

PARTE V – PRESTAÇÃO

SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE

RECUPERAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

HOSPITAIS

CENTROS DE SAÚDE

CUIDADOS CONTINUADOS

CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA

REDES DE REFERENCIAÇÃO

DIÁLISE RENAL

TRACERS : TUBERCULOSE PULMUNONAR, DIABETES MELLITUS

SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os sistemas prestadores de cuidados de saúde têm evoluído no sentido de uma complexidade crescente (Quadro XXIII). Isto acontece principalmente pelas seguintes razões:

- Maior exigência da parte do cidadão e uma mais forte inclinação para procurar satisfazer as suas conveniências específicas: o lema da sociedade do acesso - *my time, my place, my way* - novas opções e inovações nos serviços e procedimentos proporcionados pelas novas tecnologias biomédica, de informação e comunicação.
- Novas formas de prestação diversificação diferenciação organizacional e de gestão (sentido de experimentação), procurando melhor adaptação às circunstâncias locais e melhor equilíbrio entre a responsabilização por um bom desempenho e um grau aceitável de autonomia profissional e de gestão.

Apesar disso, pode dizer-se que os sistemas prestadores de cuidados de saúde tendem a diferenciar-se em dois pólos distintos pela própria natureza dos cuidados de saúde em causa:

- Cuidados de saúde de proximidade, de tipo mais relacional, onde a continuidade e a integração de cuidados têm uma importância muito particular;
- Serviços de saúde de referência, de tipo ocasional, baseados em intervenções tecnológicas mais normalizadas e descontínuas.

Estas duas modalidades de cuidados de saúde obedecem a lógicas distintas, mas são interdependentes. A diluição dos seus traços mais característicos em estereótipos sem diferenciação conduz à “macdonaldização” ou à “burocratização” da saúde.

Neste relatório, referem-se alguns aspectos do sistema prestador dos cuidados de saúde particularmente relevantes no contexto actual:

- O acesso aos cuidados de saúde é particularmente relevante em Portugal. Os diversos tipos de esperas são os sintomas de uma resposta insuficiente. É necessário tratar os sintomas, mas também, em simultâneo, as causas da “doença.”
- Há bons serviços de saúde em Portugal (Quadro XXIV). A “reforma da saúde” faz-se a partir dos bons exemplos. Para isso é necessário conhecê-los e apoiá-los. Para isso é necessário ensaiar e implementar novas formas de regulação, organização e gestão.
- Diferentes opções para a organização e gestão das unidades prestadoras do SNS têm estado na ordem do dia. O OPSS procura contribuir para a análise, discussão e acompanhamento das diferentes alternativas possíveis através de um exercício de análise de cenários sobre a futura configuração do sistema prestador. Esta análise conhecerá uma segunda versão no decorrer do corrente ano.
- Pela sua importância na actualidade, este relatório dá também relevo à situação dos cuidados continuados, ao desenvolvimento dos centros regionais de saúde pública, ao tratamento da insuficiência renal, à tuberculose pulmonar e à diabetes mellitus.

Quadro XXIII - Cuidados de saúde num contexto de pluri-prestação

PESO RELATIVO ACTUAL NO SISTEMA DE SAÚDE	A	B	C	D	E
Hospitais	⊙				
Urgência e emergência	⊙				
Centros de saúde (SNS)	⊙				
Médicos e grupos convencionados (SNS)					⊙
Consultórios e clínicas privadas			⊙		
Clínicas “walk-in”					⊙
Centros e laboratórios de diagnóstico		⊙			
Farmácias	⊙				
Centros de tratamento			⊙		
Redes geridas – “subsistemas” e outros			⊙		
Cuidados continuados (internamento e ambulatório)				⊙	
Call Centers				⊙	
Portais WWW					⊙
Contact Centers					⊙

Discrimina-se a combinação de prestadores de cuidados de saúde num contexto de pluri-prestação (delivery mix). As opções A, B, C, D, E correspondem à importância relativa que as estruturas têm no actual sistema prestador de cuidados de saúde em Portugal. Esta escala foi produzida pelo painel OPSS (sete dos investigadores da rede).

QUADRO XXIV - O sistema prestador de cuidados de saúde – alguns bons exemplos

Cuidados Continuados/Paliativos

O Centro de Saúde de Odivelas está a desenvolver um programa de ajuda a doentes com dependência no seu domicílio, residentes nas freguesias da Ramada, Famões e Odivelas. A equipa de apoio trabalha em conjunto com os Hospitais, Segurança Social, Câmara Municipal, Voluntariado e em estreita ligação com o médico de família e com os médicos dos hospitais.

MoniQuOr - Melhores Centros de Saúde Premiados

Os Centros de Saúde de Cascais, Cantanhede, Alfândega da Fé, Carregal do Sal, Fundão e Vila Franca de Xira vão receber 150 mil contos que poderão utilizar no financiamento sustentado de projectos de melhoria contínua de qualidade, como resultado da avaliação cruzada realizada no âmbito do Projecto MoniQuOr em que foram os melhores classificados.

Telemedicina poupa meses de espera

Os Hospitais Amato Lusitano (Castelo Branco) e Centros de Saúde de Alcains e Sertã e os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e Centros de Saúde da Sertã estão interligados, permitindo a realização de teleconsultas que evitam deslocações de doentes e reduzem os respectivos tempos de espera.

Coração Tratado a Tempo

Os doentes atendidos pela primeira vez em Cardiologia no Hospital Pulido Valente, em Lisboa, têm a partir de agora a possibilidade de realizar exames complementares de diagnóstico no próprio dia da consulta, ficando avaliados numa única ida ao Hospital.

**Linha “Doi Dói -Trim Trim”
Alargada a todo o país**

O serviço pediátrico de orientação telefónica, Saúde 24: *Dói - Dói - Trim - Trim*, vai ser alargado, em breve, a todo o País. O serviço telefónico Saúde 24: *Dói-Dói - Trim- Trim* foi criado em 2000, na altura da reestruturação ocorrida nas Urgências Pediátricas. Neste quadro constatou-se que entre 50 a 60% das crianças que iam ao hospital não necessitavam de cuidados hospitalares e só contribuíam para asfixiar os serviços de urgências.

**CRIS - Cirurgia Cardíaca
(Hospitais da Universidade de Coimbra)**

Este Centro de Responsabilidade Integrado (CRIS) dos HUC conseguiu não só eliminar as listas de espera na sua área de influência (Região Centro), mas também disponibilizar a sua capacidade instalada para doentes de outras Regiões do País e ainda candidatar-se a tratar doentes do Reino Unido no âmbito de concurso internacional.

Castelo Branco: Unidade de Apoio Integrado (UAI) já acolheu 17 utentes

Localizada na cidade albacastrense e com capacidade para dez camas, os utentes recebem cuidados de enfermagem, médicos, reabilitação, apoio psicológico e social, assim como higiene pessoal, alojamento, alimentação e tratamento de roupa.

Número de mortes por diabetes diminui em Portugal

Pela primeira vez nos últimos 17 anos, o número de mortes por diabetes diminuiu em Portugal. **No ano 2000**, a doença, que afecta entre 400 a 500 mil portugueses, matou 3.138 pessoas, menos sete por cento do que em 1999.

Interface entre hospital e centro de saúde - Peniche: um bom exemplo

O Hospital de Peniche e o Centro de Saúde local estabeleceram um acordo relativamente aos serviços de urgências das duas unidades. O funcionamento do Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Peniche (HP) e do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Saúde (CS) local encontra-se articulado entre os profissionais de ambas as instituições.

No Hospital com a Família ao Lado

Os doentes internados em alguns serviços do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, podem escolher uma pessoa para os acompanhar ao longo do internamento. O familiar ou amigo aprende mais sobre os cuidados e os sintomas. E a ansiedade diminui.

Hospitais passam na avaliação clínica

A avaliação, feita pelo Center for Performance **Sciences** (CPS), pertencente à Associação dos Hospitais do Maryland, nos EUA, aos hospitais de Bragança, Feira, Guimarães, Matosinhos, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu revelou uma "performance" qualitativa equiparada ao que de "bom se pratica nos países desenvolvidos". O Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), da Direcção-Geral da Saúde, assinou um protocolo com o King's Fund Health Quality Service que visa a acreditação hospitalar, mediante o reconhecimento, por uma avaliação externa e independente, do cumprimento de um conjunto de exigências a nível organizacional nas áreas de gestão administrativa, médica e de enfermagem.

Os Hospitais Pedro Hispano (Matosinhos), S. Teotónio (Viseu), Fernando da Fonseca (Amadora/Sintra), Barlavento Algarvio (Portimão) e Dr. José Maria Grande (Portalegre) ultrapassaram já, positivamente, a 1ª fase de avaliação.

Diabetes Mellitus

Apesar (ainda) das desigualdades regionais o Programa da Diabetes indicia os 1º resultados positivos, designadamente na Região Norte.

Hospital S. Sebastião (Feira) Um exemplo a seguir

No "site" do Hospital estão disponíveis os Relatórios de Gestão relativos a 1999 e 2000, bem como o Plano de Actividades e Financeiro 2002-2004. A informação do ano 2001 está igualmente acessível e a relativa ao ano 2002 está actualizada até Abril.

RECUPERAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

O Programa de Promoção do Acesso (PPA) no que diz respeito à redução do número de doentes em espera para operações cirúrgicas, acima do tempo clinicamente aceitável (>TCA), manteve-se como uma das principais prioridades da política de saúde durante 2001. Estes TCA (Quadro XXV) foram estabelecidos, em 1999, por um conjunto de médicos da Região Centro.

O total de doentes em lista de espera > TCA, em Dezembro de 2001, com patologias que fazem parte do PPA, era de 86500, mais 42% do que em 31 de Dezembro de 2000, que, segundo dados disponibilizados pelo Ministério, era de 61.000 doentes. Admitindo que o sistema de informação desenvolvido pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro especificamente para este efeito, há cerca de três anos, está operacional e portanto os dados são fiáveis, este aumento pode atribuir-se, entre outros factores, a um não aumento (ou até diminuição) da produtividade corrente dos hospitais e serviços do SNS que geram as listas de espera, ou a um aumento do número de hospitais que entretanto aderiram ao PPA.

Durante 2001, relativamente a 2000, foram realizadas menos 1882 cirurgias do que aquela que foram previstas, mas o número total de cirurgias contratualizadas e realizadas passou de 17577 para 19979 (Quadro XXVI). Nos dois anos em análise a Região Norte foi aquela que menos oscilou entre o contratualizado e o realizado. Durante 2001 observou-se uma abertura explícita ao sector privado a produção deste já representou 16 %.

As listas de espera cirúrgicas são uma questão complexa. Elas podem variar no SNS por, pelo menos, cinco tipos de factores: (a) aumento da procura, habitualmente mediada por um melhor acesso a aconselhamento médico (como, por exemplo, devido à melhoria do funcionamento das consultas externas) ou pela introdução de novas tecnologias de diagnóstico; (b) evolução da capacidade instalada no SNS em termos de recursos humanos qualificados e de meios tecnológicos; (c) evolução dos instrumentos gestionários existentes nos estabelecimentos e serviços do SNS, que permitam otimizar a capacidade instalada traduzindo-a em capacidade de resposta efectiva (produtividade); (d) tipo, natureza e intensidade dos conflitos de interesses que possam limitar a capacidade de resposta do SNS como, por exemplo, o efeito interno da contenção cega das despesas de exploração ou o interesse de agentes internos em induzir ou manter um determinado nível de procura privada e, (e) características dos programas de recuperação de listas de espera (efectividade, conflitos de interesse que podem gerar). A consciência desta complexidade não deve diminuir a determinação necessária para melhorar a situação actual, nem aconselha abordagens simplistas e objectivos irrealistas.

Quando isso não acontece há politização excessiva e inconveniente da questão das listas de espera. Isso gera opacidade e falta de rigor nos critérios que informam a gestão destes programas e na divulgação da informação necessária para avaliar os progressos realizados.

É portanto indispensável uma normalização da informação sobre listas de espera e uma grande transparência na divulgação dos resultados sobre a situação real do acesso e produtividade dos serviços de saúde. Para ser interpretável, esta informação deve incluir indicadores sobre os cinco aspectos acima referidos: acesso às consultas, capacidade humana e tecnológica, produtividade corrente, conflitos de interesses óbvios, efectividade dos programas de recuperação.

Quadro XXV - Tempos de espera clinicamente aceitáveis para patologias seleccionadas

	Natureza da patologia/intervenção	TCA
	Hérnias e eventrações	S/complicações
C/potenciais complicações		≤ 60 d
S/complicações mas < capacidade de trabalho		≤ 90 d
Colecistectomias	Por litíase c/complicação prévia	≤ 30 d
	Por litíase s/complicação prévia	≤ 180 d
Cirurgia vascular arterial	c/clusão intermitente e/ou lesões carotídeas	≤ 21 d
Varizes	C/complicação prévia	≤ 60 d
	S/complicação prévia	≤ 270 d
Cirurgia cardiotorácica	Valvular	≤ 60 d
	Coronária	≤ 60 d
Hérnia discal		≤ 30 d
Cataratas	Bilaterais c/grau de visão incapacitante	≤ 30 d
	Unilateral c/olho contralateral normal	≤ 180 d
	Unilateral c/amaurose do olho contralateral	≤ 30 d
	Bilateral s/apreciável diminuição da autonomia	≤ 180 d
Retinopatia diabética		≤ 30 d
Prótese da anca		≤ 180 d
Prótese do joelho		≤ 180 d
Adenoma prostático s/ complicações		≤ 180 d
Adenoma prostático c/ complicações		≤ 90 d
Oncologia (qualquer patologia)		≤ 21 d

Fonte: DGS, 1998

Quadro XXVI - Resumo da produção e da execução financeira do PPA, em 2001, por Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Produção contratualizada	Produção realizada		Orçamento atribuído	Verba gasta	
		Total	%		Total	%
ARS Norte	11.483	9.318	81%	2.970.000	2.510.048	85%
ARS Centro	11.643	6.653	57%	2.970.000	2.349.379	79%
ARS LVT	8.150	5.988	73%	2.970.000	1.893.775	64%
ARS Alentejo	1.190	623	52%	594.000	112.994	19%
ARS Algarve	1.775	1.209	68%	396.000	373.744	94%
Total	34.241	23.791	69.5%	9.900.000	7.239.940	73%

Fonte: DGS, 2002

HOSPITAIS

O hospital e a sua organização e gestão, interessa a muitos: pela natureza dos problemas que tratam, por aquilo que as pessoas dele esperam, pelas culturas e expectativas de uma grande diversidade de profissionais que neles trabalham, pela importância dos recursos que eles mobilizam.

É possível identificar no nosso país e, em muitos outros, três modalidades de evolução para os hospitais:

- Melhorar o hospital público tradicional, através de acções externas (como a contratualização através de orçamentos-programas) e de reorganizações internas (descentralização departamental – “centros de responsabilidade integrados”);
- Transformar o hospital público tradicional em “empresa pública” – maior autonomia de gestão nos recursos e alterações dos vínculos contratuais com os profissionais – em paralelo com uma melhoria substancial nos mecanismos de acompanhamento, regulação e contratualização disponíveis. A primeira experiência deste tipo iniciou-se na Vila da Feira em 1998;
- Adopção de diferentes tipos de parcerias entre o público e o privado (PPP), como soluções mais complexas que requerem, do conjunto do sistema de saúde, uma efectiva direcção estratégica com mecanismos reguladores apurados. A primeira experiência deste tipo foi decidida em 1995 (Amadora-Sintra).

Do pouco que ainda se sabe das vantagens e desvantagens destas diferentes soluções, é já evidente que o equilíbrio necessário entre a flexibilização da gestão dos hospitais e o desenvolvimento dos instrumentos de direcção e influência estratégica acima indicados requer um considerável investimento humano, técnico e institucional.

No Quadro XXVII comparam-se três hospitais portugueses com distintas modalidades de gestão, que necessitam de um estudo e acompanhamento muito mais aprofundado do que aquilo que foi possível fazer até agora. No Quadro XXVIII, descrevem-se experiência de gestão hospitalar tipo PPP em Portugal, Espanha e Suécia, que é importante analisar cuidadosamente.

Nesta área um estudo mais detalhado do que tem sido a experiência de diferentes regiões de Espanha e do Reino Unido pode ser particularmente relevante.

No sentido de poder acompanhar e contribuir para a evolução do sistema hospitalar português, o OPSS definiu um conjunto de cenários em relação ao futuro, analisou-os e comparou-os, explicitando a “base de evidência” (Quadro XXIX e Fig. 19) - www.observaport.org (visitas guiadas).

Esta é naturalmente uma primeira aproximação a este tipo de análise, que será aprofundada e actualizada, nos próximos seis meses, com a mais ampla participação possível.

Quadro XXVII - Novos modelos de gestão hospitalar

Modelo	Contexto	Contratualização	Desenvolvimento	Acompanhamento	Resultados
ULSM	1ª experiência de gestão integrada de Hospital (já em actividade) e Centros de Saúde (já em actividade) com estatuto mais flexível que os hospitais “tradicionalis”. “Herdou” todos os recursos humanos das instituições que a precederam.	Contrato Programa anual “negociado” com Agência de Contratualização (sem experiência prévia nem meios adequados para a contratualização).	Dois órgãos de gestão em 2 anos, profissionais sem definição da sua situação de partida e insuficiente apoio da tutela.	Realizado pela ARS e respectiva Agência de Contratualização (sem experiência prévia e meios para avaliar/“negociar” Contratos Programa. Instrumentos de acompanhamento e monitorização insuficientes e inadequados.	Integração e novo estatuto ainda demasiado recente. Alguns indicadores interessantes, designadamente na comparação com outras experiências inovadoras.
HSS	1ª experiência de gestão pública com estatuto mais flexível que os hospitais “tradicionalis”. num hospital novo. “Herdou” cerca de 20% dos recursos humanos das instituições cujos serviços integrou.	Contrato Programa anual “negociado” com Agência de Contratualização (sem experiência prévia nem meios adequados para a contratualização).	Órgão de gestão dinâmico, possibilidade inicial de recrutamento de sua iniciativa, preparação prévia razoável, introdução precoce de regime de incentivos, insuficiente apoio da tutela.	Realizado pela ARS e respectiva Agência de Contratualização (sem experiência prévia e meios para avaliar/“negociar” Contratos Programa. Instrumentos de acompanhamento e monitorização insuficientes e inadequados.	Apresenta alguns indicadores interessantes (designadamente na produtividade e demora média) que necessitam de avaliação mais profunda e rigorosa.
HFF	1ª experiência de concessão ao sector privado da gestão de um hospital público novo já construído e equipado pelo Estado. “Herdou” os recursos humanos do HFF ainda em regime de instalação.	Contrato elaborado por 5 anos, prorrogável, sem experiência anterior do MS, com base em “produção estimada” pouco fiável e sem instrumentos e meios para o seu acompanhamento e monitorização.	Fase de transição confusa da gestão pública para o sector privado, ambiente político “desfavorável”, instabilidade na manutenção dos recursos médicos com necessidade de recurso à entidade contratante para evitar a ruptura, regime de incentivos lançado tardiamente.	Em 1996 foi nomeado um representante da ARSLVT no HFF e foi criada a Comissão de Acompanhamento Externo (com participação de representantes da sociedade civil) no âmbito da Agência de Contratualização. Instrumentos de acompanhamento e monitorização insuficientes e inadequados.	Apresenta alguns indicadores interessantes (designadamente na produtividade) que necessitam de avaliação mais profunda e rigorosa. Opinião dos utentes bastante desfavoráveis nalgumas áreas de prestação. Custos de exploração em crescimento acentuado em parte explicáveis pelo acentuado aumento da população que serve.

Fonte: Médico de Família, 2002-

A gestão pública empresarial não é inferior à gestão privada dos hospitais

QUADRO XXVIII - Experiências de gestão hospitalar em três países diferentes

HOSPITAL	Hospital Fernando Fonseca - Amadora Sintra	St. Göran, Estocolmo	Hospital de la Ribera – Alzira (Valência)
Lotação	698	240	225
Missão	Hospital Público	Hospital Público	Hospital Público
Tipo de concessão versus contrato	Contrato de concessão de exploração de hospital construído e equipado pelo Estado (Contrato de Gestão)	Aquisição do equipamento pela empresa, assumindo todo o pessoal existente; aluga as estruturas físicas ao Governo Local	Contrato de Concepção, construção financiamento e exploração (“DBFO”), com investimento totalmente privado
Duração do Contrato	5 anos, prorrogáveis	3 anos, prorrogáveis por mais 4	10 anos, prorrogável por mais 5
Pagamento	Baseado nos GDH, dentro de limites acordados	Pagamento anual acordado com base em actividade esperada; pagamento adicional por serviço prestado para além desses valores	“Per capita” (34.000 pesetas/habitante/ano), com actualização anual pelo IPC
População coberta (habitantes)	539.612	n. a.	230.000
Início da gestão privada	1995	1999	1999
Recursos Humanos	2.592 (ano 2000)	1.410 (ano 2000)	894 (ano 2001)
Orçamento/ano (2000-2001)	€ 95 milhões 19 milhões de contos	€ 78 milhões 750m SEK	€ 47 milhões 8.500 milhões de pesetas
Custo médio por 1 000 hab	€ 176.05		€ 204.35
Regulação/Acompanhamento	Comissão de Acompanhamento Externo + Delegado da Administração		Comissão do Governo Valenciano Permanente (no Hospital) + Penalização por utentes que utilizem outros hospitais

Fonte: http://www.josedemello.pt/gjm_company_01.asp?empresa=8 ; <http://www.stgoran.se/>
<http://www.hospital-ribera.com>

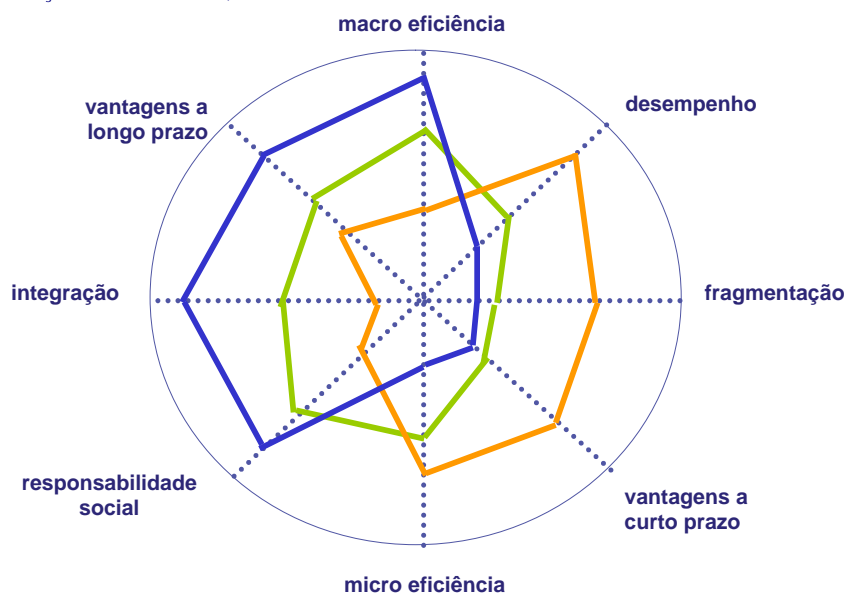
As experiências sintetizadas no Quadro XXVIII podem considerar-se experiências “isoladas” em qualquer um dos três países. São experiências de Parceria Público-Privado que é necessário acompanhar e avaliar com independência: os seus promotores tendem a minimizar as limitações e riscos; os detractores não reconhecem os méritos de algumas inovações que introduziram no sistema de saúde. A capacidade de regulação e contratualização do Estado é, aqui, de importância crítica.

CENÁRIOS PARA O FUTURO

QUADRO XXIX – Hospitais. Cenários alternativos - onde estaremos dentro de 5 anos?

CENÁRIO 0	Mudança mínima
CENÁRIO 1	“Efeito Agendas” (empresarialismo público & PPP)
CENÁRIO 2	“Efeito Mix” processo de desenvolvimento
CENÁRIO 3	Privatização regulada
CENÁRIO 4	Privatização não-regulada

FIGURA 19 - Comparação de cenários, baseada na análise SWOT



Cenários alternativos sobre o sistema hospitalar foram elaborados, tendo em atenção o “estado da arte” e as agendas políticas. Posteriormente, comparados, com base na análise SWOT efectuada pelo painel OPSS. Este exercício prosseguirá nos próximos meses.

CENTROS DE SAÚDE

A partir de 1996 promoveu-se um conjunto de experiências locais, tendentes a abrir, a diversificar e a fazer evoluir a realidade relativamente uniforme, rígida e burocrática dos centros de saúde de segunda geração, sem capacidade de gestão autónoma e sem estímulos para se adaptarem às novas exigências de acesso e qualidade.

Os **projectos “Alfa”**, iniciados em 1996/1997, foram um primeiro impulso para tentar descongelar a situação existente – libertaram ideias e iniciativas já latentes no terreno. A criatividade, a ousadia inovadora e a tenacidade de pequenos grupos de profissionais permitiu-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa. 15 grupos conseguiram iniciar as suas experiências, rompendo o “status quo” e as habituais resistências. A maior parte destes grupos mantem-se em actividade. Os projectos foram amplamente avaliados, quer internamente, quer por entidades exteriores e foram tema para trabalhos e dissertações académicas.

A avaliação dos projectos “Alfa” abriu caminho para experimentar formas retributivas mais justas nos cuidados de saúde primários. O **Regime Remuneratório Experimental (RRE)**, em clínica geral foi aprovado em 1998, após muita resistência da máquina burocrática do Estado. Avançaram vários grupos nas Regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, principalmente no período 1998-1999. A Universidade deu a sua contribuição (projecto “tubo de ensaio”, Porto).

Entre 1996 e 1999 decorreu um debate sobre a descentralização da gestão das “Sub-regiões de saúde” para os centros de saúde, combinada com a reorganização interna dos centros de saúde, associando a autonomia com a responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objectivos comuns. Também aqui os projectos “Alfa” foram inspiradores, mesmo em condições adversas. Destas experiências, avaliações e debates nasceram os **Centros de Saúde de 3ª geração** (Decreto-Lei n.º 157/99).

Porém no período 2000-2001 observou-se uma paragem. Os avanços foram escassos e, nas restantes regiões de saúde praticamente nada aconteceu. Só no final de 2001 constituíram-se um grupo nacional e cinco grupos regionais de apoio à implementação dos centros de saúde de terceira geração. Do trabalho destes grupos, entre fins de 2001 e Abril de 2002, foram elaboradas: (a) Linhas de orientação estratégica e calendário de actividades; (b) Manual de apoio à reestruturação dos centros de saúde; (c) Critérios e condições requeridas para acesso dos centros de saúde ao “estatuto” de autonomia; (d) Linhas de orientação para os programas formativos de apoio a este processo.

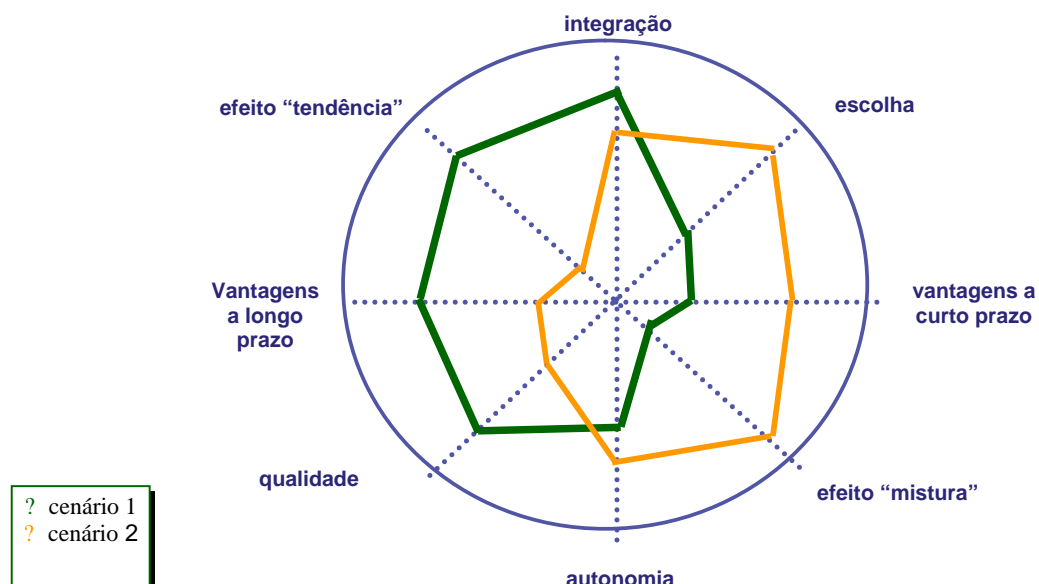
No sentido de contribuir para uma retoma na dinâmica de mudança nos cuidados de saúde primários, o OPSS desenhou cenários alternativos em relação ao futuro, analisou-os e comparou-os (Quadro XXX e Fig. 20) – www.observaport.org (**visitas guiadas**), a partir de uma base de conhecimentos explícita. Considera-se esta primeira “solução” como sendo essencialmente um ponto de partida partilhado, para uma análise mais aprofundada e actualizada. Para esse efeito o OPSS convida todos os interessados a participar, nos próximos seis meses, na elaboração da 2ª versão desta visita guiada.

CENÁRIOS PARA O FUTURO

QUADRO XXX- Cuidados de Saúde Primários. Cenários alternativos - onde estaremos dentro de 5 anos?

CENÁRIO 0	Mudança mínima
CENÁRIO 1	Predomínio da reorganização dos CS (CS c/ autonomia em diferentes fases evolutivas)
CENÁRIO 2	Mistura de modalidades de organização da prestação (CS c/ e s/ autonomia não ultrapassarão 60 % da prestação)
CENÁRIO 3	Privatização regulada
CENÁRIO 4	Privatização não-regulada

FIGURA 20 - Comparação de cenários, baseada na análise SWOT



Cenários alternativos sobre cuidados de saúde primários foram elaborados, tendo em atenção o “estado da arte” e as agendas políticas. Posteriormente, foram comparados, com base na análise SWOT efectuada pelo painel OPSS. Este exercício prosseguirá nos próximos meses

CUIDADOS CONTINUADOS

O Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, deu início a uma intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados de saúde continuados às pessoas em situação de dependência, transitória ou definitiva, física, mental ou social necessitando, simultaneamente, de intervenção nas duas vertentes. Nele se previa um período experimental até final de 2000.

As intervenções desenvolvidas foram de dois tipos:

- a) Articuladas, que sempre que possível davam continuidade às iniciadas pelo PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos, financiado pelo jogo Joker), compreendendo o *Apoio Domiciliário Integrado* (A.D.I.) e *Unidades de Apoio Integrado* (U.A.I.), sendo estas alternativas residenciais, de curta duração e para situações que permitam apoio de saúde fundamentalmente por prestadores informais.
- b) Integradas, dirigidas à área específica da saúde mental, com *Fórum Sócio-Ocupacional* e três de estruturas residenciais: *Unidade de Vida Apoiada*; *Unidade de Vida Protegida*; *Unidade de Vida Autónoma*.

A coordenação foi estruturada a nível central, regional e sub-regional/distrital, bem como a nível local e por Equipas de Cuidados Integrados (E.C.I.).

A Segurança Social assegurou o investimento em infra-estruturas, através do PIDDAC, e os custos de funcionamento no valor de cerca de meio milhão de contos. A Saúde contribuiu com trabalho profissional, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A formação dos vários níveis de coordenação foi apoiada através do QCA II – Intervenção Operacional da Saúde.

Anteriormente existiam acções de formação para Ajudantes Familiares, Ajudantes de Saúde, Agentes Geriátricos e outros equivalentes, sem articulação nem programação, prévias. Para colmatar a situação, a 7/4/99, Dia Mundial da Saúde cujo tema foram os Idosos, foi assinado o Despacho Conjunto n.º 360/99, pelos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, que permitiu a criação dum grupo de trabalho alargado (DGS, DRHS, IEFP, DGAS, DGRSS) para estudar e propor medidas para a valorização e incentivo da prestação de cuidados no domicílio a pessoas em situação de dependência. Atempadamente foram apresentadas às tutelas, as conclusões que apontaram para a redefinição dos perfis de Ajudantes de Saúde e de Ajudantes Familiares e para a reestruturação dos currícula da formação.

Em 2001, por despacho conjunto da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado da Solidariedade e Segurança Social, foi constituído outro grupo de trabalho interministerial que definiu as bases para um *Sistema de Cuidados Continuados Integrados (SCCI)*. Este SCCI foi definido como sistema organizador de um conjunto diversificado de respostas (*Rede Mais*) às necessidades complexas em saúde-apoio social de pessoas com problemas de perda de autonomia.

Segundo aquele documento, o SCCI fará a intermediação entre os cuidados de base comunitária e os cuidados hospitalares, intersectando, interligando e complementando, com financiamento próprio, as redes oficiais de prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 28 de Fevereiro (DR I Série-B de 22 de Março), foi aprovada e criada a **REDE Mais** enquanto suporte estrutural do SCCI, definidos os tipos de respostas a promover no seu âmbito e criado um Grupo Coordenador para as actividades subsequentes.

De entre os aspectos ainda em estudo e indispensáveis para a operacionalização da “Rede Mais” e do SCCI destacam-se: a) regulamento do sistema de financiamento, contratualização e preços de referência; b) regulamentação de aspectos técnico-normativos referentes ao licenciamento de unidades prestadoras de cuidados continuados, formação e qualificação dos profissionais.

CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA

Em 2000 e 2001 os *Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP)* viram o desenvolvimento da sua acção dificultada por se observarem oscilações importantes no apoio ao seu desenvolvimento.

No entanto, em Julho de 2001 foi publicado um Despacho do Gabinete do Ministro com orientações para as Administrações Regionais de Saúde, em articulação com o Alto-Comissário para a Saúde, promoverem uma mais rápida instalação dos CRSP, dotando-os de infra-estruturas e condições logísticas indispensáveis para o seu desenvolvimento. Apesar disso a situação relativa a 2000 não sofreu alterações significativas, continuando os CRSP do Alentejo e Algarve a não disporem de instalações próprias. O CRSP do Norte foi o único que viu publicado o regulamento interno.

Continua bastante desigual o desenvolvimento dos Centros Regionais de Saúde Pública. Na maioria dos casos mantêm-se as dificuldades organizativas por carência de instalações e de recursos humanos. Contudo, alguns deles já conseguem desenvolver um conjunto de actividades bastante diversificadas e com ligações estruturadas aos profissionais dos centros de saúde, próximas da filosofia da legislação que promoveu a criação destas entidades.

REDES DE REFERENCIAÇÃO

As *redes de referenciação hospitalar (RRH)* são formas de articulação das unidades (hospitais e eventualmente outras unidades de saúde), que pretendem regular as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares, de forma a garantir o acesso rápido dos doentes aos serviços e instituições, adequados ao problema de saúde.

As RRH são um instrumento de âmbito nacional, apesar do papel de gestor local de cada ARS. A sua elaboração estava já prevista no documento “Saúde, Um Compromisso: Estratégia de Saúde 1997-2002”. As RRH são um instrumento estratégico fundamental para o médio e longo prazo, embora as

medidas que delas resultam devam ser já implementadas, nomeadamente no âmbito da medida 2.1 do POS (Saúde XXI) do 3º QCA.

Da implementação das RRH resultará um conjunto de benefícios directos:

1. Desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos;
2. Eliminação da duplicação e da subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício;
3. Programação do trânsito dos utentes, permitindo a orientação correcta para o centro indicado;
4. Melhoria global da qualidade e eficácia pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências;
5. Diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração de doentes em centros que sendo aparentemente de excelência terão a sua actuação comprometida pelo excesso de procura face à quantidade de oferta possível;
6. Responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e prometida;
7. Programação estratégica de investimentos;
8. Planificação da distribuição de equipamentos;
9. Planificação da distribuição de meios humanos;
10. Identificação e desenvolvimento de centros para demonstração e ensino.

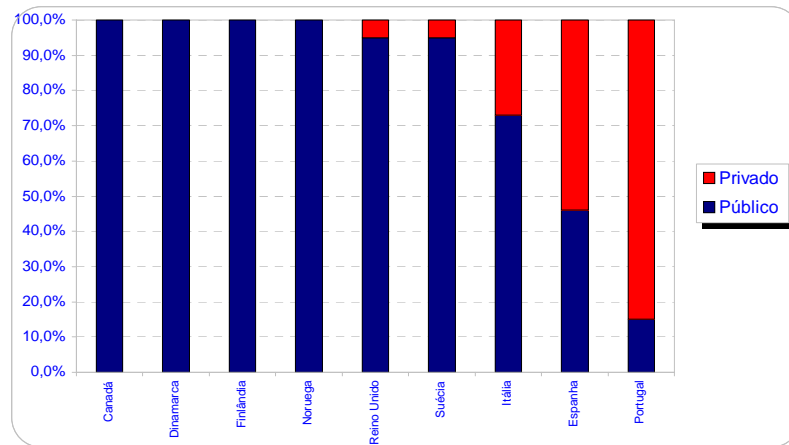
As RRH têm sido elaboradas por grupos de peritos que a DGS tem chamado a colaborar para o efeito, com a participação das ARS para a definição da arquitectura local.

Já estão aprovadas as redes de Psiquiatria, Materno-Infantil, Urgência/Emergência, Neurologia, Intervenção Cardiológica, Infecçiology, Oncologia, Imunoalergologia, Medicina Física e Reabilitação, Reumatologia e Nefrologia.

DIÁLISE RENAL

O tratamento da insuficiência renal crónica terminal (IRCT) representa uma área dos cuidados de saúde muito específica e de custos extremamente elevados. Existem actualmente três modalidades de tratamento disponíveis para os doentes com IRCT: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplantação renal (TR).

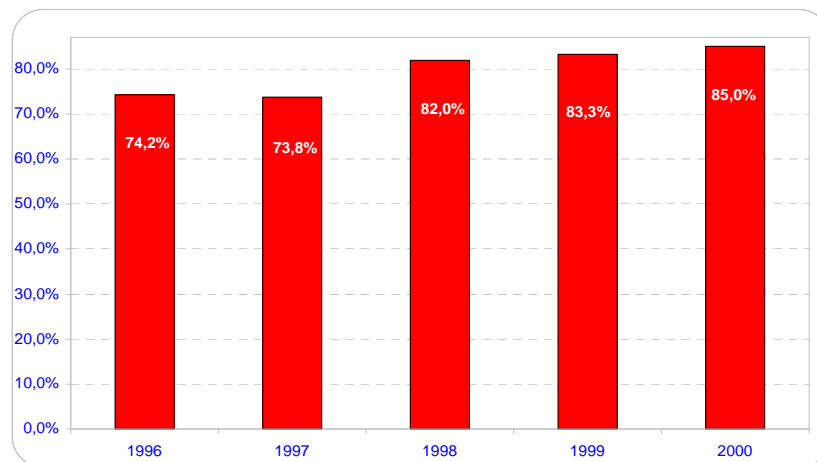
Figura 21- Doentes em tratamento de hemodiálise crónica por tipo de prestador: Público/Privado



Fonte: Vinhas, J. - www.observaport.com

Nesta área dos cuidados de saúde o SNS manifesta um invulgar nível de dependência do sector privado.

Figura 22 - Taxas de Cura em tuberculose pulmonar



Fonte: SVIG/TB – DGS

Progressos importantes na taxa de cura dos doentes com tuberculose pulmonar

Há algum consenso clínico sobre as situações que representam indicações claras para o tratamento por hemodiálise e por diálise peritoneal. No entanto, estas situações atingem uma minoria de doentes. À generalidade dos doentes podem ser oferecidos os dois tipos de tratamento. Simultaneamente, a maioria dos doentes com menos de 70 anos são candidatos a transplantação renal.

As comparações de dados entre diferentes países são frequentemente difíceis ou impossíveis. Em primeiro lugar, porque as taxas de incidência e de prevalência de IRCT tratada não são constantes, apresentando valores sempre crescentes, que inviabilizam comparações com dados de diferentes anos. Por exemplo, nos países europeus pertencentes à UE, assim como nos EUA, o número de doentes em terapêutica de substituição da função renal tem aumentado cerca de 7,5% ao ano.

Para a avaliação do impacto do sistema de prestação de cuidados de saúde nos indicadores de saúde na área da diálise, torna-se necessário reagrupar os países de acordo com a natureza da prestação da diálise em: “pública”, “mista” ou “privada”. A prestação exclusivamente “pública” inclui países como o Canadá, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Noruega, Suécia, Suíça e Reino Unido. A prestação “mista” inclui países como a Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, França e Itália. Os países de prestação maioritariamente “privada” são os EUA, o Japão e Portugal.

Em Portugal a hemodiálise a doentes ambulatoriais é prestada sobretudo por entidades privadas (85%), em regime de convenção, em unidades extra-hospitalares e em algumas unidades públicas com exploração concessionada. As unidades públicas, não concessionadas e integradas nos Serviços de Nefrologia dos hospitais, reservam parte da sua capacidade para diálise a doentes internados (Fig. 21). Os custos com o tratamento de doentes em hemodiálise, traduzem-se principalmente nos encargos do SNS com as entidades convencionadas, tendo em 2001 atingido o valor de 100,8 milhões de euros (20,2 milhões de contos), com um crescimento médio anual de 10,4 % nos últimos cinco anos.

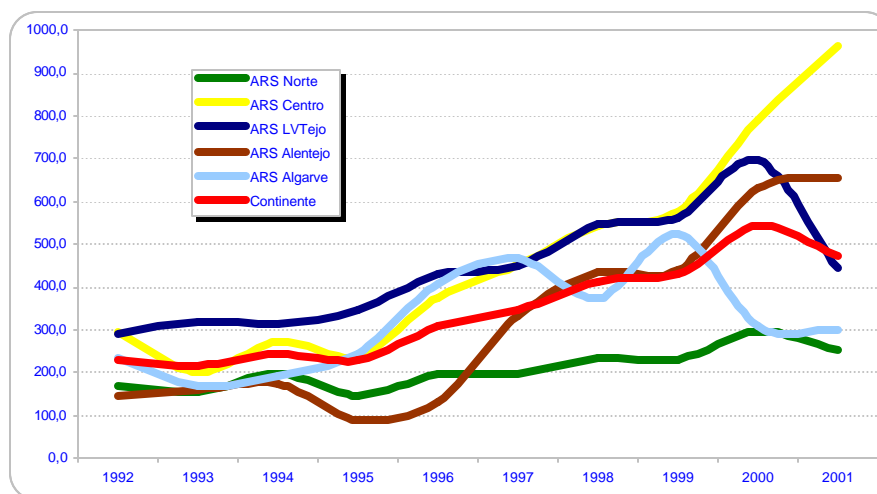
As despesas totais do SNS com o tratamento de doentes em hemodiálise atingiu em 2001 cerca de 125 milhões de euros (25 milhões de contos), dos quais 81% pagos a entidades privadas e 19% referentes a custos de exploração das unidades de hemodiálise, não concessionadas, dos hospitais públicos.

TRACERS

Algumas situações de saúde pela sua natureza abrangem vários sectores do sistema prestador de cuidados: centros de saúde, hospitais, autoridades de saúde, contratualização, sistemas de qualidade ou financiamento. Estudando-as, conseguimos “atravessar” muitos destes sectores e desta forma construir uma representação objectiva de funcionamento do sistema de saúde. Estas situações denominam-se “marcadores” ou “situações *tracers*”.

Os programas de gestão da doença, como por exemplo a tuberculose pulmonar, a diabetes mellitus e a asma brônquica, proporcionam, frequentemente, *tracers* interessantes.

Figura 23 - Amputações em diabéticos - (Taxa 100.000 diabéticos)



Fonte: M.R. Gallego, Projecto Investigação, 2002

Taxas calculadas com base nas "Novas Estimativas Intercensitárias, Portugal, 1991-2000" - INE

É importante explicar estas variações entre regiões e actuar em conformidade

Quadro XXXI - Amputações em diabéticos

Região	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARS Norte	139	128	163	122	162	163	194	193	250	217
ARS Centro	149	101	138	121	191	230	278	296	408	498
ARS LVTejo	293	320	315	350	432	454	554	575	714	459
ARS Alentejo	29	32	35	18	26	66	86	87	125	132
ARS Algarve	20	15	17	22	37	43	35	50	30	30
Contínente	630	596	668	633	848	956	1.147	1.201	1.527	1.336

Fonte: M.R. Gallego, Projecto Investigação, 2002

TUBERCULOSE PULMONAR

A incidência da Tuberculose continua a aumentar a nível mundial, devido sobretudo às regiões onde é maior a degradação social e menor a efectividade dos serviços. Mesmo os ganhos no controlo da doença são ensombrados pelas ameaças que a fazem ressurgir e com um perfil mais agressivo. Portugal, aderente à estratégia DOTS da OMS desde 1995, situou-se em 1999 na fronteira entre os demais países da Europa Ocidental e a Europa de Leste e mantém-se assim. A incidência notificada no País ($41,4/10^5$ habitantes, em 2000) tem declinado muito lentamente. Persistem assimetrias entre os distritos. São geograficamente díspares os riscos associados à Tuberculose. A mortalidade não associada ao VIH continua alta.

O aumento da taxa de cura é de importância crítica para a melhoria da situação. Por isso a sua evolução de cura de cerca de 75% para cerca de 85%, durante a segunda década dos anos noventa (Fig. 22), constitui um dado animador.

Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus é uma situação que permite monitorizar a qualidade de desempenho das diversas componentes e actores do sistema de saúde, bem como o sucesso da sua acção concertada.

A Figura 23 (que apresenta a evolução das taxas de amputação em diabéticos) explicitada pelos dados do quadro XXXI, *indicia variações substâncias entre as diferentes regiões do país*, salientando-se a Região Centro com as mais altas taxas a partir de 1997.

O OPSS ao pôr em realce estes dados tratados, de maneira a poderem tecer-se comparações entre diferentes regiões, procura contribuir para um melhor conhecimento do estado da saúde da população e de variações em determinados resultados dos cuidados de saúde que revelam inadequações do sistema de saúde que devem ser corrigidas.