da política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados.
- **Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)** - É um instituto público que tem como missão assegurar o planeamento e gestão dos recursos financeiros do Ministério da Saúde e do SNS, o planeamento dos recursos humanos e da malha de instalações e equipamentos na área da saúde, bem como a contratação da prestação de cuidados, em articulação com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS).
- **Administrações Regionais de Saúde (ARS)** - São institutos públicos que tem por missão o foco no planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersectorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde.
- **Entidade Reguladora da Saúde (ERS)** - Tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social. As suas atribuições compreendem a supervisão da atividades dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos estabelecimentos, a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade e demais direitos dos utentes, e verificação da legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

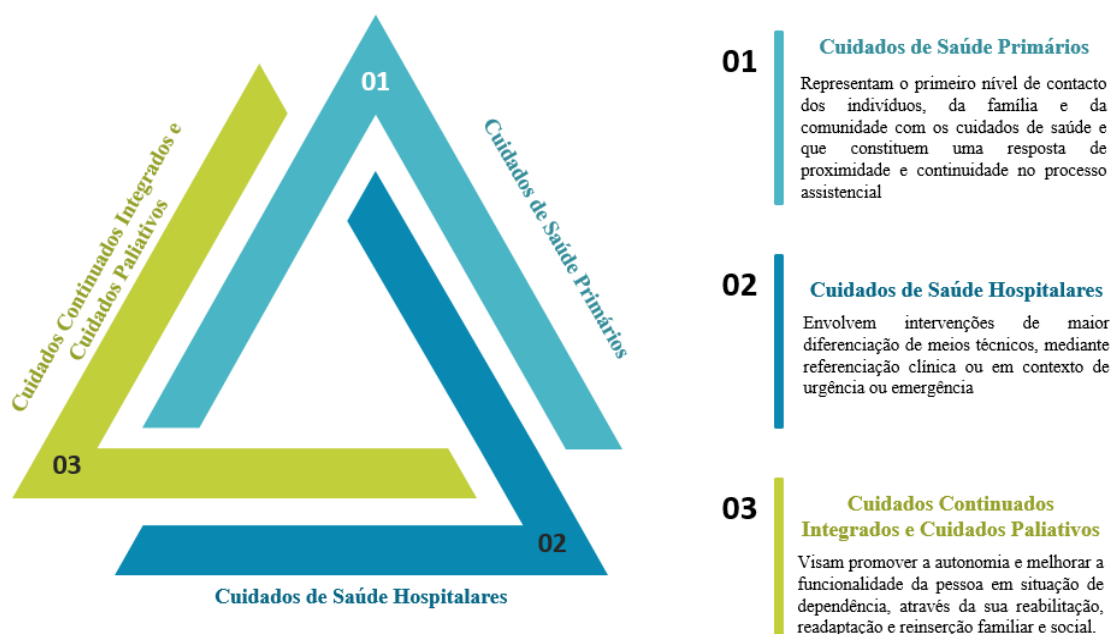
Em Portugal, ao longo dos últimos quarenta anos, o sistema de saúde caraterizou-se pela sua natureza mista, traduzida num quadro de cooperação e de contratualização entre os setores público, privado e social (Cabral, 2009).

Para Fernandes & Nunes (2016:217):

“O sistema de saúde, em Portugal caracteriza-se por uma cobertura universal (em termos da população servida) e geral (em termos das especialidades oferecidas), de matriz predominante pública, integrando financiamento e prestação repartida por três segmentos fundamentais - cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados. Apesar da presença dominante, ao nível do financiamento e da prestação, mantida desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a participação do setor privado, nos últimos anos, tem vindo a ser crescente nos diferentes níveis do financiamento e da prestação de cuidados”.

De acordo com o n.º 1, do art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, os níveis de cuidados abrangidos pelo SNS são apresentados na figura 3.

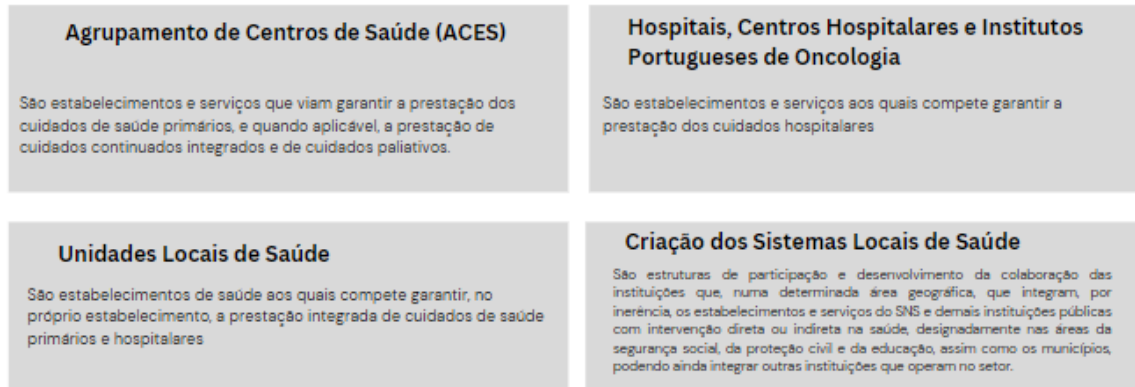
Figura 3 - Níveis de Cuidados de Saúde



Fonte: Elaboração Própria com base no n.º 1 do art.º 7, do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 04 de agosto

Em seguida, na figura 4 baseada nos art.º 10.º e 13.º do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, apresentam-se as Unidades de Saúde.

Figura 4 - Unidades de Saúde Pertencentes ao SNS



Fonte: Elaboração Própria com base no art. 10.º e art. 13.º do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 04 de agosto

No que concerne ao funcionamento dos hospitais, estes celebram com o Ministério da Saúde Contratos-Programa plurianuais, nos quais devem constar os objetivos quantitativos e qualitativos a atingir, a calendarização e os recursos necessários para tal.

Viana & Centeno (2019:i) afirmam que:

“A prestação de cuidados de saúde encontra-se contratualizada entre o Estado e aqueles prestadores por via de contratos-programa, que se inserem num sistema de Governação com três instrumentos de gestão previsional, implicando a intervenção de múltiplos atores de natureza política e administrativa. Este desenho institucional pressupõe uma forte articulação política e técnica, assim como o alinhamento dos interesses de todas as partes envolvidas, não obstante os objetivos individuais das partes serem potencialmente conflituantes”.

Segundo Fernandes (2015) o setor privado no que concerne à prestação de cuidados de saúde, ampliou as suas atividades através do desenvolvimento de uma rede de unidades prestadoras de cuidados de saúde em ambulatório, de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, de cuidados continuados. Ao nível hospitalar com uma rede em crescente expansão destinada, na maioria, a satisfazer a procura dos utentes beneficiários de seguros privados ou subsistemas de saúde. Nos últimos anos, o setor privado incrementou significativamente a sua participação, no sistema de saúde, através das Parcerias Público-Privadas (PPP). Ainda no domínio do direito privado, há que registar a forte presença do setor social na exploração de unidades de cuidados continuados e de pequenos hospitais por norma associados a misericórdias.

O setor da saúde foi pioneiro no estabelecimento de PPP com vista a promover formas inovadoras de partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde, como novas experiências de gestão, bem

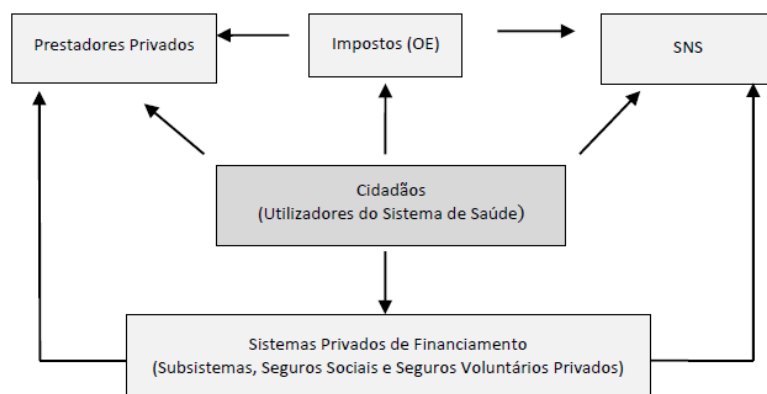
como a participação do setor privado na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares do SNS. Apesar do investimento e exploração destas unidades ser privado, o acesso aos serviços clínicos é o mesmo, que o disponível nas restantes unidades hospitalares do setor público, ou seja, os utentes mantêm os direitos e deveres previstos no acesso ao SNS (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2023).

Nas últimas décadas a combinação entre ambos os setores tem vindo a ganhar importância, tanto no financiamento como na prestação de cuidados de saúde, de forma a dar resposta às necessidades das populações. O desenvolvimento do setor privado na saúde foi ao encontro das necessidades dos cidadãos tendo em vista o colmatar das falhas de cobertura do SNS (como a escassa cobertura em certas especialidades e na acessibilidade condicionada), a reduzir a despesa do Estado e aumentar a eficiência na prestação de cuidados de saúde. Este desenvolvimento ocorreu numa tentativa de suprir as áreas de maior fragilidade na estrutura pública o que favoreceu uma maior dimensão e um reforço das relações de parceria ao nível da prestação de serviços, infraestruturas, meios, competências, tecnologia e qualidade.

3.3.1.1. Agentes Financiadores dos Sistemas de Saúde

De acordo com Barros, Machado, & Simões (2011), atualmente, os tipos de financiamento do sistema de saúde em Portugal são o SNS, os Seguros Públicos e Privados e os Seguros de Saúde Privados Voluntários, conforme evidenciado na figura 5.

Figura 5 - Relações de Financiamento



Fonte: Fernandes (2015:122)

- **SNS** - Organismo através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde a todos os cidadãos de Portugal.

- **Seguros Públicos e Privados (Subsistemas de Saúde)** - Entidades de natureza pública ou privada que, por lei ou por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).
- **Seguros de Saúde Privados Voluntários** – O contrato de seguro é um contrato mediante o qual uma entidade (o tomador de seguro) transfere para outra entidade (a seguradora) o risco da verificação de um determinado dano mediante o pagamento da correspondente remuneração (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

3.4. As Redes na Saúde

Como vimos no capítulo anterior, as redes pretendem ser uma alternativa para as hierarquias e para os mercados, abrangendo todos os limites do setor público, privado e social. A principal rede de prestação de cuidados de saúde em Portugal é o setor público.

Apesar de na área da saúde os setores público e privado trabalhem em rede, na medida em que ambos trabalham em conjunto na garantia da prestação e na proteção dos direitos à saúde, existem as Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que são redes nacionais, ou seja, todos os hospitais nacionais trabalham em conjunto.

Por exemplo, um doente que ainda necessite de cuidados específicos de convalescença ou paliativos, mas que já não se enquadra no âmbito de um internamento hospitalar, deverá ser referenciado na rede, aguardando que seja admitido numa das unidades disponíveis para o receber, que idealmente deverá ser dentro da área de residência.

O modelo de organização da RNCCI consiste na implementação de várias tipologias de unidades de internamento, equipas multidisciplinares e multisserviços, organizadas em rede, de acordo com o critério de continuidade de prestação de cuidados de saúde e integração de apoio social (Lourenço, 2018). Já a RNCP é uma rede funcional e assenta num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

Ao nível do desenvolvimento de redes, Neves (2010) sustenta que se trata de acontecimentos em que a administração identifica o carácter complexo e a multiplicidade de ações necessárias na resolução de problemas e elabora um modelo de organização em rede. Na saúde, este modelo centra-se nos Sistemas Locais de Saúde (SLS), previstos no Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, os quais partem

da fundamentação da necessidade de atuar numa base territorial, de dar uma resposta integrada a problemas complexos e de rentabilizar recursos através da conjugação de esforços interinstitucionais (Neves, 2010).

Conclui-se que o sistema de saúde em Portugal é centralizado onde o Ministério da Saúde desempenha um papel fundamental na formulação de políticas, alocação de recursos e regulamentação.

A centralização é considerada uma forma de padronizar a qualidade dos cuidados de saúde, ao manter um controle central sobre o sistema de saúde. O Governo estabelece diretrizes e regulamentos que visam garantir que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, mas esta centralização gera uma sobreposição de poderes, uma vez que existem várias autoridades que têm influencia no sistema de saúde e que têm visões distintas gerando assim, conflitos entre eles.

Assim, é importante delinear quais órgãos devem intervir no sistema de saúde e qual a sua função, evitando essa sobreposição de poderes.

3.5. Proposta do Modelo

Após análise ao atual setor da saúde português, pretende-se apresentar uma proposta de um modelo de Governação em Rede onde o setor da saúde, na sua globalidade, trabalhe em conjunto com os envolventes dos setores público, privado e social.

A proposta terá em atenção qual deverá ser o papel do Estado, clarificar quais serão os intervenientes e qual o papel que cada um assumirá de modo a não sobrepor poderes e tentar evitar conflitos na tomada de decisões e na elaboração e implementação de políticas públicas.

Outro ponto que se considera importante na criação de um modelo de Governação em Rede é determinar quais as entidades/organizações que devem formar o sistema de saúde português e quais são realmente essenciais na prestação de serviço.

De modo a criar as redes, pretende-se começar no nível micro e evoluir para o nível macro. Assim, como vimos anteriormente, os tipos de cuidados abrangidos pelo SNS, encontram-se extremamente dispersos entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde continuados integrados e os cuidados de saúde paliativos.

3.5.1. Cuidados de Saúde Primários:

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de saúde primários com a ACSS.

Tem como missão a garantia da prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvem atividades de promoção de saúde e prevenção da doença, de tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde contribuindo para o aumento da literacia em saúde, assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados.

Atualmente os ACES incluem as seguintes unidades funcionais, apresentadas na figura 6, tendo como base o art.º 38 do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 04 de agosto.

Figura 6 - Unidades Funcionais do ACES



Fonte: Elaboração Própria com base no art.º 38 do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 04 de agosto

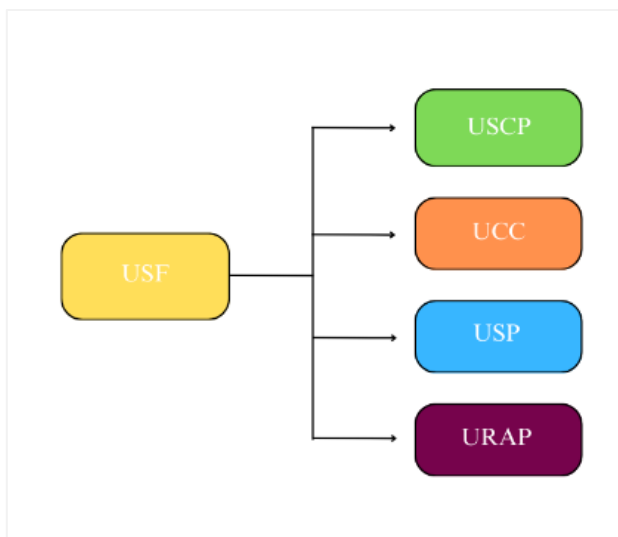
É proposto que as unidades funcionais sejam integradas na sua totalidade nas USF do modelo tipo B², pois esta apresenta melhores resultados, uma vez que esta é a única unidade funcional que desenvolve a sua atividade de certa forma autónoma, funcional e técnica que integra numa lógica de rede as outras entidades funcionais e a atividade depende da realização e formalização das Cartas de Compromisso³ com os centros de saúde.

² O modelo tipo B é um modelo de incentivos que visa fomentar as competências dos profissionais, recompensando o desempenho individual e coletivo, tendo como objetivo garantir o reconhecimento do nível de desempenho contratualizado obtido pelas unidades funcionais, numa estratégia de melhoria contínua e de garantia de adequação às necessidades em saúde das populações.

³ A Carta de Compromisso representa o acordo anual explicitamente assumido entre a Unidade Funcional e o ACES

Ou seja, propõe-se um modelo estruturado da seguinte forma (figura 7):

Figura 7 - Proposta Unidades Funcionais



Fonte: Elaboração Própria

As USF teriam como missão a prestação de cuidados personalizados, de apoio psicológico e social intervindo no âmbito domiciliário e comunitário da população mais vulnerável e na saúde pública, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade.

Propõe-se a extinção do ACES e das ARS, passando a ser responsável pela contratualização, apenas a ACSS e a Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização (UTAM) em conjunto com as Unidades Locais de Saúde (ULS).

3.5.2. Cuidados de Saúde Hospitalares:

No que concerne aos cuidados de saúde hospitalares, como vimos anteriormente, estes subdividem-se entre os Hospitais/Centros Hospitalares/ULS que se encontram englobados no Setor Público Administrativo (SPA) (institutos públicos de regime especial) ou nas Entidades Públicas Empresariais (EPE), (pessoas coletivas de direito público de natureza empresaria, ambas, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial) e ainda “futuramente” os Sistemas Locais de Saúde (SLS).

De acordo com os novos estatutos do SNS, os SPA e as EPE regem-se pelos mesmos princípios e têm como missão a prestação de cuidados hospitalares à população. Apenas as ULS-EPE, têm como missão a garantia da prestação dos cuidados a todos os níveis de cuidados de saúde.

Uma vez que só as ULS-EPE têm em vista a prestação de todos os níveis de cuidados, proponho que os hospitais e centros hospitalares passem a ter a mesma forma jurídica, de modo a trabalharem em prol das necessidades dos cidadãos melhorando os níveis de acessibilidade, universalidade e qualidade.

Embora o modelo organizacional das ULS-EPE pareça ser o conceito ideal para um modelo de Governação em Rede, este está longe de ser perfeito, pois é assente num modelo altamente vertical, que não detém autonomia administrativa e prioriza os cuidados de saúde hospitalares.

As ULS-EPE não conseguem garantir uma resposta eficaz e eficiente perante as necessidades dos cidadãos, com a falta de recursos humanos e de profissionais qualificados, a afluência excessiva dos serviços de urgências, aumento dos dias de internamento e dos custos com medicamentos, e a exaustão das listas de espera para as consultas e cirurgias, causando problemas no acesso aos cuidados de saúde.

Já os SLS, ainda que sejam apenas teóricos, têm em vista a promoção da saúde, permitindo majorar a utilização dos recursos, evitando o desperdício e colocando os meios onde eles são efetivamente necessários. Também pretendem obter os melhores resultados em saúde através da efetiva integração de todos os níveis de cuidados, como sejam as atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, os cuidados continuados e paliativos e o apoio social e comunitário de doentes e famílias.

De modo a criar um sistema de saúde mais eficiente, existem duas soluções:

- Alterar o método organizacional das ULS-EPE para o que realmente era pretendido com a sua génese (criar uma única entidade responsável, pelo estado de saúde de uma determinada população, através da articulação entre os níveis de cuidados, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, garantindo um maior acesso aos cuidados de saúde.)

ou

- Após implementação e, no caso de sucesso dos SLS, todos as entidades devem adotar este modelo organizacional.

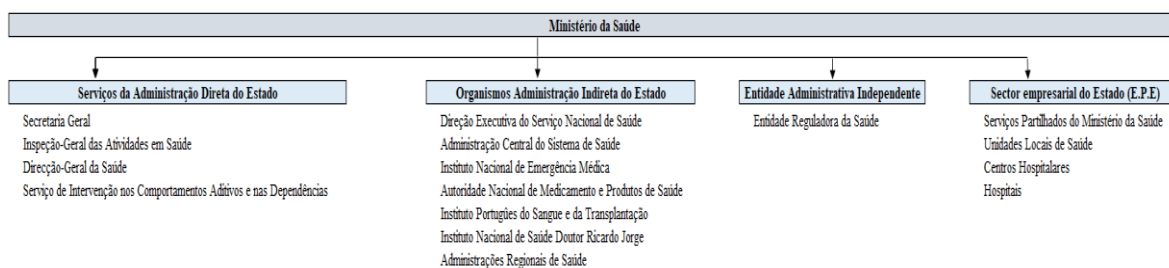
A minha sugestão, seria, tal como está previsto para o ano 2024, transformar todos os hospitais e centros hospitalares, à exceção dos IPO 's, em ULS-EPE, sendo este um modelo que já integra todos os níveis de cuidados de saúde e, por ser um modelo que se encontra implementado há cerca de vinte

e três anos, já se conhecem as suas principais limitações, devendo tornar mais fácil a sua resolução com o “novo” modelo de Governação em Rede.

3.5.3. Intervenientes:

Como vimos, alguns dos intervenientes do setor da saúde são o Ministério da Saúde, a ACSS, a ARS e a ERS, mas não são os únicos. Na figura 8, apresentam-se todos os intervenientes públicos do setor da saúde que se encontram sob alçada do Ministério da Saúde.

Figura 8 - Estrutura Orgânica do Ministério da Saúde



Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro

Nos Serviços de Administração Direta do Estado e nos Organismos de Administração Indireta do Estado, que compõem o Ministério da Saúde, existem atribuições que são sobrepostas e a responsabilidade de mais do que um organismo. Assim, de modo a separar os poderes e a clarificar o papel de cada um, serão realizadas sugestões para a modificação das atribuições.

O papel do Ministério da Saúde e dos seus serviços deverá centrar-se apenas na garantia do direito à saúde, na sua promoção, no financiamento, na divulgação dos resultados e na coordenação dos assuntos internacionais. Serão os principais intervenientes que irão criar e implementar as políticas públicas na saúde, que terão a responsabilidade (horizontal) de criar mecanismos de resposta aos problemas complexos existentes, entre outros.

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), sendo responsável pela promoção da redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição de dependências, deverá ser, novamente, um organismo dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e património próprio. Deve ser responsável pela conceção, gestão, fiscalização e avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicoddependência, garantindo uma resposta imediata, possibilitando assim uma resposta mais rápida às necessidades e demandas emergentes.

Relativamente às motivações que são tidas em consideração para a extinção da DE-SNS e das ARS, deve-se ao facto de que:

- A DE-SNS ser um organismo recente, cujas atuais atribuições deverão ser realizadas por cada uma das redes;
- As ARS, já que cada organismo terá o seu próprio papel, deixa de ser necessário existir um órgão intermédio responsável apenas pela administração regional.

Os cidadãos desempenham um papel importante, na medida em que, devem participar ativamente na definição do plano de cuidados de saúde que lhe são prestados.

Assim, os intervenientes que constituirão o setor da saúde serão, os evidenciados no quadro 5:

Quadro 5 - Intervenientes no Setor da Saúde

Unidade Local de Saúde (ULS)	Englobam os hospitais, centros de saúde, cuidados continuados integrados, cuidados paliativos, e estes prestam os serviços de saúde à população local
Unidade de Saúde Familiar (USF)	Presta cuidados de saúde primários, garantindo a acessibilidade, qualidade e continuidade de cuidados à população local
Hospitais e Clínicas Privadas	Instituições de saúde privadas voltadas para o setor da saúde
Setores Sociais	Inclui organizações da sociedade civil, ONG'S, associações comunitárias e outras entidades que atuam no setor social, provindo o bem-estar e apoio à população
Farmácias Comunitárias	Estrutura de saúde capaz de prestar cuidados de proximidade
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)	Entidade responsável por assegurar o planeamento e gestão dos recursos
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)	Entidade responsável pelo planeamento, conceção, gestão, fiscalização e avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicodependência
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED)	Entidade responsável pela autorização e controle e fiscalização de medicamentos e produtos de saúde
Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)	Responsável pela prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)	Entidade responsável pela investigação e monitorização epidemiológica
Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST)	Entidade responsável pela recolha, processamento, análise e distribuição de sangue e componentes sanguíneos, bem como pela coordenação da atividade de transplantação
Entidade Reguladora da Saúde (ERS)	Responsável pela regulação e supervisão da prestação de serviços
Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização (UTAM)	Entidade administrativa de consulta e apoio à tomada de decisão que depende diretamente do Governo responsável pela área das finanças
Cidadãos	Beneficiários dos serviços

Fonte: Elaboração Própria

As “novas” funções propostas a cada um dos intervenientes são as que constam nos quadros seguintes (quadro n.º 6 ao n.º 19).

Quadro 6 - Funções do Ministério da Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Assegurar as acções necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde;	Manter
Exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designado por SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspecção;	Responsabilidade da Rede Política
Exercer funções de regulamentação, inspecção e fiscalização relativamente às actividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo sector privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos.	Responsabilidade da Rede de Governação

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro

Quadro 7 - Funções da Secretaria-Geral

Atuais atribuições	Proposta
Prestar o apoio administrativo, técnico, jurídico e de contencioso aos gabinetes dos membros do Governo integrados no MS, bem como aos demais serviços, organismos e outras estruturas que não disponham de unidades orgânicas com competências nas referidas áreas;	Manter
Assegurar as actividades do MS no âmbito do atendimento e informação ao público, da comunicação e relações públicas, bem como proceder à recolha, tratamento e difusão de informação de carácter geral ou especializado, facilitando o seu acesso aos cidadãos e profissionais da saúde, designadamente, privilegiando os meios electrónicos;	Manter
Promover boas práticas de gestão de documentos nos serviços e organismos do MS, bem como organizar e manter um serviço de documentação;	Manter
Estudar, programar e coordenar a aplicação de medidas tendentes a promover a inovação, modernização e a política de qualidade, no âmbito do ministério, sem prejuízo das atribuições cometidas por lei a outros serviços, bem como assegurar a articulação com os organismos com atribuições interministeriais nestas áreas;	Manter
Coordenar as acções referentes à organização e preservação do património e arquivo histórico e proceder à recolha, tratamento, conservação e comunicação dos arquivos, que deixem de ser de uso corrente nos respectivos organismos produtores;	Manter
Coordenar as acções referentes à organização, preservação e actualização do cadastro do património do MS e das entidades por ele tuteladas, assegurando a correcta articulação com os serviços responsáveis pelo património do Estado;	Manter
Instruir processos de aquisição, alienação, arrendamento, permuta, avaliação, locação financeira, restituição por desocupação e de constituição de direitos sobre imóveis dos serviços e organismos do MS;	Manter
Gerir o edifício sede do MS, bem como outras instalações que lhe estejam afectas;	Manter
Assegurar as funções de unidade ministerial de compras em relação aos bens e serviços cuja contratação não seja da competência da entidade pública prestadora de serviços partilhados do MS;	Manter
Gerir o pessoal em situação de mobilidade especial que lhe seja afecto e assegurar a articulação com a entidade gestora da mobilidade, nos termos legais;	Manter
Assegurar a elaboração do orçamento de funcionamento da SG e dos gabinetes dos membros do Governo do MS, bem como acompanhar a respectiva execução de acordo com a legislação em vigor;	Manter
Assegurar o normal funcionamento do MS nas áreas que não sejam da competência específica de outros serviços;	Manter
Prestar apoio logístico e administrativo aos serviços, organismos e órgãos do MS cujos diplomas orgânicos assim o determinem.	Manter

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto Regulamentar 23/2012 de 09 de fevereiro

Quadro 8 - Funções da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Verificar o cumprimento das disposições legais e regulamentares e das orientações aplicáveis, bem como a qualidade dos serviços prestados, por qualquer entidade ou profissional, no domínio das actividades em saúde, através da realização de acções de auditoria, inspecção e fiscalização;	Responsabilidade da ERS
Actuar no âmbito do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado, no que respeita às instituições e serviços integrados no MS ou sob sua tutela, e garantir a aplicação eficaz, eficiente e económica dos dinheiros públicos, de acordo com os objectivos definidos pelo Governo, bem como a correcta utilização pelas entidades privadas de fundos públicos de que tenham beneficiado;	Responsabilidade da SG
Realizar auditorias aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelados, e assegurar os respectivos serviços regulares de auditoria interna, designadamente de âmbito organizacional e financeiro, bem como os serviços regulares de inspecção ao nível da segurança e qualidade, em articulação com a Direcção-Geral da Saúde (DGS);	Responsabilidade da ERS
Apoiar, quando solicitado, a DGS na prossecução das suas atribuições em matéria de inspecção e implementação de medidas de controlo ao cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das actividades relativas à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana;	Responsabilidade de IPST
Realizar acções de fiscalização às unidades de prestação de cuidados de saúde do sector privado e social, na área das dependências e comportamentos aditivos;	Responsabilidade da IDT
Desenvolver, nos termos legais, a acção disciplinar em relação aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelados;	Responsabilidade da ERS
Realizar acções de prevenção e detecção de situações de corrupção e de fraude, promovendo os procedimentos adequados;	Responsabilidade da ERS
Colaborar com organismos nacionais e internacionais em matérias das atribuições das inspecções-gerais.	Responsabilidade da SG

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 33/2012 de 13 de fevereiro

Quadro 9 - Funções da Direção-Geral da Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, desenvolver e promover a execução de programas em matéria de saúde pública e para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos;	Manter
Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica de determinantes da saúde e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como os sistemas de alerta e resposta apropriada a emergências de saúde pública, a nível nacional e a respectiva contribuição no quadro internacional;	Responsabilidade do INSA
Garantir a produção e divulgação de informação adequada no quadro do sistema estatístico nacional, designadamente estatísticas de saúde, sem prejuízo das competências do Instituto Nacional de Estatística, I. P.;	Manter
Assegurar a elaboração e a execução do Plano Nacional de Saúde, coordenando, a nível nacional, a definição e o desenvolvimento de programas de saúde, com base num sistema integrado de informação, articulando com os demais serviços e organismos do sistema de saúde;	Assegurar a elaboração e a execução do Plano Nacional de Saúde, coordenando, a nível nacional, a definição e o desenvolvimento de programas de saúde, com base num sistema integrado de informação, assegurado pela rede de políticas públicas
Apoiar a definição das políticas, prioridades e objectivos do Ministério da Saúde e promover a procura de ganhos em saúde, assegurando a melhor articulação entre os diversos serviços e organismos;	Revogar
Acompanhar a execução das políticas e programas do Ministério da Saúde, bem como elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento, acompanhamento e avaliação, sem prejuízo das competências da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de planeamento económico-financeiro e de recursos humanos;	Revogar
Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, actividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde;	Responsabilidade da ACSS
Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos;	Divulgar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos (Analisar e certificar será da responsabilidade da ERS)
Exercer as funções de autoridade competente, designadamente autorizando unidades, serviços e processos, no domínio do controlo da qualidade e da segurança das actividades relativas à dádva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana, sem prejuízo da articulação com a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, em matéria de fiscalização e inspecção;	Responsabilidade da IPST
Regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das actividades relativas à dádva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana;	Responsabilidade da IPST
Assegurar a monitorização e o controlo, através de uma base de dados central uniformizada, da informação relativa aos apoios financeiros concedidos no âmbito do regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado no domínio da saúde;	Responsabilidade Da ACSS
Propor, anualmente, ao membro do Governo responsável pela área da saúde, a fixação do montante disponível para cada programa de apoio, por área de intervenção e âmbito territorial, nacional ou regional, ouvidos os dirigentes máximos dos serviços e organismos competentes em razão da matéria;	Manter
Coordenar a actividade do Ministério da Saúde no domínio das relações europeias e internacionais, assegurando a sua articulação com os serviços do Ministério dos Negócios Estrangeiros no âmbito das suas atribuições próprias, garantindo a coerência das intervenções operacionais dos serviços e organismos do Ministério da Saúde;	Manter
Coordenar a gestão das crises alimentares em situação de risco grave para a saúde humana que não possa ser assegurada através da actuação isolada das autoridades competentes para o controlo oficial na área alimentar.	Manter, em conjunto com o INSA
No desenvolvimento da sua missão, a DGS prossegue ainda as seguintes atribuições, a nível nacional,	para além das que lhe sejam conferidas por legislação própria:
Apoiar o director-geral da Saúde no exercício das suas competências de autoridade de saúde nacional, nos termos previstos na lei;	Manter
Acompanhar a exploração do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P.;	Responsabilidade da Rede de Governação
Colaborar, no âmbito do planeamento de emergências de saúde, com o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., nos termos da Lei 81/2009, de 21 de Agosto.	Revogar
Para efeitos do disposto no presente artigo, os serviços e os organismos do Ministério da Saúde, bem como os serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, ainda que não integrados no Serviço Nacional de Saúde, devem prestar à DGS toda a colaboração necessária.	Revogar

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto Regulamentar 14/2012 de 26 de janeiro

Quadro 10 - Funções da Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), ao longo do percurso de saúde do utente;	Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes;	Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Gerir a RNCP, assumindo a sua coordenação, para efeitos da base xi da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, em articulação com os demais organismos competentes, e integrando a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP);	Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Assegurar o funcionamento em rede do SNS, nomeadamente através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade;	Rede de Governação
Estabelecer e operacionalizar, através das redes estabelecidas, dos sistemas locais de saúde e outras parcerias, iniciativas orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença;	Revogar
Definir os pontos da rede de cuidados de saúde primários e a respetiva carteira de serviços, garantindo a proximidade e equidade no acesso;	Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Coordenar o processo de criação e revisão das Redes de Referência Hospitalar, e garantir a sua implementação e gestão;	Rede de Governação
Propor à ACSS, I. P., sempre que necessário para garantir a realização do direito à proteção da saúde, a celebração de contratos com entidades do setor privado e social e com profissionais em regime de trabalho independente, nos termos do artigo 29.º do Estatuto do SNS;	Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Promover a evolução progressiva da organização das unidades de saúde do SNS para sistemas integrados de cuidados, enquanto grupos de unidades de saúde coordenados por um gestor de rede, que correspondam às adequadas unidades territoriais;	Revogar
Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;	Todas as Redes
Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso, dos tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;	Rede de Governação e Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas das unidades de saúde do SNS, nomeadamente produção e desempenho assistencial;	Responsabilidade da ACSS
Identificar, em coordenação com a ACSS, I. P., os recursos financeiros necessários ao SNS, e proceder à respetiva alocação;	Identificar os recursos financeiros necessários ao SNS, e proceder à respetiva alocação- Responsabilidade da ACSS
Negociar, com a ACSS, I. P., e em representação das unidades de saúde do SNS, o acordo-quadro relativo à prestação de cuidados de saúde no SNS, as cláusulas gerais dos contratos-programa e os termos de referência para a contratualização;	Todas as Redes
Celebrar contratos-programa com as unidades de saúde do SNS e com a ACSS, I. P.;	Revogar
Definir as prioridades e emitir as diretrizes a que devem obedecer os planos de atividades dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos, promovendo o seu acompanhamento na dimensão assistencial e financeira;	Rede Política
Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;	Rede Política
Dar parecer sobre os projetos de mapas ou dotações de pessoal das unidades de saúde do SNS, em linha com o plano plurianual de recursos humanos;	Rede de Governação
Definir, conjuntamente com a ACSS, I. P., as prioridades e respostas a assegurar pelos sistemas de informação e comunicação a fornecer pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.;	Rede Política
Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;	Responsabilidade da ERS em conjunto com as ULS
Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente, das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;	Revogar
Promover uma cultura organizacional de liderança e inovação em todo o SNS, designadamente estimulando métodos de trabalho em equipa e mecanismos de retorno do desempenho;	Todas as Redes
Reforçar a identidade do SNS como um todo, designadamente definindo e desenvolvendo uma imagem e cultura comuns;	Todas as Redes
Assegurar a representação do SNS;	Todas as Redes
Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar os atos que lhe sejam delegados.	Revogar

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro

Quadro 11 - Funções dos Agrupamentos de Centros de Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e de tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados.	Responsabilidade da Rede de Implementação e Prestação de Serviço
Os ACES desenvolvem, também, atividades de vigilância epidemiológica e de investigação em saúde e participam na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua.	Responsabilidade do INSA

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 52/2022 de 04 de agosto

Quadro 12 - Funções da Administração Central do Sistema de Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Coordenar, monitorizar e controlar as actividades no MS para a gestão dos recursos financeiros afectos ao SNS, designadamente definindo, de acordo com a política estabelecida pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, as normas, orientações e modalidades para obtenção dos recursos financeiros necessários, sua distribuição e aplicação, sistema de preços e de contratação da prestação de cuidados, acompanhando, avaliando, controlando e reportando sobre a sua execução, bem como desenvolver e implementar acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do sector privado ou social, responsáveis pelo pagamento de prestações de cuidados de saúde;	Coordenar, monitorizar e controlar as actividades para a gestão dos recursos financeiros afectos ao Sistema de Saúde, designadamente definindo, de acordo com a política estabelecida pelos membros integrantes da Rede de Políticas Públicas, as normas, orientações e modalidades para obtenção dos recursos financeiros necessários, sua distribuição e aplicação, sistema de preços e de contratação da prestação de cuidados, acompanhando, avaliando, controlando e reportando sobre a sua execução, bem como desenvolver e implementar acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do sector privado ou social, responsáveis pelo pagamento de prestações de cuidados de saúde
Coordenar as actividades no MS para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente definindo normas e orientações relativas a profissões, exercício profissional, regimes de trabalho, negociação colectiva, registo dos profissionais, bases de dados dos recursos humanos, ensino e formação profissional, bem como realizar estudos para caracterização dos recursos humanos, das profissões e exercicios profissionais no sector da saúde;	Coordenar as actividades para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente definindo normas e orientações relativas a profissões, exercício profissional, regimes de trabalho, negociação colectiva, registo dos profissionais, bases de dados dos recursos humanos, ensino e formação profissional - Responsabilidade da Rede Política Realizar estudos para caracterização dos recursos humanos, das profissões e exercicios profissionais no sector da saúde
Coordenar as actividades no MS para a gestão da rede de instalações e equipamentos de saúde, designadamente definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para a melhoria e o desenvolvimento equilibrado no território nacional dessa rede, acompanhando, avaliando e controlando a sua aplicação pelas entidades envolvidas;	Todas as Redes
Prover o SNS com os adequados sistemas de informação e comunicação e mecanismos de racionalização de compras recorrendo para o efeito à entidade pública prestadora de serviços partilhados ao SNS;	Manter
Coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente produção, desempenho assistencial, recursos financeiros, humanos e outros;	Manter
Assegurar a prestação centralizada de actividades comuns nas áreas dos recursos humanos e financeiros para os serviços do MS integrados na administração directa do Estado;	Assegurar a prestação centralizada de actividades comuns nas áreas dos recursos humanos e financeiros
Coordenar e acompanhar a gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em articulação com os demais organismos competentes;	Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Assegurar e coordenar a elaboração do orçamento do MS e do SNS, bem como acompanhar e gerir a respectiva execução;	Todas as Redes
Promover a aplicação das medidas de política de organização e de gestão de recursos humanos definidas para a Administração Pública, coordenando e apoiando os serviços e organismos do MS na respectiva implementação, bem como emitir pareceres em matéria de organização, recursos humanos e criação ou alteração de mapas de pessoal;	Todas as Redes
Efectuar o controlo da gestão através da avaliação continuada dos indicadores de desempenho e da prática das instituições e serviços do sistema de saúde, bem como desenvolver e implementar modelos de gestão de risco económico-financeiro para o sistema de saúde.	Manter
Para efeitos do disposto na alínea d) do número anterior a ACSS, I. P., contratualiza com a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P. E., o respectivo contrato-programa.	Rede Política
À ACSS, I. P., cabe ainda a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada, dos contratos-programa com entidades do sector empresarial do Estado e de outros contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do sector privado e social.	Manter com a Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Cabe à ACSS, I. P., a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia.	Rede de Governação
A ACSS, I. P., pode prestar apoio logístico e assegurar o pagamento de despesas relativas a actividades desenvolvidas por grupos de trabalho, comissões técnicas e científicas ou outras entidades na área da saúde cujo objecto não se integre directamente em qualquer dos serviços ou organismos do Ministério da Saúde, nos termos a definir por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.	Manter
No âmbito das suas atribuições, a ACSS, I. P., pode emitir instruções genéricas que vinculam os organismos e serviços do Ministério da Saúde, os serviços e estabelecimentos do SNS, bem como as entidades que integram funcionalmente o SNS, designadamente os estabelecimentos com gestão privada e as entidades com convenção com o SNS.	Revogar
As entidades integradas no SNS, independentemente da natureza jurídica, incluindo as entidades com contrato ou convenção no âmbito do SNS devem prestar à ACSS, I. P., toda a informação indispensável à prossecução das suas atribuições, nomeadamente a necessária à coordenação, monitorização e controlo das actividades do SNS.	Manter

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 35/2012 de 15 de fevereiro

Quadro 13 - Funções da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Contribuir para a formulação da política nacional de saúde, designadamente na definição e execução de políticas dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;	Manter
Regulamentar, avaliar, autorizar, disciplinar, fiscalizar, verificar analiticamente, como laboratório de referência, e assegurar a vigilância e controlo da investigação, produção, distribuição, comercialização e utilização dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;	Manter
Assegurar a regulação e a supervisão das actividades de investigação, produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;	Manter
Assegurar o cumprimento das normas aplicáveis à autorização de ensaios clínicos com medicamentos, bem como o controlo da observância das boas práticas clínicas na sua realização;	Manter
Garantir a qualidade, segurança, eficácia e custo-efectividade dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal;	Manter
Monitorizar o consumo e utilização de medicamentos de uso humano e produtos de saúde;	Manter
Promover o acesso dos profissionais de saúde e dos consumidores às informações necessárias à utilização racional de medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos, produtos cosméticos e de higiene corporal;	Manter
Promover e apoiar, em ligação com as universidades e outras instituições de investigação e desenvolvimento, nacionais ou estrangeiras, o estudo e a investigação nos domínios da ciência e tecnologia farmacêuticas, biotecnologia, farmacologia, farmacoeconomia e farmacoepidemiologia;	Manter
Assegurar a adequada integração e participação no âmbito do sistema da União Europeia relativo à avaliação e supervisão de medicamentos de uso humano, incluindo a articulação com a Agência Europeia de Medicamentos e a Comissão Europeia e demais instituições europeias;	Manter
Assegurar a adequada integração e participação no âmbito da rede de autoridades de medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, que inclui dispositivos médicos, produtos cosméticos e de higiene corporal, da União Europeia e da rede de laboratórios oficiais de comprovação da qualidade de medicamentos da Europa;	Manter
Assegurar as demais obrigações internacionais do Estado no âmbito das suas atribuições, designadamente no âmbito da União Europeia, bem como no âmbito do Conselho da Europa e em especial da Comissão da Farmacopeia Europeia e da Organização das Nações Unidas, na área do controlo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas;	Manter
Desenvolver actividades de cooperação nacional e internacional, de natureza bilateral ou multilateral, no âmbito das suas atribuições.	Manter
Gerir o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS).	Manter
O INFARMED, I. P., presta e recebe colaboração dos serviços e organismos da administração directa e indirecta ou autónoma do Estado, no âmbito das suas atribuições.	Manter
No âmbito das suas atribuições, o INFARMED, I. P., pode, nos termos previstos na lei, estabelecer parcerias ou associar-se com outras entidades do sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, designadamente associações empresariais, universidades ou instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde.	No âmbito das suas atribuições, o INFARMED, I. P., pode, nos termos previstos na lei, estabelecer parcerias ou associar-se com outras entidades do sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, designadamente associações empresariais, universidades ou instituições e serviços

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 46/2012 de 24 de fevereiro

Quadro 14 - Funções da Instituto Nacional de Emergência Médica

Atuais atribuições	Proposta
São atribuições do INEM, I. P., definir, organizar e coordenar as actividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a:	
Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respectiva articulação com os serviços de urgência/emergência;	Manter
Referenciação e transporte de urgência/emergência;	Manter
Recepção hospitalar e tratamento urgente/emergente;	Manter
Formação em emergência médica;	Manter
Planeamento civil e prevenção;	Manter
Rede de telecomunicações de emergência.	Manter
São, também, atribuições do INEM, I. P.:	
Coordenar no Ministério da Saúde as actividades conducentes à definição de políticas nos domínios da emergência médica e do transporte de urgência e ou emergência;	Responsabilidade da Rede Política
Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e accionamento dos meios de emergência médica apropriados;	Manter
Assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;	Manter
Promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente;	Manter
Promover a correcta referenciação do doente urgente/emergente;	Manter
Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;	Manter
Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde (DGS) na elaboração de normas de orientação clínica relativas à actividade de emergência médica;	Responsabilidade da Rede Política
Definir, planear, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM, incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS);	Manter
Colaborar na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com as Administrações Regionais de Saúde, com a DGS e com a Autoridade Nacional de Protecção Civil, no âmbito das respectivas leis reguladoras;	Colaborar na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com a DGS e com a Autoridade Nacional de Protecção Civil, no âmbito das respectivas leis reguladoras;
Orientar a actuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe, sem prejuízo das atribuições de outras entidades;	Manter
Desenvolver acções de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM;	Manter
Definir os critérios e requisitos necessários ao exercício da actividade de transporte de doentes, incluindo os dos respectivos veiculos, e proceder ao licenciamento desta actividade e dos veiculos a ela afectos;	Manter
Fiscalizar a actividade de transporte de doentes, sem prejuízo da competência sancionatória atribuída a outros organismos;	Manter
Homologar os curricula dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica;	Manter
Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas e promover a cooperação com as comunidades lusófonas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, sob coordenação da DGS, enquanto entidade responsável pela coordenação da actividade do Ministério da Saúde no domínio das relações internacionais;	Manter
Contribuir, em articulação com a DGS, para a definição e actualização das políticas de planeamento civil de emergência na área da saúde.	Responsabilidade da Rede Política

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro

Quadro 15 - Funções do Instituto Português do Sangue e da Transplantação

Atuais atribuições	Proposta
Propor medidas de natureza política ou legislativa nas matérias relacionadas com as suas atribuições e participar na definição estratégica global de desenvolvimento da medicina transfusional e da transplantação;	Manter com a Rede Política
Coordenar, a nível nacional, a colheita, análise, processamento e transfusão de sangue, bem como a colheita, análise, processamento e transplantação de órgãos, tecidos e células de origem humana;	Manter
Assegurar o funcionamento do Sistema Nacional de Hemovigilância e do Sistema Nacional de Biovigilância, em articulação com as entidades nacionais e internacionais competentes;	Manter
Promover e apoiar a investigação nos domínios da ciência e da tecnologia das áreas da medicina transfusional, transplantação e medicina regenerativa, em articulação com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., e outras instituições nacionais e internacionais consideradas estratégicas para os objectivos propostos;	Manter
Promover a dádiva de sangue, células, tecidos e órgãos perseguindo a auto-suficiência nacional;	Manter
Instituir, manter um registo e acompanhar a actividade dos serviços de sangue, serviços manipuladores de tecidos e células, e colheita de órgãos;	Manter
Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, em articulação com a Direcção-Geral da Saúde, enquanto entidade responsável pela coordenação das relações internacionais do MS;	Manter
Assegurar a realização dos estudos laboratoriais de doentes e dadores necessários à transplantação de órgãos, tecidos e células;	Manter
Manter e gerir o Banco Público de Sangue do Cordão Umbilical (LUSOCORD);	Manter
Manter e gerir a actividade do banco de tecidos multitecidual, compreendendo a colheita, análise, processamento, armazenamento, distribuição, importação e exportação, definindo as necessidades nacionais;	Manter
Garantir a disponibilidade de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana, atendendo às necessidades nacionais;	Manter
Autorizar a importação e exportação de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana, em articulação com a Direcção-Geral da Saúde em matéria de qualidade e segurança;	Manter
Manter o Centro Nacional de Dadores de Células Estaminais de Medula Óssea de Sangue Periférico ou de Cordão Umbilical (CEDACE);	Manter
Manter e gerir um sistema de informação único e integrado para gestão da lista de espera de doentes candidatos a transplantação, selecção do par dador receptor em transplantação, banco de tecidos e rastreabilidade.	Manter

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 39/2012 de 16 de fevereiro

Quadro 16 - Funções do Instituto Nacional de Saúde - Doutor Ricardo Jorge

Atuais atribuições	Proposta
2 - São atribuições do INSA, I. P., na sua qualidade de laboratório do Estado no sector da saúde:	
Prosseguir objectivos da política científica e tecnológica adoptada pelo Governo para o sector da saúde, nomeadamente gerando evidência para a tomada de decisão;	Manter com a Rede Política
Promover, realizar e coordenar actividades de investigação e desenvolvimento (I&D), no domínio das ciências da saúde e, em particular, as que permitam melhorar o conhecimento sobre o estado da saúde, formas de a proteger e promover, bem como a prevenção da doença e a melhoria do sistema de prestação de cuidados;	Todas as Redes
Participar no planeamento científico e financeiro das actividades de I&D especificamente conduzidas pelo Ministério da Saúde, bem como na coordenação dessas actividades.	Realizada com a Rede Política
3 - São atribuições do INSA, I. P., na sua qualidade de laboratório nacional de referência para a saúde:	
Assegurar o apoio técnico-normativo aos laboratórios dos serviços de saúde, nomeadamente aos laboratórios de saúde pública, laboratórios hospitalares e aos laboratórios de centros de saúde, em articulação com outros organismos do Ministério da Saúde;	Manter
Participar na normalização de técnicas laboratoriais ou de outra natureza;	Manter
Promover, organizar e garantir a avaliação externa da qualidade no âmbito laboratorial, bem como preparar e distribuir materiais de referência;	Manter
Estudar e desenvolver novas metodologias e implementar métodos de referência;	Manter
Colaborar na avaliação da instalação e funcionamento dos laboratórios públicos ou privados que exerçam actividade no sector da saúde.	Manter
São atribuições do INSA, I. P., na sua qualidade de prestador em assistência diferenciada na área da prevenção das doenças genéticas:	
Prestar assistência diferenciada no diagnóstico precoce, tratamento e seguimento, em serviços clínicos e laboratoriais;	Manter
Planear e executar o programa nacional de rastreio neonatal de diagnóstico precoce;	Manter
Assegurar a realização de rastreios populacionais, registos e observatórios epidemiológicos de doenças genéticas raras.	Manter
São atribuições do INSA, I. P., na sua qualidade de observatório nacional de saúde:	
Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde na realização de actividades de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis;	Apenas da responsabilidade do INSA
Estudar e actualizar os indicadores que descrevam o estado de saúde da população portuguesa e seus determinantes e a respectiva variação no espaço e no tempo;	Manter
Desenvolver ou validar instrumentos de observação em saúde;	Manter
Divulgar o resultado das suas actividades como observatório, gerando conhecimento para suporte às decisões de saúde.	Manter
São atribuições do INSA, I. P., no sector da formação e difusão da cultura científica:	
Contribuir para capacitar investigadores e técnicos na área da saúde, através da realização de estágios, cursos e outras acções de formação profissional ou pós-graduada;	Manter
Instituir prémios científicos permanentes ou eventuais;	Manter
Apoiar projectos e conceder bolsas para a execução de actividades de I&D e para formação científica e técnica;	Manter
Divulgar os resultados da sua actividade científica e tecnológica não cobertos por reserva de confidencialidade;	Manter
Realizar acções de divulgação de cultura científica, nomeadamente junto da população escolar, proporcionando a esta um contacto directo com o INSA, I. P., e os projectos de investigação em curso;	Manter
Instalar e gerir o Museu da Saúde.	Manter
São ainda atribuições do INSA, I. P.:	
Prestar serviços remunerados a entidades públicas e privadas nas áreas das suas atribuições;	
Prestar assessoria científica e técnica, de forma remunerada, a entidades públicas e privadas, nas suas áreas de actuação;	Manter
Desenvolver acções de cooperação nacional e internacional, de natureza bilateral ou multilateral, com entidades públicas ou privadas, no âmbito das atribuições que prossegue;	Manter
Realizar outras actividades que lhe sejam cometidas pela tutela.	Revogar
Todas as entidades, públicas e privadas, detentoras de informação, amostras ou outros elementos considerados pertinentes para aprofundar o conhecimento sobre o estado de saúde da população e os factores que o determinam, devem cooperar com o INSA, I. P., proporcionando-lhe a sua utilização, com salvaguarda do cumprimento da legislação em vigor.	Manter

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 27/2007 de 26 de julho

Quadro 17 - Funções do Instituto da Droga e da Toxicodependência

Atuais atribuições	Proposta
Desempenhar as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga que lhe forem atribuídas pelo Ministro da Saúde;	Desempenhar as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga que lhe forem atribuídas
Promover, planejar, coordenar, executar e avaliar programas de prevenção, de tratamento, de redução de danos e de reinserção social no âmbito da toxicodependência, através da intervenção na comunidade por si e em colaboração com entidades públicas e privadas que actuem neste domínio;	Manter
Promover, coordenar, apoiar e avaliar as iniciativas de entidades públicas e privadas no domínio da prevenção do consumo de droga e da toxicodependência;	Manter
Apoiar as comissões para a dissuasão da toxicodependência previstas na Lei 30/2000, de 29 de Novembro;	Manter
Recolher, tratar e divulgar dados, informação e documentação técnico-científica na área da droga e da toxicodependência, nomeadamente a relativa ao consumo e tráfico de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores;	Manter
Instituir e assegurar o funcionamento de um sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência;	Manter
Assegurar, na sua qualidade de ponto focal nacional, o cumprimento das obrigações do Estado Português junto do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT);	Manter
Proceder à avaliação da execução das políticas de luta contra a droga e a toxicodependência;	Manter
Assegurar a cooperação com entidades externas no domínio da droga e da toxicodependência;	Manter
Desenvolver, promover e estimular a investigação sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência;	Manter
Apoiar a formação dos profissionais que intervêm no domínio da droga e da toxicodependência;	Manter
Estudar e propor medidas legislativas e administrativas em matéria de droga e toxicodependência, bem como acompanhar e apoiar a sua aplicação;	Manter com a Rede Política
Responder às consultas formuladas pelos serviços da Administração Pública ou por outras entidades públicas ou privadas em matéria das suas atribuições;	Manter
Facultar apoio técnico a entidades públicas e privadas;	Manter
Propor as medidas que considere convenientes no domínio do regime e circulação de medicamentos ou outras substâncias que possam causar toxicodependência, sem prejuízo das competências próprias do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento;	Manter com a Rede Política
Licenciar unidades privadas de prestação de cuidados de saúde na área da toxicodependência;	Manter
Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde na garantia da continuidade de tratamento dos toxicómanos entre serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no sistema de saúde e as unidades prestadoras de cuidados do IDT.	Revogar
Acrescentar	Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 269-A/2009 de 26 de novembro

Quadro 18 - Funções da Administração Regional de Saúde

Atuais atribuições	Proposta
Desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde das populações;	Responsabilidade da Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;	Responsabilidade da IDT
Apoiar a nível regional a coordenação nacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;	Todas as Redes
Assegurar o planeamento regional dos recursos, incluindo a execução e acompanhamento dos necessários projetos de investimento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde em articulação com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.);	Responsabilidade da Rede de Implementação e Prestação de Serviços
Prestar apoio técnico às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;	revogar
Apoiar a nível regional a coordenação nacional da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, em articulação com a DE-SNS, I. P.;	Todas as Redes
Assegurar a prestação centralizada de atividades comuns nas áreas dos recursos humanos e financeiros às instituições e serviços do SNS da sua região.	Responsabilidade da ACSS e da Rede de Governança

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro

Quadro 19 - Funções da Entidade Reguladora da Saúde

Atuais atribuições	Proposta
As atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:	
Ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde nos termos da lei;	Manter
À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;	Manter com todas as redes
À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.	Manter
Sem prejuízo do disposto nos números anteriores incumbe, ainda, à ERS elaborar pareceres, estudos e informações previstos na lei.	Manter

Fonte: Elaboração Própria com base no Decreto-Lei n.º 126/2014 de 22 de agosto

3.5.4. Modelo de Redes

Neste ponto irão ser apresentadas as propostas de como serão constituídas e quais os principais objetivos das redes de implementação e prestação de serviços, das redes políticas e das Redes de

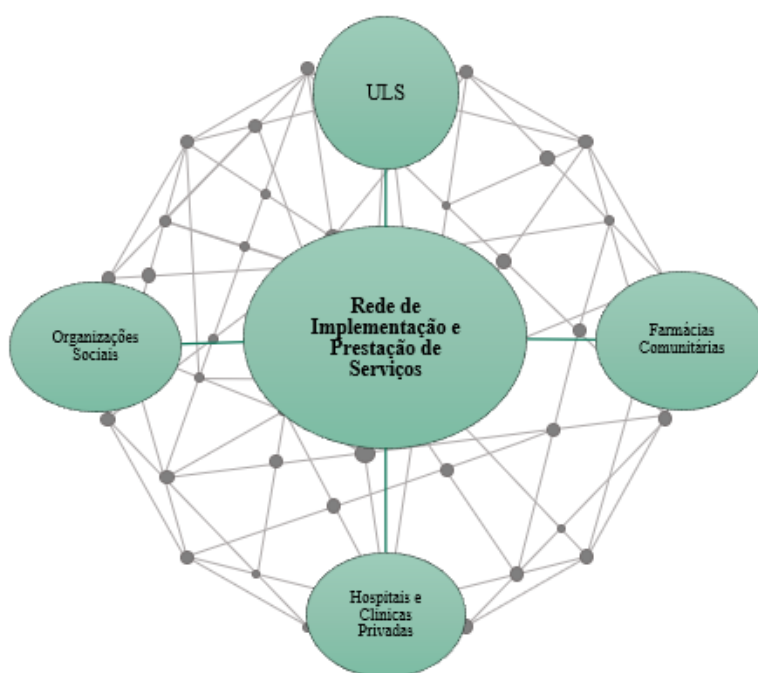
Governança, onde idealmente seria esperado que todos estes modelos pudessem ser implementados cumulativamente.

Cada órgão pertencente a cada uma das redes, deverá nomear até dois membros representantes.

3.5.4.1 Redes de Implementação e Prestação de Serviços

As ULS-EPE, sendo constituídas pelos hospitais, centros de saúde, pelos cuidados continuados integrados, pelos cuidados paliativos (entre outros, cf. figura 9), devem estabelecer relações de colaboração compartilhando conhecimentos, incentivando o uso eficiente dos recursos, o aumento da capacidade de planear e resolver problemas complexos partilhados, mas sempre permitindo a autonomia de cada um. Os diferentes intervenientes devem trabalhar em conjunto garantindo uma prestação de serviços de saúde acessível, de qualidade, eficientes e abrangentes às populações implementando as políticas públicas.

Figura 9 - Proposta de Rede de Implementação e Prestação de Serviços



Fonte: Elaboração Própria

As entidades desta rede executam as políticas estabelecidas pelas redes políticas garantindo a qualidade dos cuidados de saúde.

Ainda que as organizações sociais como por exemplo a Segurança Social, os hospitais e as clínicas privadas pertençam a domínios distintos, através de protocolos devem colaborar com as ULS e as farmácias comunitárias na prestação e na implementação das medidas e estratégias.

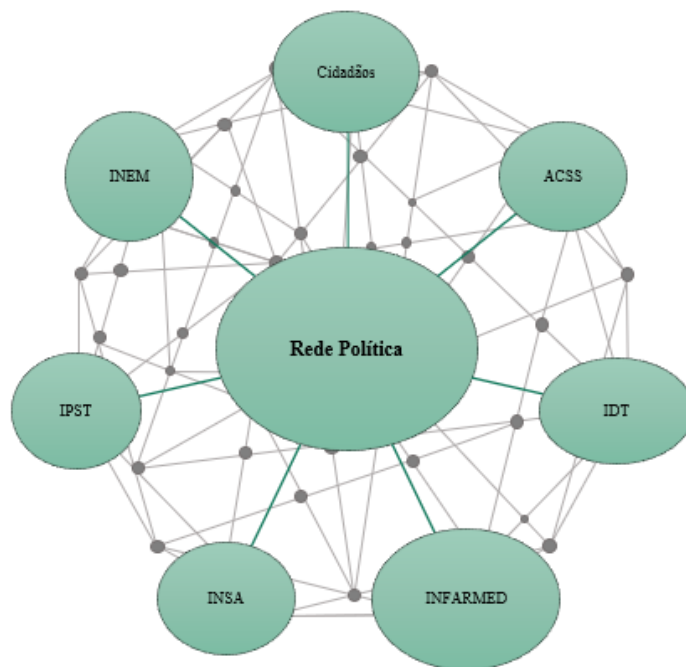
3.5.4.2 Rede Política

Esta rede tem como foco a tomada de decisões políticas e estratégias relacionadas com o setor da saúde, que sejam eficientes, transparentes e sustentáveis de forma a garantir o bom funcionamento do sistema de saúde, bem como a garantia do acesso, da universalidade e da qualidade.

Na figura 10 pode ver-se a estrutura da proposta para a criação da rede política.

Cada entidade deve desempenhar um papel específico na formulação e auxílio na implementação de políticas de saúde.

Figura 10 - Proposta de Rede Política



Fonte: Elaboração Própria

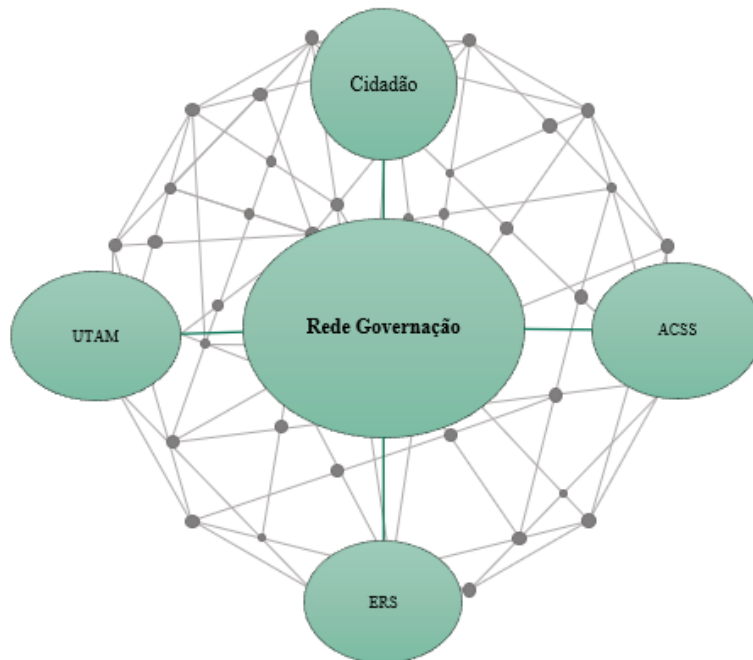
Esta rede permite a padronização, regulação e direcionamento estratégico das atividades de saúde, visando a equidade e a qualidade.

3.5.4.3 Rede de Governação

A missão da Rede de Governação é garantir a participação ativa e informada dos cidadãos na definição das políticas de saúde em Portugal, assegurando que as decisões tomadas reflitam as necessidades e expectativas das populações. O foco está na Governação do sistema de saúde, estabelecendo diretrizes e regulamentos para garantir a qualidade e segurança dos serviços.

Nesta rede, a ACSS desempenha um papel fundamental na elaboração de políticas, normas e regulamentos para o sistema de saúde, em coordenação com a ERS, responsável pela regulamentação da qualidade dos serviços de saúde. Já a UTAM será responsável pela prestação de apoio técnico ao membro das finanças. Sobre a composição desta rede, conferir figura 11.

Figura 11 - Proposta de Rede de Governação



Fonte: Elaboração Própria

A Rede de Governação monitoriza a implementação das políticas e a qualidade dos serviços, garantindo a funcionalidade do Sistema de Saúde.

Seria importante a implementação dos três tipos de rede pois a colaboração entre os intervenientes é fundamental para a implementação das políticas e diretrizes definidas pela rede política. A gestão eficiente dos recursos públicos é essencial para garantir a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde. E, por fim, a Governação da saúde, deve incluir os cidadãos como participantes ativos e

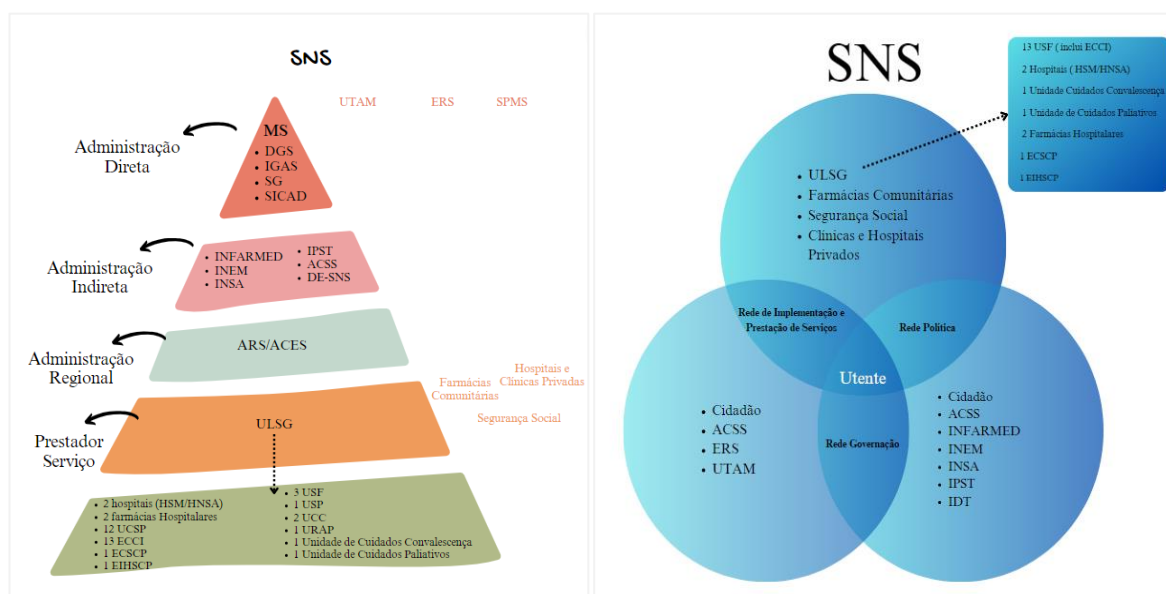
informados na tomada de decisões. A vantagem de existirem múltiplas redes com os diversos intervenientes, é que serão estes que determinam quais as estratégias e medidas implementadas, evitando assim o conflito e a sobreposição de opiniões.

3.5.5. Comparação entre os Modelos

Neste último ponto, serão evidenciados dois termos de comparação entre o modelo de Governação atual e o modelo proposto.

Em primeiro lugar será evidenciada a representação de cada um dos modelos, utilizando-se a ULS da Guarda como exemplo. (cf. figura 12)

Figura 12 - Representação dos Modelos



Fonte: Elaboração Própria

Em seguida apresenta-se uma análise *SWOT*, comparando os dois modelos (cf. figura 13).

Figura 13 - Análise SWOT

Análise SWOT Modelo de Governação Atual		Análise SWOT Modelo em Rede	
Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Saúde Universal; • Profissionais Qualificados; • Programas de Prevenção de Saúde; • Investimento na Investigação Médica; 	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none"> • Financiamento limitado; • Dificuldade na atração e retenção de RH; • Lentidão na prestação de cuidados; • Estrutura altamente verticalizada; 	Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none"> • Colaboração entre Entidades; • Atenção a todos os níveis de cuidados de saúde; • Captação de RH; • Procedimentos mais claros; • Gestão eficiente dos recursos 	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da Rede; • Compreensão entre os intervenientes; • Poderá apresentar uma demora na tomada de decisão;
Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Constante Inovação na Saúde • Colaboração Internacional; • Investimento na Saúde Digital • PPP; 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Pressão Demográfica; • Pandemias; • Crise; • Alterações Políticas 	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Constante Inovação na Saúde • Colaboração Internacional; • Investimento na Saúde Digital • PPP; • Participação ativa do cidadão; • Colaboração com outros domínios. 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Pressão Demográfica; • Pandemias; • Crise; • Investimento na Investigação Médica • Resistência à mudança

Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se, assim, que o setor da saúde deixa de ter uma estrutura altamente vertical e passa a ter uma estrutura mais horizontal, onde a responsabilidade é repartida por todos os membros pertencentes às redes. Uma vez que dentro destas, cada um desempenha um papel específico, com um objetivo comum: criar respostas aos problemas complexos e às necessidades dos cidadãos.

Embora possa parecer que o modelo proposto deixe de apresentar os mesmos pontos fortes do modelo atual, penso que tal não sucede. Relativamente aos pontos fracos, apesar de se evidenciar algo complexo, estes podem ser colmatados com uma comunicação clara e um ambiente harmonioso, lembrando que cada um tem a sua função e que todas elas são essenciais.

Conclusão

O Modelo de Governação em Rede, parece ser o modelo, que se encontra mais perto de responder às necessidades da população e à complexidade dos problemas atuais. Esta é uma abordagem que enfatiza a colaboração, a participação, a flexibilidade e a aprendizagem ao criar ligações e relações entre os mais variados atores das diferentes áreas e integrar os cidadãos na tomada de decisões, bem como a redução de custos pela qualidade dos investimentos e a evolução da cadeia de valor.

O setor da Saúde em Portugal é um setor bastante complexo que ao longo dos anos, apresentou várias reformas na tentativa de colmatar as necessidades das populações. Foi sempre uma estrutura altamente vertical e centralizada, causando alguns obstáculos para a implementação de políticas públicas e estratégias inovadoras que elevassem o nosso sistema de saúde e que pudesse cumprir com os seus principais objetivos.

Sendo um setor complexo e com vários intervenientes com funções, aparentemente distintas, tornou-se claro que existem organismos que, mesmo não sendo propositado, se sobrepõem a outras, causando conflitos internos entre eles, sendo as entidades e a população que acabam por “sofrer” com isso. Por isso, a intenção de propor um novo modelo de Governação em Rede.

Barreto (2023:1) afirma que:

“É preciso afastar o receio da criação de um sistema mais “Hospitalocêntrico”. Num processo de integração bem conseguido, deveria deixar de fazer sentido continuar a segmentar o SNS em “níveis de cuidados”.

A dificuldade sentida na elaboração deste projeto foi analisar quais os organismos que, de facto, são essenciais para a constituição do “novo” Sistema de Saúde Português e quais iriam integrar cada tipo de rede. Outra questão curiosa, foi que quando iniciei este projeto, a minha intenção sempre foi transformar os hospitais/centros hospitalares em ULS-EPE e os centros de saúde apenas incluírem as USF do tipo B, ideais agora partilhados pelo Governo na tentativa de alterar a estrutura do SNS.

Entende-se que esta seja uma abordagem um tanto extrema e de difícil execução. Sendo o setor da saúde, um setor que embora trabalhe em rede, ainda apresenta uma estrutura vertical de poder e, por isso, será difícil tentar ultrapassar esta tradição e implementar um modelo como o apresentado neste projeto, em que todos os intervenientes consigam trabalhar sem impedimentos.

Em síntese, as propostas para um novo modelo de Governação em Rede, (setor da saúde em Portugal) são:

- Proposta 1 - As Unidades Funcionais serem, na sua generalidade integradas nas USF tipo B;
- Proposta 2 - Extinção do ACES e das ARS;
- Proposta 3 - Todas as Unidades de Saúde, devem deter a mesma forma jurídica;
- Proposta 4 – Transformação do SICAD num organismo dotado de personalidade jurídica;
- Proposta 5 - Extinção da DE-SNS;
- Proposta 6 – Os intervenientes serão as ULS, USF, Hospitais e Clínicas Privadas, Setores Sociais, Farmácias Comunitárias, ACSS, ADT, INFARMED, INEM, INSA, IPST, ERS, UTAM e os Cidadãos;
- Proposta 7 - Criação da Rede de Implementação e Prestação de Serviços;
- Proposta 8 - Criação da Rede Política;
- Proposta 9 – Criação da Rede de Governação.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2023). Parcerias Público-Privadas. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/12/parcerias-publico-privadas/>
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 543-571.
- Araújo, J. F. (2007). Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática. *Conferência da UNED*, (pp. 1-16). Espanha.
- Barreto, X. (23 de 03 de 2023). As ULS 2.0 são uma Oportunidade Imperdível para Reforçar o Desempenho do SNS. Lisboa: justNews.
- Barros, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). *Portugal: Health System Review*. Health Syst Transit.
- Borzel, T. (1998). Organizing Babylon - On the Different Conceptions of Policy Networks. *Public Administration*, 253-273.
- Bourgon, J. (2007). Responsive, Responsible and Respected Government: Towards a New Public Administration Theory. *International Review of Administrative Sciences*, 7-26.
- Braun, G., & Centeno, L. (11 de dezembro de 2018). Publicação Ocasional do CFP n.º 1/2018. *Sistemas de Saúde*, pp. 1-26.
- Cabral, N. (2009). *As Parcerias Público-Privadas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública. Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cardoso, L. (1998). *Gestão Estratégica das Organizações (Ao encontro do 3 Milénio)*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Carrapato, P. (2020). *A Influência da Responsabilidade Social na Governança Hospitalar - Evidências a partir das Perspeções dos Colaboradores*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Carvalho, M. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: O Profissionalismo numa Encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, M. F. (2011). Gestão Pública: Um Novo Paradigma para a Governação da Administração Local em Portugal. *8.º Congresso Nacional da Administração Pública* (pp. 309-333). Carcavelos: INA.
- Correia, P. A., Mendes, I. d., & Bilhim, J. A. (2019). As redes de colaboração como fator inovador na implementação de políticas públicas. Um enquadramento teórico com base na nova governação pública. *Lex Humana*, 143-162.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2009). *Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*. Porto: ERS.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2015). *Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde*. Porto: ERS.
- Fernandes, A. (2015). *A Combinação Público-Privado em Saúde: Impacto no Desempenho do Sistema e nos Resultados em Saúde no Contexto Português*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração da Saúde na Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Fernandes, A., & Nunes, A. (2016). Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Médica Portuguesa*, 217-223.
- Ferreira, F. E. (2012). *O Modo de Governança como Fator Crítico de Sucesso das Políticas Públicas ao Nível Local*. Lisboa: Tese de Mestrado Economia e Políticas Públicas no Instituto Universitário de Lisboa.
- Francisco, M. J. (2006). *A Introdução do Contrato Individual de Trabalho na Administração Pública*. Aveiro: Tese de Mestrado em Gestão Pública na Universidade de Aveiro.
- Freire, P., Kempner-Moreira, F., & Júnior, J. (2020). VII Encontro Brasileiro de Administração Pública. *Governança Multinível em Rede: Reflexões Sobre um Novo Modelo de Governança para a Segurança Pública* (pp. 1-16). Brasília: Sociedade Brasileira de Administração Pública.
- Fukuyama, F. (2000). *A Grande Ruptura. A Natureza Humana e a Reconstituição da Ordem Social*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gregorius, M. R. (2015). *A Administração Pública e suas funções*. Jusbrasil.
- Henttonen, K., Lahikainen, K., & Jauhainen, T. (2016). Governance Mechanisms in Multi-Party Non-Profit Collaboration. *Public Organization Review, Springer*, 1-16.
- Hood, C. (1991). A Public Management For All Seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.

- Hughes, O. (1994). *Public Management & Administration* (6 ed.). New York: Palgrave MacMillan.
- Isett, K., Mergel, I., LeRoux, K., Mischen, P., & Rethemeyer, R. (2011). Networks in public administration scholarship: Understanding where we are and where we need to go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 157-173.
- Kapucu, N. (2014). Complexity, Governance and Networks: Perspectives from Public Administration. *Baltzer Science Publishers*, 29-37.
- Klijn, E. (2008). Governance and Governance Networks in Europe. *Public Management Review*, 505-525.
- Klijn, E., Edelenbos, J., & Steijn, B. (2010). Trust in Governance Networks: Its Impacts on Outcomes. *Sage journals*, 193-221.
- Lane, J.-E. (2001). *New Public Management*. Londres: Routledge.
- Lim, J. (06 de janeiro de 2011). *Networked Governance: Why It Is Different and How It Can Work*. Obtido de Civil Service College.
- Lourenço, A. (2018). *Sistema de Saúde Português: Um Caminho para a Proteção Social Universal da Saúde em Portugal*. Suíça: Organização Internacional do Trabalho.
- Lynn, L., Heinrich, C., & Hill, C. (2000). Studying Governance and Public Management: Challenges and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 233-261.
- Madeira, I. (2012). *As Reformas da Saúde sob Influência do Modelo Gestor: O caso do Hospital Sousa Martins da Guarda*. Guarda: Tese de Mestrado em Gestão - Ramo Administração Pública do Instituto Politécnico da Guarda.
- Madureira, C. (2020). A Reforma da Administração Pública e a Evolução do Estado-Providência em Portugal: História Recente. *OpenEdition Journals*, 179-202.
- Moreira, O. (2011). *Modelo de Diagnóstico da Comunicação Interna nos Organismos da Administração Pública Portuguesa*. Lisboa: Mestrado em Gestão Estratégica das Relações Públicas no Instituto Politécnico de Lisboa.
- Mota, L., & Bittencourt, B. (2019). Governança Pública em Rede: Contributos para sua Compreensão e Análise (em Portugal e no Brasil). *Tempo Social*, 199-219.
- Neves, A. (2010). *Governança Pública em rede: Uma aplicação a Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Paulo, A. (2010). SNS: Caracterização e Desafios. *Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação E Relações Internacionais - Ministério Das Finanças E Da Administração Pública*, pp. 1-16.
- Pereira, P. T. (1997). A Teoria da Escolha Pública (Public Choice): Uma Abordagem Neoliberal. *Análise Social*, 419-442.
- Peters, B. (2009). *Meta-Governance and Public Management*. Abingdon: Routledge.
- Peters, T., & Waterman, R. (1982). *In Search of Excellence*. New York: Harper & Row.
- Provan, K., & Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 229-252.
- Rhodes, R. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 652-667.
- Rhodes, R. (2007). Understanding Governance: Ten years on. *Organization Studies*, 1243-1264.
- Ribeiro, A. E. (2021). *Governo Local: Conceitos, Estratégias e Práticas*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rocha, J. A. (2011). *Gestão Pública: Teorias, Modelos e Práticas*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rocha, J. A. (2014). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Lisboa: INA editora.
- Rodrigues, M. Â. (2009). Modelos de Gestão Pública: Tipologias de Governança. *Modelos de Gestão Pública: Tipologias de Governança*, pp. 34-38.
- Rosa, B. (2019). *Influência(s) do Managerialismo na Intervenção Profissional dos/as Assistentes Sociais*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Sanchez, F. (2018). *Redes de Governança: Um Estudo Multicasos no Setor Público de Santa Catarina*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Self, P. (1997). What's Happened to Administrative Theories? *Public Policy and Administration*, 8-20.
- Silveira, A. (2021). Obtido de RTP ENSINA.
- Simões, J. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho. Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Aveiro: Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro.

- Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Edições Almedina.
- Sørensen, E. (2006). Metagovernance: The Changing Role of Politicians in Processes of Democratic Governance. *The American Review of Public Administration*, 98-114.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2007). *Introduction Governance Network Research: Towards a Second Generation*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Stoker, G. (2006). Public Value Management a New Narrative for Networked Governance? *The American Review of Public Administration*, 41-57.
- Tavares, A. (2019). *Administração Pública Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Torfing, J. (2005). Governance network theory: towards a second generation”. *European political science*, 305-315.
- Viana, L., & Centeno, L. (05 de 12 de 2019). Setores das Administrações Públicas. *Contratualização com as Empresas Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde*, pp. 1-51.

Legislação Consultada

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro

Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro

Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto

Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 23/2020, de 22 de maio

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto

Decreto-Lei n.º 62/2022 de 23 de setembro

Decreto de Aprovação da Constituição 10 de abril de 1976

Decreto-Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro

Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro

Lei n.º 108/2019, de 09 de setembro