Juntos Pelo Povo

Versão inicial, pendente de discussão.

Não reproduzir nem citar

Relatório de missão

Reconhecimento e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde da Região Autónoma da Madeira

Outubro de 2016

Juntos Pelo Povo

Índice

Sumário executivo

Introdução

Cuidados de Saúde Primários

Cuidados de Saúde Hospitalares

Cuidados Continuados de Saúde e integração Social

Instituto de Administração de Saúde

Cuidados Continuados

Conclusão

Juntos Pelo Povo

Caixas

1. Unidades de Saúde Familiar (USF)
2. Os instrumentos da reforma dos CSP
3. Saúde em 24 horas/dia
4. Ajustamentos a introduzir na Reforma dos CSP, no Continente
5. *Benchmarking* do HNM com hospitais do Continente
6. Serviços de pré-emergência
7. Instrumentos de gestão: *dashboard* e *balanced scorecard*
8. Respostas da RAM em cuidados continuados integrados
9. Relatório de 2015 sobre Unidades de Longa Duração
10. Propostas do Grupo de Trabalho do SESARAM (2015)
11. Atalaia Living
12. Hospital Dr. João de Almada
13. Hospital dos Marmeleiros, 4º Piso
14. ULD no Centro de Santana
15. Lar da Bela Vista

Sumário Executivo

Cuidados de Saúde Primários

É urgente definir prioridades em saúde da população da Região Autónoma da Madeira (RAM) e modelar a estratégia da intervenção dos serviços. É necessário clarificar conceitos, valores e princípios estruturantes da organização dos serviços de saúde. Os Serviços de Saúde da RAM já assumiram de há muito que os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a principal solução na prestação de cuidados de saúde a uma população. A transposição da legislação relativa à "*Reforma dos CSP*" do Continente para a RAM (Agrupamentos de Centros de Saúde-ACES e Unidades de Saúde Familiares-USF) espelha tal prioridade. A contratualização é uma estratégia estruturante do funcionamento dos CSP e garante efetividade, eficiência, qualidade e a permanente adequação dos cuidados de saúde prestados às necessidades de saúde da população, sendo ferramenta essencial para incutir uma cultura de "pedir e prestar contas" e promover com transparência a boa governação dos CSP. Tendo em conta os dados estatísticos disponibilizados, os conceitos internacionais sobre o tipo de cuidados a prestar pelos CSP e a opção política de os reforçar e reorganizar a curto prazo na RAM, somos de parecer que não será necessário abrir mais locais do tipo serviço de atendimento permanente (SAP) ou serviço de atendimento urgente (SAU) nos CSP, se o Serviço de Emergência Médica da Madeira estiver dotado em meios com as tipologias adequadas. A tendência observada de diminuição do número de SAP e SAU nos CSP é correta e deve ser intensificada após a disponibilização de recursos do Serviço de Emergência Médica, de modo a garantir oferta de melhores cuidados à população antes de reorganizar o atual modelo de oferta.

Este relatório formula as seguintes recomendações para os CSP: aplicar na RAM a legislação e a experiência dos ACES e das USF; aumentar a resolutividade dos centros de saúde, garantindo rastreios oncológicos, de retinopatia diabética, consultas de cessação tabágica, alcoologia, saúde e higiene oral, fisioterapia, terapia da fala e ocupacional e psicologia em todos os centros de saúde, aumentando a sua capacidade em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), criando consultorias transdisciplinares e aumentando a prestação de consultas de especialidade em CS com especialistas do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM); promover a revisão da rede e do funcionamento dos "*Serviços de Urgência*" dos CSP, descartando a criação de mais serviços de urgência sem procura que o justifique, dotando a RAM de um serviço complementar do tipo "Linha 24", que possa contribuir para diminuir a procura por falsas urgências;

Como medidas imediatas propõe-se: constituir uma *Equipa Regional de Apoio* que estimule e apoie tecnicamente o desenvolvimento da reforma dos CSP e a constituição das USF; constituir uma *Equipa Regional de Contratualização* para a negociação do contrato-programa com o ACES; promover formação que envolva os profissionais dos CSP sobre valores, princípios e regras implícitas na reforma dos CSP, sua nova organização, funcionalidade e responsabilização; constituir uma *Equipa Regional de*

Gestão dos Rastreios Oncológicos que assegure a execução dos três rastreios de base populacional; constituir uma *Unidade Coordenadora Funcional para a resolução do acesso às Consulta Externas do HNM*, flexível e de curta duração para encontrar soluções para o atual atraso no acesso a uma consulta externa no HNM.

Cuidados de Saúde Hospitalares

Os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) da RAM sofrem de um conjunto vasto de problemas: escassa informação para a gestão, inexistência de *benchmarking*; grande prevalência do internamento hospitalar sobre o ambulatório, muito baixa prevalência de intervenções cirúrgicas realizada em regime de ambulatório; excesso de lotação de camas de agudos e dispersão do serviço de internamento de medicina interna; serviço de urgência (SU) com limitações de espaço, implicando concentração de doentes, impedindo uma correta separação dos circuitos e espaços de doentes por cores/prioridades e por patologias; inexistência de contratualização interna com os serviços e ausência de níveis intermédios de gestão; ineficiências no processo de gestão do medicamento; registo clínico do doente no processo clínico eletrónico (PCE) ainda não efetuado por todos os prestadores de cuidados; limitações de recursos humanos diferenciados, com implicações na prestação; indecisão no processo de acreditação; fragilidades e incongruências de alguns serviços de apoio e logística; limitações na composição dos órgãos sociais do Serviço de Saúde da RAM (SESARAM).

Este relatório formula as seguintes recomendações para os cuidados hospitalares na RAM: é urgente melhorar o sistema de informação para a gestão, desenvolver a contabilidade analítica, controlos regulares dos desvios orçamentais e avançar para o *benchmarking*; reduzir a dotação de camas hospitalares e desenvolver os cuidados em ambulatório, tanto na cirurgia como nas sessões de hospital de dia; concentrar os internamentos de agudos no HNM, desativar as camas de medicina interna do hospital dos Marmeleiros e reafectar camas cirúrgicas do HNM para o serviço de medicina interna; (com esta opção tornar-se-á desnecessário construir um edifício de 30 camas, na área do HNM, para alocar serviços de medicina, podendo canalizar este investimento para modernizar as enfermarias ali existentes); ampliar o serviço de urgência, separando os circuitos e espaços dos doentes por prioridades e por patologias; descentralizar a gestão e apostar na contratualização interna; alargar a distribuição de medicamentos por unidose a todos os internamentos; manter o SESARAM num processo de acreditação, envolvendo os profissionais; integrar a direção técnica no Conselho de Administração; criar condições para que se constitua uma Liga de Amigos do Hospital e um Conselho Consultivo; nomear, conforme está previsto no regulamento interno, o Auditor Interno; apostar na fidelização e na atração de profissionais mais diferenciados e escassos, nomeadamente anestesistas; implementar a obrigatoriedade do processo clínico eletrónico.

Como medidas imediatas, propõe-se: desenvolver e reforçar o gabinete de planeamento e apoio à gestão (GPAG) com recursos humanos habilitados e preparados, se necessário facultando formação no exterior a um ou dois elementos; produzir um *dashboard* com a informação mais relevante para o CA e níveis intermédios de gestão, para funcionar a partir de Janeiro de 2017; atribuir aos Serviços Financeiros ou ao GPAG a responsabilidade de preparar contabilidade analítica como instrumento essencial para a gestão; abrir de imediato o bloco operatório destinado a cirurgia de ambulatório;

aproveitar a libertação de camas induzida pela cirurgia de ambulatório, bem como a historicamente baixa ocupação média do HNM, para começar a concentrar camas de agudos do Hospital dos Marmeleiros no HNM, com pequenas obras de remodelação; selecionar um departamento-piloto para iniciar um projeto de contratualização interna; retomar a distribuição da unidose para todos os serviços de internamento; integrar a Direção Técnica no Conselho de Administração; criar uma Liga de Amigos e um Conselho Consultivo; aplicar a obrigatoriedade do processo clinico eletrónico.

Cuidados Continuados de Saúde e integração Social

Na RAM existem duas políticas diferentes e por vezes contraditórias de apoio aos cuidados de saúde continuados: uma rede regional de cuidados continuados (RRCC), dependente da SRIAS e unidades de longa duração para altas problemáticas, dependente do SRS. A RRCC dispõe de 49 camas de curta e média duração. Iniciou-se em 2004 tendo tido nesse ano 470 propostas de admissão e 332 admitidos. Em 2015 teve 814 propostas de admissão e 416 admitidos. Apenas 4,6% faleceram. Mais de 80% dos utentes da RRCC regressam ao domicílio. Na dependência do SRS existem 426 camas[1] em unidades de longa duração (ULD) com uma passagem, em 2015, de 949 utentes. Nestas unidades não se conhecem demoras médias, os critérios de admissão não são claros, o destino pós alta é o recurso a lares do ISS ou o óbito.

O sistema revela sintomas de fadiga. A RRCC não se alargou, passando a ser considerada como projeto secundário, tanto para o SRS como para a SS, mantendo-se em funcionamento meramente latente. O sistema não potenciou as suas mais-valias a médio e a longo prazo. A solução de criar ULD sob a dependência da direção clínica do Hospital teve como consequência o afastamento da intervenção, integração e coresponsabilidade da Segurança Social e a separação dos dois sistemas. A gratuitidade de toda esta organização impediu a sua sustentabilidade. A população apropriou-se desta linha de acesso, via urgência hospitalar como um direito, gerando aumento indeterminado da procura. Observou-se o afastamento gradual da SS da decisão, criando um clima de recriminação mútua e de desarticulação.

Este relatório formula as seguintes recomendações para o desenvolvimento dos CCI de Saúde e Integração Social: constituição de uma equipa conjunta de ambas as secretarias regionais com um coordenador nomeado por despacho conjunto do SRS e da SRIAS. A equipa teria como missão conduzir o processo de reconversão das unidades denominadas de ULD que não se enquadram na tipologia prevista no DL 101/2006, analisar a legislação existente, adaptar as normas e orientações necessárias e proceder ao processo de reativação e alargamento da RRCC; analisar custos e receitas operacionais das ULD e das unidades da RRCC para conhecimento dos custos unitários; rever a missão das ULD e UDV dependentes do Hospital, atividades não centrais aos cuidados de saúde; rever o contrato programa do SESARAM para atingir mínimos de referenciação adequada para verdadeiros casos de cuidados continuados de convalescença, média e longa duração; prosseguir a externalização da gestão da RRCC, lares, centros de dia, SAD para o terceiro setor (IPSS ou Misericórdias) ou mesmo para o setor privado; adotar medidas avulsas como definição das prioridades de admissão nos lares a utentes da RNCCI, aumentar o número de SAD para apoio domiciliário alargado,

[1] Ou 599, segundo outra contagem.

reconverter centros de dia em articulação com os CSP, dotando-os de enfermeiros e fisioterapeutas para permitir eficazes respostas de proximidade, articular os SAD com as equipas domiciliárias de CSP para acompanhamento dos utentes no domicílio, desenhar planos de formação para todos os perfis profissionais em CCI, criar hábitos de discussão de casos sociais e clínicos.

Como medida imediata e urgente, aponta-se a constituição da equipa conjunta com coordenador nomeado por despacho do SRS e da SRIAS. A equipa teria como missão conduzir o processo de reconversão das unidades denominadas de ULD e alargar a Rede Regional de Cuidados Continuados.

Instituto de Administração da Saúde

É urgente definir prioridades em saúde da população da RAM e modelar a estratégia da intervenção dos serviços. Haverá que reforçar o papel do IA Saúde na preparação de propostas de estratégia a apresentar à tutela regional e o de instituição que contratualiza anualmente com o serviço operativo - Unidade Local de Saúde – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM). Atualmente observa-se um reduzido nível de autonomia e grave escassez de recursos para responder à exigente polivalência de funções do IAS. O contrato-programa entre o IA Saúde e o SESARAM revela incompleta orientação para objetivos de acessibilidade, eficiência e qualidade, sem componente de financiamento variável em função do desempenho. Regista-se ainda um difícil e escasso acesso a informação indispensável para gestão.

Este relatório formula as seguintes recomendações para o desenvolvimento do IA Saúde: o SRS deverá apoiar o reforço de autonomia do IA Saúde, junto das autoridades regionais e sectoriais, nomeadamente junto do SGF e do SESARAM. Deve ser dada autonomia e capacidade ao IA Saúde, para reforçar os seus quadros, com recursos técnicos mais preparados. Deve ser constituída uma forte equipa de trabalho dentro do IA Saúde, sendo necessário formá-la, para que esta poder preparar, negociar e monitorizar o contrato-programa.

Como medidas imediatas propõe-se: reforço dos quadros do IA Saúde com recursos técnicos preparados, nomeadamente médicos de saúde pública e administradores hospitalares; iniciar a preparação dos indicadores para o contrato-programa; constituir uma equipa de trabalho dentro do IA Saúde e formá-la, para que esta poder preparar, negociar e monitorizar o contrato-programa.

Introdução

O Serviço Regional de Saúde (SRS), criado há quase quarenta anos, exibe um registo de bons serviços prestados às populações da Região. O SRS gozou durante muitos anos de elevada prioridade nos investimentos, os quais permitiram que o seu desempenho igualasse sem favor o desempenho do SNS no Continente. O SRS criou e distribuiu serviços de qualidade, de forma efetiva e eficiente, durante décadas. Cumpriu a obrigação constitucional da universalidade de cuidados, e a da generalidade, ou seja de cobrir a quase totalidade das necessidades de saúde dos cidadãos. O seu desenvolvimento fez-se em simultâneo pela ampliação crescente da cobertura e pela especialização dos cuidados mais diferenciados os quais progressivamente foram sendo dispensados na Região, reduzindo ao mínimo as necessidades de envio de doentes para o Continente ou para o Estrangeiro.

O dispêndio público com o SRS acompanhou o seu desenvolvimento, mas os problemas de financiamento que pouco se fizeram sentir no investimento tornaram-se, ano após ano, mais difíceis de solucionar no que respeita às despesas de funcionamento corrente, com especial significado no setor hospitalar, e nos atrasos de cumprimento dos encargos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) convencionados com o setor privado. Ao longo de quarenta anos, as mutações demográficas e epidemiológicas tornaram a Saúde, em todo o mundo, cada vez mais exigente em tratamentos, tecnologia e diferenciação profissional. As pressões exercidas sobre os orçamentos regulares tornaram-se mais fortes e difíceis de controlar. O Serviço Regional de Saúde atingiu um patamar onde a qualidade dos serviços prestados cresce em paralelo com a complexidade dos problemas, exigindo desafios de gestão para os quais o SRS conjunturalmente se não encontra equipado. Neste difícil e delicado contexto, o Governo Regional entendeu parar para refletir e encomendou a uma equipa de consultoria especializada um estudo de reconhecimento de situação e desenvolvimento de opções com vista à solução dos seus mais prementes problemas.

Como todos os modelos sistémicos, o SRS sofreu a influência de vetores externos que perturbam crescentemente o seu equilíbrio anterior e que revelam a fadiga do modelo durante longos anos vigente. Os principais sintomas dessa fadiga podem resumir-se nos pontos seguintes:

(a) Ausência atual de estratégia de médio e longo prazo, dependendo de muitas variáveis de difícil controlo: pressão continuada da procura por uma população crescentemente envelhecida, carecendo de melhorar a qualidade dos seus últimos tempos de vida; demografia profissional médica e de enfermagem prejudicada pela concentração de passagem à reforma de muitos profissionais que iniciaram a sua vida ativa quarenta anos atrás, agudizada pela imprevisibilidade no recrutamento e pela emigração impossível de planear de muitos recursos treinados, com reflexos naturais nas pressões laborais; obsolescência de algumas infraestruturas que de há muito terão ultrapassado o nível ótimo da sua capacidade produtiva; necessidade de

modernização das estruturas de administração para acompanhar as alterações ocorridas no contexto;

(b) Administração caraterizada em passado recente por pulsões autoritárias e centralizadoras, com a correspondente desmotivação de chefias superiores e intermédias, o alongamento e estreitamento da cadeia de informação e controlo, em contradição visível com os modelos de gestão participada, descentralizada, operando por objetivos e metas, mutuamente aceites;

(c) Internalização na área da Saúde de responsabilidades que em outros modelos se encontram repartidas por mais que uma administração governativa, o que é patente nas duplicações na ação votada a pessoas idosas, correspondente duplicações e inadequações de meios e sobretudo na excessiva responsabilização pela Saúde de situações que devem ser solucionadas com mais qualidade e economia pelo setor social, público e privado e pelas famílias. Excesso de responsabilização que conduziu ao descarte de famílias disfuncionais ou mais dependentes, pela responsabilidade no acompanhamento dos seus mais velhos;

(d) Desresponsabilização crescente dos executantes e sobretudo dos quadros médios, por missões deficientemente definidas, gerando perdas de brio profissional em quadros que, se forem bem motivados podem facilmente recuperar o tónus da sua dignidade profissional, como se demonstrou na generosa doação com que os profissionais do SRS colaboraram na resolução dos graves problemas criados pelos recentes incêndios;

(e) Concentração da gestão corrente na solução de microproblemas financeiros, as mais das vezes de tesouraria, desviando gestores, quadros médios e profissionais do sentido final da sua missão de reunião de meios e energias para prestar os melhores cuidados a todos os que deles necessitam;

(f) Pesado endividamento orçamental, impedindo ou dificultando uma visão limpa sobre o futuro, dificultando a gestação de soluções inovadoras e mais eficientes.

O presente relatório resulta de uma missão[2] de que os seus autores foram encarregados pelo Governo da Região Autónoma da Madeira, através do seu Secretário Regional da Saúde, Dr. João Faria Nunes. O relatório que aqui se apresenta resultou de reuniões tidas com responsáveis políticos e dirigentes da Saúde e da Segurança Social da Região Autónoma de Madeira (RAM), visitas aos locais e documentação diversa (relatórios de gestão, legislação etc.) que foi disponibilizada pelos interlocutores ao longo do trabalho. A equipa de consultores está em dívida para com os dois secretários regionais, respetivamente da Saúde e da Integração e Segurança Social, Dr. João Faria Nunes e Drª Rubina Leal, bem como para com todos os colegas com quem trabalhou e que revelaram elevado espírito de cooperação e total abertura. Se bem que muitas das conclusões aqui relatadas sejam de há muito consensuais na Região, elas e os erros em que o Relatório possa incorrer são da exclusiva responsabilidade da equipa de consultores.

---

[2] A missão era constituída por Alcindo Maciel Barbosa, Maria Inês Guerreiro, e José Gaspar Pais e António Correia de Campos (coordenador).

Cuidados de Saúde Primários

Das reuniões com o Senhor Secretário Regional da Saúde e com os dirigentes de topo dos serviços de saúde, das visitas aos serviços - Centros Saúde do Bom Jesus, Santo António, São Vicente e Santana - e da análise da informação de rotina dos serviços a que tivemos acesso[3] e de alguns dados posteriormente facultados, foi possível obter uma visão bastante próxima da realidade dos cuidados de saúde primários (CSP) na Região Autónoma da Madeira.

Propomo-nos começar por identificar os problemas, apresentaremos soluções para os resolver e identificaremos medidas imediatas e prioritárias para desbloquear o processo de reforma. Esta análise, na atual fase dos trabalhos, apenas responsabiliza os consultores, carecendo de reação e contraditório dos serviços e das autoridades de saúde da RAM.

1- Clarificar conceitos, valores e princípios estruturantes da organização dos serviços de saúde

Ao longo do tempo, e em todos os países, os conceitos, valores e princípios estruturantes da organização dos serviços de saúde (CSP, CSH ou CC) têm evoluído e sofrido transformações, refletindo o envelhecimento demográfico, o aumento das doenças crónicas e as correspondentes comorbilidades.

Por exemplo, os CSP essencialmente responsáveis pela prestação de cuidados de saúde de ambulatório têm vindo a apresentar um progressivo alargamento do horário de funcionamento, durante os sete dias da semana, adequando-os à estrutura social e de vida da população, de modo a garantirem resposta aos casos agudos ou de agudização das doenças crónicas da responsabilidade dos CSP.

Por outro lado, devem estar cada vez mais próximos do cidadão, do seu domicílio e da sua comunidade, promovendo o envolvimento dos cidadãos, família, cuidadores e estruturas da comunidade nos processos de intervenção em saúde. Cuidados de saúde primários em regime de internamento só se encontram hoje em regiões muito isoladas e distantes.

O mesmo se passa com a prestação de cuidados urgentes e emergentes nos CSP, sempre em articulação com uma rede de cuidados pré-hospitalares que assegurem rápido e adequado transporte para locais devidamente dotados de equipas multidisciplinares,

[3] Relatórios de Atividades e Gestão de 2014 e de 2015 do SESARAM-EPE

bem treinadas e sofisticadamente equipadas, cuja casuística seja suficiente para garantir a perícia necessária para assegurar cuidados de qualidade, otimizando os limitados recursos e assegurando sustentabilidade financeira e de funcionamento regular dos serviços.

Já os cuidados de saúde hospitalares (CSH), em virtude da evolução demográfica, dos meios de diagnóstico e de tratamento requeridos e do crescente paradigma epidemiológico das doenças crónicas e das comorbilidades, viram igualmente crescer o seu atendimento, ampliando as infraestruturas de ambulatório: as consultas externas, o conceito "*one day clinic*"[4], hospital de dia e cirurgia do ambulatório. Todas estas novas modalidades de tratamento induzem uma diminuição de camas de internamento de agudos, em especial na área cirúrgica.

Por outro lado, face ao desenvolvimento de equipas de atendimento cada vez mais multidisciplinares, a cultura de consultadoria transdisciplinar tornou-se indispensável pela qualidade e adequação dos cuidados que proporciona, bem como pelos menores efeitos colaterais e em custos. Meios complementares de diagnóstico progressivamente mais sofisticados exigem volumosas casuísticas para aproveitar economias de escala, não mais sendo possível conceber serviços ou hospitais mono-especializados. O que implica ainda que a estrutura de um novo hospital não mais possa ser pensada por mera adição de diferentes especialidades.

O impacto da progressiva valorização do princípio do "*centrado no doente*" e nos seus problemas de saúde está hoje em oposição à tradicional cultura de centrar a organização dos serviços de saúde nos interesses dos profissionais ou do sistema, ou pior ainda, nos interesses corporativos de algumas profissões que procuram subalternizar competências e contributos de outros profissionais licenciados, com autonomia profissional reconhecia em todo o mundo desenvolvido.

Por último, quer nos CSP quer nos CSH, este progressivo trabalho em equipa multidisciplinar em que se partilham, integram e articulam saberes e conhecimentos cada vez mais específicos de várias profissões, em que conceitos como "*task-shift*"[5] ou "*mixt-shift*"[6] passaram a estar internalizados nas organizações, exigiu uma clara mudança de comportamentos e atitudes dos profissionais, mas também das organizações, de modo a garantir melhores e mais rápidos resultados em saúde.

2- A atenção aos CSP como política prioritária da Secretaria Regional da Saúde

---

[4] No mesmo dia em que um doente se desloca a um hospital pretende-se que o doente possa realizar o máximo de intervenções possível, proporcionando conforto e bem-estar ao doente e poupando tempo e dinheiro ao doente e aos serviços de saúde, por exemplo, deve poder realizar as consultas médicas de que tenha necessidade, os meios complementares de diagnóstico que lhe sejam prescritos nas consultas, um tratamento de enfermagem ou um atendimento por qualquer outro profissional de saúde.

[5] *Task-shift* - prevê a transferência de funções habitualmente exercidas por um dado profissional (por exemplo um médico que tem uma formação mais longa e mais cara) por um outro cujos custos sociais sejam mais baixos

[6] *Mixt-shift* – não se trata de uma transferência de exercício de funções entre profissionais, mas antes uma integração dos diversos saberes e competências específicas, dos contributos e experiências de cada profissional. Mútua consultoria transdisciplinar muito frequente nas co-morbilidades e nos idosos.

Os Serviços de Saúde da Região Autónoma da Madeira já assumiram de há muito que os CSP constituem a principal solução na prestação de cuidados de saúde a uma população. Só os podemos felicitar por tão oportuna decisão de política de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu Relatório Mundial de Saúde de 2008, que designou de "*Os CSP: agora, mais do que nunca*", chamava a atenção dos países de todo o mundo para a necessidade de se investir em bons CSP, essenciais para garantir a cobertura universal da população, por operarem em proximidade e por implementarem iniciativas em todas as fases do processo da prestação de cuidados: na promoção e proteção da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico precoce, na terapêutica adequada, na reabilitação e na reinserção social.

Os CSP asseguram uma resposta eficaz, eficiente e efetiva na grande maioria dos problemas de saúde (estudos apontam para 80 a 85% dos casos), promovem o bem-estar e a satisfação com qualidade de vida, utilizam meios técnicos acessíveis, pouco sofisticados e baratos e envolvem um largo espectro de cuidadores informais, progressivamente mais importante pela complementaridade e sinergias que induzem nos próprios cidadãos, nas famílias e cuidadores, nas autarquias e nas IPSS, nas Ligas de Amigos, nas ONG e nos grupos de voluntários da sociedade civil e das igrejas, nos vizinhos e famílias de acolhimento, nos grupos desportivos e culturais, nas escolas, pré-primárias e universidades, nas empresas de restauração, no comércio e nas indústrias, no ambiente, na cultura.

Os CSP divergem dos CSH por terem uma atitude de preocupação com a Saúde na sua perspetiva mais global e não só com o episódio de doença de quem os procura como é paradigma tradicional nos CSH. Daí, serem os CSP pro-ativos, procurando utentes que não comparecem nos Centros de Saúde (CS) para atividades de vigilância de saúde ou consultas agendadas, dirigindo-se ao domicílio das pessoas quando estas não podem deslocar-se aos CS com facilidade, e usando uma terminologia própria onde transparece a cultura holística da Saúde: saúde infantil vs. pediatria, saúde materna vs. obstetrícia, saúde oral vs. medicina dentária, saúde visual vs. oftalmologia, saúde escolar vs. medicina escolar, planeamento familiar, saúde ambiental, rastreios de base populacional para além da deteção oportunista de casos de doença ou saúde familiar vs. medicina familiar.

Quando se assume como prioritária uma estratégia, esta decisão tem que ser coerente com as decisões do dia-a-dia da gestão: na contratação de recursos humanos, na alocação de recursos materiais e financeiros ou na organização e estruturação do funcionamento dos seus serviços. Os CSP e os seus resultados devem ser os primeiros a ser descritos nos relatórios de rotina. Este facto não é fácil de concretizar quando sabemos que a população hipervaloriza a intervenção curativa face às da promoção e proteção da saúde ou da prevenção da doença. Mas, é importante que sejamos resilientes a esta pressão, nomeadamente à dos *media*, conhecendo a atual, robusta e diversa evidência que fundamenta a prioridade atribuída aos cuidados de saúde prestados pelos CSP.

A recente transposição da legislação relativa à *Reforma dos CSP* do Continente para a Região Autónoma da Madeira (Agrupamentos de Centros de Saúde-ACES e Unidades de Saúde Familiares-USF), espelha tal prioridade na respetiva execução.

Caixa nº 1: Unidades de Saúde Familiar (USF)

A "Reforma dos CSP", em curso no Continente desde 2005 tem, apesar dos diferentes ritmos de implementação nas diversas ARS, demonstrado globalmente:

Aumentar a cobertura da população por médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), já que cada MGF de uma USF aceita voluntariamente incorporar nas suas listas mais 250 a 300 utentes (na RAM, se aplicarmos estes valores aos 177 MGF existentes em 31/12/2015 seria possível dar médico de família a mais 44.000 a 53.100 habitantes); fomentar o trabalho em equipa através das suas Unidades Funcionais (UF); as USF têm garantido melhor oferta e continuidade de cuidados, garantidas pelo princípio da intersubstituição ao longo de todo o horário de funcionamento, pelo uso dos mesmos critérios terapêuticos por todos os MGF da USF e por estes terem acesso aos processos clínicos de todos os utentes da USF através do sistema de informação; as USF têm garantido mais conforto e acesso aos utentes com uma mais prática, simplificada e participada gestão dos agendamentos; as USF têm avaliado e divulgado, com frequência, o grau de satisfação dos utilizadores com o funcionamento da sua USF, o que gera maior confiança na equipa e corresponsabilidade no respeito pelo horário das marcações; as Unidades de Saúde Pública (USP) tem sabido elaborar os respetivos Planos Locais de Saúde, em que progressivamente são envolvidos os cidadãos e as estruturas da comunidade na sua elaboração e na definição e desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde.

As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) têm sabido assumir novas e sustentadas iniciativas nas áreas da Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Saúde Oral, etc., como na execução de mais meios complementares de diagnóstico (espirometrias, ECG, MAPA, Holter ou retinografias) cujas leituras e relatórios devem ser efetuadas pelos serviços dos CSH como novas linhas de produção com eles contratualizadas; iniciativas que ampliam a resolutividade dos CSP, internalizam novas, efetivas e eficientes prestações de cuidados, próximos das pessoas e que objetivamente contribuem para minorar as desigualdades no acesso à Saúde.

Um aspeto crucial da implementação da "*Reforma dos CSP*" no Continente foi a maior transparência na divulgação anual dos resultados atingidos na contratualização, que só por si estimulou os profissionais das Unidades Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), UF que mantêm a antiga estrutura de organização baseada no trabalho individualizado do médico. Ainda que elas devam ser progressivamente transformadas em USF, por efeito mimético vieram a melhorar os seus indicadores de efetividade, eficiência e qualidade dos seus resultados.

Embora os CSP não sejam os únicos prestadores de cuidados devem ser os gestores de todo o processo de prestação de cuidados aos doentes, pelo que têm que saber encontrar em conjunto com os CSH e os CC as melhores formas de articulação, os quais:

a) garantam a necessária complementaridade de intervenção e a desejada integração de cuidados;
b) evitem sofrimento, perda de conforto e qualidade de vida, tempo e dinheiro aos utentes e familiares ou ao erário público;
c) evitem atrasos, perda de oportunidade e duplicação de atos, de terapêuticas e de meios complementares de diagnóstico e o inerente risco de iatrogenia;
d) encurtem o tempo até ao diagnóstico, ao tratamento e à cura;
e) encurtem o tempo em que os doentes têm limitações da funcionalidade e autonomia e possam retomar o seu papel social, cívico e economicamente ativo o mais rápido e completo possível.

Caixa nº 2: Os instrumentos da reforma dos CSP

Como todas as mudanças de paradigmas organizacionais e funcionais, a "Reforma dos CSP" exige um grande esforço de formação que abranja todos os profissionais, no sentido de conhecerem com detalhe: a razão de ser dos novos valores e regras de funcionamento; as vantagens de uma maior horizontalidade na tomada de decisão, com respeito pelas autonomias científicas e saber de cada profissional; o porquê de um órgão novo como o "Conselho Clínico e de Saúde"; as novas responsabilidades que decorrem da maior autonomia e da contratualização de todas as UF (este processo ainda não se desenvolveu de igual modo em todas as UF); as regras básicas de uma USF, como a da "intersubstituição" entre profissionais na ausência temporária por férias ou doença de curta duração ou porque ninguém deve trabalhar 12 horas seguidas por dia; a corresponsabilização de todos os elementos da equipa pela saúde da sua população ao assinarem a candidatura a USF; os conceitos, razões de ser e as responsabilidades de uma "Consulta Aberta", o "Conselho Geral" e o "Conselho Técnico"; como se prepara uma candidaturas a USF por parte dos profissionais que voluntariamente se associam; e/ou o princípio do pagamento de incentivos, num processo similar ao implementado em diferentes países designado de "pagamento pela performance" pagando-se mais a quem trabalha mais e melhor, premiando-se o mérito, em oposição ao modelo clássico da administração pública em que aufere o mesmo salário quem trabalha muito e bem, como quem falta, chega tarde e sai cedo com frequência, é preguiçoso, incompetente, conflituoso, não tem brio ou zelo profissional e cívico.

Neste esforço para incrementar a "Reforma dos CSP" foi indispensável que cada Administração Regional de Saúde (ARS) constituísse uma "Equipa Regional de Apoio" (ERA), com profissionais seniores, experientes, reconhecidos pelos pares, que conheçam bem o que é Saúde e como se deve prestar cuidados em CSP, os seus valores e regras. Estas ERA, como órgão de apoio técnico, tem sido essenciais no apoio à constituição das USF, na formulação das candidaturas à evolução para modelo B, na constituição das UCC e no garantir a evolução, a adequação às especificidades locais e o aperfeiçoamento da própria "reforma dos CSP". Neste sentido, tomamos a liberdade de sugerir a constituição na SESARAM de uma ERA, que, querendo, possa deslocar-se ao Continente para conhecer os êxitos e os exemplos menos conseguidos das ERA similares, que já estão em funções há cerca de 10 anos, embora cada uma com o seu peculiar modo de funcionamento.

A melhor integração de cuidados exige a monitorização de um acesso rápido dos CSP aos CSH, e o respeito pela legislação dos "*tempos máximos de resposta garantidos*" para uma primeira consulta externa, porta de entrada de um hospital, para uma cirurgia ou mesmo para a realização de um meio complementar de diagnóstico hospitalar. O mesmo se deve pensar para a articulação entre os CSP e os CC já que, quando estes são prescritos, são igualmente "urgentes", dados os melhores resultados em termos de efetividade e eficiência.

Uma estratégia que já deu bons resultados no passado na promoção de boas decisões que visam a articulação de cuidados e os ganhos em saúde, designadamente nos problemas da saúde materno-infantil, foi a criação de pequenas, flexíveis e baratas estruturas que envolvam profissionais de ambos os sectores, como aconteceu com as "*Unidades Coordenadoras Funcionais*". Este tipo de solução organizativa poderá vir a ser útil noutras áreas da saúde ou dos serviços em que seja preciso melhorar a articulação, a complementaridade de intervenções e a integração de cuidados.

Considerando que o mercado da saúde não reage como um mercado normal, já que a oferta de cuidados induz sempre um aumento da procura; considerando que há personalidades hipocondríacas muito sensíveis a estímulos de marketing para consumos desnecessários ou mesmo para cuidados sem evidência científica; existindo utentes com quadros depressivos que consomem consultas, medicamentos, tratamentos e meios complementares de diagnóstico em excesso; urge promover outras soluções organizativas complementares ao próprio funcionamento dos CSP e dos CSH, que,

simultaneamente, possam dar aos cidadãos uma disponibilidade de apoio 24 horas por dia e garantam a segurança ao cidadão.

Caixa nº 3: Saúde em 24 horas/dia

São exemplos de boas práticas para garantir segurança ao utente, durante as 24 horas do dia e nos sete dias da semana, a "Linha Saúde 24" e o "Serviço de Emergência Médica". A primeira porque tem contribuído para que as pessoas deixem de recorrer aos Serviços de Urgência (SU) sem necessidade (na Madeira os azuis e verdes correspondeu em 2015 a 31,7% dos atendimentos no SU do Hospital Nélio Mendonça), mas também porque garante rapidez e prioridade no atendimento quando são detetadas verdadeiras situações urgentes, solicitando um meio à Emergência Médica que se desloca ao domicílio do doente e avisando o SU do hospital da sua eventual chegada. Por outro lado, igualmente tem contribuído para assegurar a continuidade de cuidados ao avisar um serviço/unidade dos CSP de que um determinado cidadão contactou a "Linha" e que pelo algoritmo de análise dos sintomas que referiu foi aconselhado a recorrer àqueles serviços, procedendo ao respetivo agendamento por via eletrónica e avisando em simultâneo, por escrito (e-mail ou fax), aquele serviço da orientação que decidiu.

O "Serviço de Emergência Médica", que tem a responsabilidade de garantir o atendimento dos verdadeiros casos urgentes e emergentes, ao assegurar um transporte rápido e o mais adequado a cada situação clínica e o início precoce do tratamento no domicílio ou no local onde se encontrar o doente, está a aumentar a probabilidade de êxito dos cuidados prestados e, indiretamente, a formar os cidadãos para a procura mais acertada, no local e pelos serviços mais adequados.

Decorridos 10 anos da *Reforma dos CSP* é consensual que a legislação existente necessita de ajustamentos, que também devem ser tidos em conta na RAM, por exemplo, relativamente a: (a) situações no terreno que não foram bem previstas; (b) ser socialmente mais equitativa e justa diminuindo alguns suplementos previstos por função que foram decididos em tempos de folga financeira das contas públicas e de passar a prever outros que simplesmente o não foram; (c) serem concebidos mecanismos que garantam os valores da Reforma e a blindem a interesses ou a habilidades individuais.

Caixa nº 4: Ajustamentos a introduzir na Reforma dos CSP, no Continente

São exemplos da primeira situação a necessidade de se prever um modelo próprio para as "USF multipolo" (com várias extensões) e para "USF do interior" do país em que se verifica uma grande dispersão demográfica de idosos que vivem sós e isolados. Nestes casos a produtividade de um médico é necessariamente mais baixa, face ao gasto de tempo em deslocações de um local para outro e não podem ser prejudicados por isso.

No que diz respeito aos incentivos excessivos incluem-se o suplemento atribuído ao coordenador de uma USF-B de €910,00 euros mensal, quando uma USF pode ter de 15 a 30 profissionais para coordenar, e que é superior ao que, por exemplo, é atribuído à função de diretor-geral ou de presidente de uma ARS (€778,03); bem como o da função de orientador de formação para um MGF de uma USF-B de €520,00 euros mensais, quando é obrigação profissional de todos os médicos colaborarem na formação pré-graduada e contínua, como sempre esteve previsto na legislação das carreiras médicas, quando nenhuma outra especialidade médica aufere tal suplemento.

Relativamente aos "suplementos por defeito" são exemplo a não definição, até hoje, dos justos suplementos a atribuir aos elementos do Conselho Clínico e de Saúde, órgão com a nova e acrescida responsabilidade de constituir a hierarquia técnica nos CSP, função que nunca tinha existido e garante da integração dos contributos dos diversos profissionais, adequando a prestação de cuidados às necessidades em saúde da população e a maior qualidade e eficiência dos mesmos. Como também a não regulamentação, até à data, dos incentivos a atribuir às outras UF, para além das USF modelo B.

Por fim, foram detetados más práticas ou mesmo registos que não espelham a realidade, que decorrem de uma limitação do modelo, já que os pagamentos de incentivos foram inicialmente sustentados em registos efetuados pelo próprio médico, ou seja, este poderia interferir na construção dos indicadores de desempenho utilizados, no cálculo das metas integradas na contratualização e dos eventuais incentivos que viria a receber. Este processo exige uma contratualização mais bem concebida que use indicadores de resultados mais aperfeiçoados, que permita controlar tais vieses e vícios.

3- A contratualização dos CSP

A contratualização é uma estratégia estruturante do funcionamento dos CSP e garante efetividade, eficiência, qualidade e a permanente adequação dos cuidados de saúde prestados às necessidades de saúde da população.

O facto de, anualmente, a direção do ACES analisar a produtividade de uma dada UF e dos seus profissionais com um conjunto de indicadores que o sistema de informação disponibiliza sobre o desempenho, resultados e impacto, com possibilidade de medir a cobertura, eficiência e qualidade dos cuidados prestados, constitui uma ferramenta essencial para incutir a cultura de "pedir e prestar contas" sobre como se gastam os dinheiros de todos os cidadãos na Saúde e de se promover com transparência a boa governação dos CSP.

Negociar indicadores e metas para medir e caracterizar a produção do ano seguinte, tendo em mente as necessidades em saúde identificadas na população, os recursos existentes e as estratégias comprometidas com a comunidade e com a tutela, negociação promovida por quem tem a responsabilidade da gestão do ACES com o coordenador das UF e os profissionais que prestam cuidados, ou com as instituições que contribuem direta e indiretamente para o impacto positivo destes, impõe uma atitude de responsabilidade partilhada por todos para melhor funcionamento dos serviços de saúde na sua globalidade.

A contratualização constitui, assim, uma sequência virtuosa de negociações entre os diversos níveis de responsabilidade na gestão dos serviços de saúde dos CSP, com contributos de informação e de interpretação dos dados nos dois sentido (*top-down* e *bottom-up*), o que permite uma melhor governação da saúde para cada realidade local. Na RAM a contratualização implicará os seguintes atores: a tutela (SRS), o regulador, o IA Saúde e os serviços operacionais: o SESARAM e dentro deste, o ACES, o HNM e a estrutura de cuidados continuados.

Face aos constrangimentos descritos no ponto anterior, encontra-se neste momento a funcionar no Ministério da Saúde da República, um grupo de trabalho alargado, com elementos dos serviços nacionais, regionais e locais, em fase avançada de elaboração de um novo modelo de contratualização para os próximos três anos, cuja metodologia e futuros indicadores se prevê virem a ultrapassar falhas e erros detetados. Sugerimos que a futura equipa técnica para a contratualização dos CSP no SESARAM acompanhe tal trabalho em curso, prevenindo erros que só foram detetados com o passar dos anos, os

quais têm constituído motivos de resistência crítica à contratualização e até à estruturação e evolução da Reforma.

4- A Rede de Urgência e Emergência pré-hospitalar

Foi-nos solicitado aconselhamento pelo Senhor Secretário Regional da Saúde sobre a eventual necessidade de serem criados um ou mais serviços de atendimento permanente (SAP), eventualmente na zona da Nazaré. Considerando a necessidade de os CSP intervirem em todas as fases do processo de cuidados de saúde e como todas elas se interrelacionam, para podermos analisar esta suposta necessidade devemos analisar os múltiplos dados dos diversos serviços intervenientes associados a essa decisão, nomeadamente dos CSP e do Serviço de Emergência Médica: os recursos existentes e a respetiva produção, as variáveis que caracterizam o acesso para os quadros clínicos agudos e urgentes/emergentes, a cobertura da população por MGF, a estrutura organizacional atual e eventuais enquadramentos que a curto e médio prazo possam vir a moldar a rede de serviços e que impacto podem induzir. Tendo em conta os dados estatísticos disponibilizados[7], os conceitos internacionais dos diferentes tipo de cuidados a prestar pelos CSP e a opção política de os reforçar e reorganizar a curto prazo na Madeira, somos de parecer que não será necessário abrir mais locais do tipo serviço de atendimento permanente (SAP) ou serviço de atendimento urgente (SAU) nos CSP, o mesmo é dizer no CS da Nazaré, se o Serviço de Emergência Médica da Madeira estiver dotado em meios com as tipologias adequadas.

A tendência observada nos últimos anos de diminuição do número de SAP e SAU nos CSP é absolutamente correta e deve ser intensificada após a disponibilidade de mais e diferentes recursos do Serviço de Emergência Médica, de modo a garantir oferta de melhores cuidados à população antes de reorganizar o atual modelo de oferta. Importa não introduzir confusões nem apreensão nas populações quanto à segurança, qualidade e rapidez dos cuidados que lhe serão assegurados no futuro, apesar da sensação de perda pela diminuição de outros serviços tradicionais, por vezes até mais caros, mas seguramente de menor qualidade.

5- Recomendações

Para uma adequada reforma dos cuidados de saúde primários, sem aumentos de encargos ou a custo reduzido, recomendamos as seguintes medidas:

5.1 - Aplicar na RAM a legislação e a experiência dos ACES e das USF:

---

[7] Tempo de deslocação entre os CS com SAP e SAU e o HNM; o facto da procura de consultas de CSP por 1.000 hab no CS da Nazaré ser das mais baixas entre os 15 CS; a capacidade de atribuir MGF a mais população com as futuras USF; e o grande peso da resposta dada pelos convencionados na cidade do Funchal e arredores.

a) As USF ao incorporarem toda a carga horária dos MGF na prestação dos cuidados segundo o compromisso assistencial que assinam, permitem utilizar um maior número de horas no atendimento normal em CSP, o que é bem mais vantajoso para as pessoas e para os Serviços de Saúde da RAM do que consumir recursos escassos em atendimentos no "recurso" ou de "urgência" (soluções que totalizaram 17,0% e 23,1% dos atendimentos dos CSP, no período de janeiro a agosto de 2016);

b) Com a implementação da recente legislação relativa aos CSP (ACES e USF) poderá a RAM, sem ampliar o atual número de médicos de medicina geral e familiar (177), conferir médico de família a cerca de mais 44.000 a 53.100 pessoas e, naturalmente, induzir menor consumo de consultas de recurso, menor despesa em horas extraordinárias e eventualmente menores gastos em transportes e outros encargos com deslocações;

c) A criação de USF na RAM permitirá inverter o distorcido e negativo peso de atendimentos médios por MGF em recurso, em relação ao atendimento normal no consultório: de Janeiro a Agosto de 2016, cada MGF atendeu doentes da sua lista no seu consultório numa média de 8,7 consultas/dia, enquanto que no "recurso" a média por MGF foi de 10,5 consultas/dia;

d) Permitirá diminuir os gastos em medicamentos contratualizando uma maior percentagem de uso de genéricos que ainda têm margem para crescimento, nomeadamente em patologias objeto de grande prescrição;

e) Incentivará os novos MGF que vão terminar a sua especialidade (total de 46 internos terminarão a sua especialidade à cadência média de 10/12 por ano) a aderirem desde o início ao modelo organizativo USF, o que irá permitir atribuir médico de família a mais 18.000 a 21.600 utentes por ano.

5.2 – Aumentar a resolutividade dos CSP:

a) Promoverá e garantirá os três únicos rastreios oncológicos de base populacional com manifesta evidência científica - cancro da mama, do colo do útero e do cólon e reto - a toda a população, dado que a mortalidade por tumores malignos é a segunda principal causa de morte na RAM e a primeira em mortalidade precoce;

b) Aumentará a taxa de adesão ao rastreio da retinopatia diabética que de momento é de 66%;

c) Garantirá equidade no acesso aos cuidados de saúde que se prestam nos CSP, de forma a todos os cuidados serem assegurados em todos os CS, resolvendo a situação de as consultas de cessação tabágicas só poderem ser asseguradas em 4 dos 15 CS, ou de as de alcoologia em 8 dos 15 CS, ou de apenas existirem tratamentos de Saúde Oral em 3 CS, de higiene oral em 2, de fisioterapia em 8, de terapia da fala em 10 e de terapia ocupacional em 7, ou ainda que de todo inexista atendimento de Psicologia na Calheta;

d) Aumentará o número e o tipo de meios complementares de diagnóstico a serem realizados nos CSP - espirometrias, ECG, MAPA ou Holter - cujos relatórios podem ser contratualizados com os serviços do HNM como novas linhas de produção desta unidade;

e) Aumentará as diferentes atividades que podem passar a ser desenvolvidas pelos profissionais da URAP - fisioterapia, nutrição, psicologia, higienista oral - numa perspetiva de CSP: promoção da saúde, prevenção da doença, além, naturalmente, de tratamentos mais tradicionais, que devem ser coordenadas pelo novo *Conselho Clínico e de Saúde*, tendo em conta as necessidades em saúde da população local e a consultadoria transdisciplinar que deve envolver todas as profissões dos CSP e promover trabalho em equipa e integração de cuidados;

f) Promoverá e recuperará o número de consultas de especialidades hospitalares realizadas nos CS, dado que proporcionam bem-estar, conforto e melhoria no acesso aos doentes, mas igualmente asseguram poupanças ao SESARAM, tendo em conta que, de 2010 a 2015, elas decresceram 19,7% no conjunto de 11 especialidades, tendo a MFR diminuído 89,6%, no mesmo período de tempo.

5.3 – Facilitar a revisão da rede e do funcionamento dos *Serviços de Urgência* dos CSP:

a) Analisará o impacto do funcionamento destes pontos de atendimento e o porquê de, em todos os oito CS onde existe "urgência" nos CSP, o número de atendimentos no período de janeiro a agosto de 2016 ter sido sempre mais elevado do que o total das consultas programadas, com grande destaque para a Calheta onde chegam a ser 3,3 vezes superiores. Será que o existir a porta da urgência distorce o normal funcionamento dos CSP? Que riscos e custos lhes estão associados?

b) Analisará o porquê dos diferentes consumos/procura por habitante dos SU dos diferentes CS;

c) Ajudará a rever a *rede de urgência dos CSP* já que só em três dos oito CS a distância em tempo ao Hospital Central do Funchal ultrapassa os 30 minutos;

d) Não deverá ser aberta uma nova urgência no CS da Nazaré dado que a média do número de consultas realizadas neste CS por habitante residente é a mais baixa de todos os CS da Madeira (no período janeiro/agosto 2016 foi de 4,5 por 1.000 habitantes quando a média na região foi de 6,3 e o CS mais produtivo atingiu 11,6) o que significa que há capacidade para atender mais pessoas em consulta normal de CSP e não se deve aumentar a oferta quando não há necessidade de estimular a procura;

e) Abrirá espaço para dotar a RAM de um serviço complementar do tipo Linha 24, que possa contribuir para diminuir a procura por falsas urgências, dado o elevado consumo destas nos CS. Tendo em conta que a distribuição da procura nos SU dos CSP ao longo do dia, é típica de consumo não urgente e o facto de os azuis e verdes no SU do HNM, em 2015, terem representado 31,7% dos atendimentos.

6- Sugestão de alguns passos imediatos

6.1 – Constituir uma *Equipa Regional de Apoio* que estimule e apoie tecnicamente o desenvolvimento da reforma dos CSP, a constituição das diversas UF, e, com especial ênfase, a das USF;

6.2 – Constituir uma *Equipa Regional de Contratualização* para a negociação do contrato-programa com o ACES, que apoie este na contratualização com as suas diversas UF;

6.3 – Promover um programa de formação que envolva todos os profissionais dos CSP sobre os valores, princípios e regras implícitas na Reforma dos CSP e na sua nova organização, funcionalidade e responsabilização;

6.4 – Constituir uma *Equipa Regional de Gestão dos Rastreios Oncológicos* que assegure a execução dos três rastreios de base populacional e que garanta a cobertura universal da população;

6.5 – Constituir uma *Unidade Coordenadora Funcional para a resolução do acesso às Consulta Externas do HNM*, equipa flexível e de curta duração, com elementos dos CSP e dos CSH, que seja responsabilizada por encontrar soluções para o atual atraso no acesso a uma consulta externa no HNM, o que gera iniquidade no acesso e estimula outras soluções menos adequadas ao bom funcionamento dos serviços.

Cuidados de Saúde hospitalares

1. Escassa informação para a gestão, inexistência de *benchmarking*

A informação de produção e custos está para o gestor, como os meios complementares de diagnóstico estão para o médico. Não existir informação tratada, é como "navegar à vista". A situação é grave porque, para além de se tratar de uma instituição que tem como missão prestar serviços de saúde a toda a população, tem de gerir um orçamento superior a duas centenas de milhões de euros por ano. A falta de dados tratados, a inexistência de informação consistente, normalizada, discriminada e atualizada, pode gerar uma análise subjetiva, enviesada e pouco rigorosa da realidade. Este enorme constrangimento foi sentido também na preparação deste relatório, limitando-o no rigor e no detalhe, ou impedindo mesmo a análise ao nível da produtividade dos serviços, ou das dotações de recursos. Sem informação credível não há comparabilidade fiável e portanto não há *benchmarking* possível. Sendo o *benchmarking* um processo sistemático e contínuo de medida e comparação das práticas de uma organização com as das líderes do seu sector, não necessariamente concorrentes, com tal ferramenta obtêm-se informações que irão ajudar a organização a implementar ações para melhorar o seu desempenho.

Caixa nº 5 : *Benchmarking* do HNM com hospitais do Continente

Em 2015, foi realizado um benchmarking de desempenho clínico pela IASIST Portugal. Utilizando alguns dados que nos foram disponibilizados pelo SESARAM procedeu-se, dentro dos limites que essa parca informação permitiu, a uma tentativa de análise de benchmarking para posicionar a instituição, comparando-a com hospitais de nível semelhante que participaram no estudo de desempenho clínico referido. Se o SESARAM tivesse participado neste estudo, podia pertencer, pese embora a reduzida área de influência da RAM - cerca de 260 mil habitantes - ao grupo dos hospitais de nível D (hospitais de natureza regional de média/elevada complexidade), ou ao grupo das Unidades Locais de Saúde (ULS), uma vez que o SESARAM é uma ULS. Contudo, optou-se pela comparação com os hospitais do grupo D, devido à reduzida lotação média das ULS (275 camas) e à sua menor complexidade. Ao nível de atividade, comparando com a média verificada nos hospitais do grupo, verificamos que apesar destes terem áreas de influência maiores, dispõem de uma lotação média inferior, 613 camas vs. 688 camas existentes no SESARAM, sendo que apenas 1/3 delas são "camas cirúrgicas", enquanto no SESARAM elas representam mais de metade da lotação. A taxa de ocupação é em média cerca de 86,4%, superior em 25 pontos percentuais à taxa praticada no SESARAM (61,3%). Quanto ao índice de cirurgia de ambulatório ajustado (ICAA), neste grupo de hospitais ele é superior a 1, o que significa que já se opera em ambulatório acima do que era espectável. No SESARAM, com os dados disponíveis conclui-se que esse valor deverá ser inferior a 0,5. Um indicador de acesso, o peso relativo das primeiras consultas sobre o total de consultas, neste grupo de hospitais foi de 30%, sendo no SESARAM de apenas 23%. Tal valor pode significar que existe uma sobreprodução de consultas subsequentes, não estando instituída ainda a cultura de conferir alta aos doentes, referindo-os de retorno aos cuidados de saúde primários. Segundo dados do Relatório de Gestão de 2015, esta situação ter-se-ia agravado no último ano, devendo ser motivo de atenção. Apenas o indicador da relação entre primeiras consultas e os atendimentos na urgência é idêntico à média dos hospitais do grupo, cerca de 1 para 2. Este indicador pode significar que ao nível de acesso às primeiras consultas o SESARAM, está ao mesmo nível do Continente, todavia este rácio, de per si, não é inteiramente conclusivo, pois quando cruzado com outros indicadores, como os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), pode significar maior ou menor acesso às consultas hospitalares, informação de que não dispomos. A mesma escassez de informação impede o benchmarking ao nível do processo, qualidade clínica, segurança do doente e recursos humanos.

Sendo um objetivo da SRS avançar para o *benchmarking* da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), este vai exigir um esforço suplementar de tratamento de informação, nomeadamente, na recuperação de codificação clínica que se encontra em

grande atraso. O *benchmarking* tem de ser encarado como um meio e não como um fim, pois vai comparar indicadores que definem acessibilidade, eficiência e qualidade, permitindo conhecer o seu posicionamento para, junto das instituições com melhores resultados, se promover um processo de aprendizagem importando boas práticas para dentro da instituição.

A partir da análise realizada, com indicadores escassos e pouco trabalhados poder-se-á concluir que, provavelmente o SESARAM tem lotação a mais, camas mal distribuídas pelos serviços e redundância nas suas consultas externas.

2. Grande prevalência do internamento, reduzida prática de cirurgia em ambulatório

A ambulatorização do hospital é uma realidade crescente nos nossos dias, reveladora de boa prática clínica e da humanização de cuidados. O desenvolvimento do hospital de dia, do apoio domiciliário, e particularmente da cirurgia de ambulatório têm vindo a adquirir relevância porque assentam numa ótica de cuidados centrados no doente.
Segundo definição da Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro, cirurgia de ambulatório é *a intervenção cirúrgica programada realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente realizada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais* leges artis, *em regime de admissão e alta num período máximo de 24 horas (...)*. A cirurgia de ambulatório é uma cirurgia *major* realizada em menos de 24h que se não confunde com a pequena cirurgia. Esta última é definida na circular normativa n.º 32/2014/DPS/ACSS de 22 de Dezembro, como a *cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a sua realização numa sala de bloco operatório, o apoio direto de um ajudante, a monitorização anestésica e a estadia em recobro, tendo alta imediata após a intervenção. Inclui-se a lesão com menos de 3 cm depois de formolizada e os tecidos circundantes, em caso de exérese de lesão da pele, com exceção de tumores malignos.*
Da análise efetuada à produção cirúrgica do SESARAM, dois indicadores ressaltam: i) uma baixa produção cirúrgica e ii) praticamente toda a sua atividade cirúrgica *major* é realizada em regime convencional, exceção feita à oftalmologia que já opera os seus doentes quase exclusivamente em ambulatório.
As causas para não se realizarem mais cirurgias em regime de ambulatório apenas seriam compreensíveis caso existissem questões estruturais de difícil resolução, como a falta de infraestruturas e equipamentos, ou de recursos humanos qualificados. Ora verificámos que ao nível da infraestrutura e dos equipamentos existe capacidade instalada suficiente para a realização desta prática cirúrgica, reunindo o SESARAM condições físicas de excelência para a sua realização, dispondo de bloco operatório dedicado à realização de cirurgias de ambulatório com quatro novas salas devidamente equipadas, circuitos de sujos e limpos completamente independentes, unidades de recobro na dimensão necessária, tudo comparável ao que há de melhor no Continente.
Não existindo constrangimentos relacionados com a capacidade instalada, não avançar de forma definitiva e generalizada para a cirurgia de ambulatório poderia dever-se a constrangimentos de ordem técnica, ao nível dos recursos humanos. Sabendo que a técnica utilizada é necessariamente diferente, menos invasiva, poderiam os profissionais não estar habilitados para essa realidade. Também este constrangimento se não verifica,

pois os profissionais declaram-se interessados e confortáveis com as técnicas utilizadas na cirurgia de ambulatório. Também tem sido argumentado com o reduzido número de médicos anestesistas existentes no SESARAM, mas tal facto apenas pode justificar a baixa produção cirúrgica e não a opção pelo regime cirúrgico em que se opera.
Nesse sentido, fica apenas por saber se as regras muito apertadas para que se realize cirurgia de ambulatório em segurança e com qualidade estão implementadas. Atendendo a que estas já se encontram definidas no relatório da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA), é necessário apenas pô-las em prática.
Em conclusão, não existe nenhum entrave significativo para que a realização de cirurgias *major*, ambulatorizáveis, possa ser imediatamente realizado em regime de ambulatório, ficando apenas dependente de se ultrapassarem as resistências habituais e naturais a qualquer processo de mudança.
Segundo o relatório de gestão de 2015 do SESARAM, o peso da cirurgia de ambulatório no total de cirurgias realizadas não chegava aos 40%, valor próximo do que se praticava no continente há quase uma década, quando foi apresentado o relatório final do grupo de trabalho da CNDCA. No Continente, a ambulatorização cirúrgica para a generalidade dos hospitais é hoje uma realidade. Observando-se em hospitais de nível semelhante ao SESARAM um ICAA de 1,05 (2014), tal significa que já se praticam mais intervenções cirúrgicas de ambulatório, do que aquelas que *a priori* seriam passíveis de realização por essa via.
Esta opção tem ganhos em segurança, qualidade e custo, é uma opção *win-win*, em que todos ganham, os profissionais, os doentes e o erário público. Os profissionais porque vão estar na vanguarda técnica, os doentes porque terão uma recuperação muito mais rápida e com muito menos co-morbilidades associadas e o erário público porque há poupanças evidentes. Para além destes ganhos diretos, há ganhos indiretos que resultam da libertação de camas para outras especialidades, tão necessárias na RAM para concentrar no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) todo o internamento de medicina interna.
A alteração subjacente à prática da cirurgia de ambulatório tem ainda efeitos sistémicos, com repercussões também ao nível da cirurgia convencional, e correspondente redução da demora média de internamentos nas especialidades cirurgias, libertação de camas e menores encargos por doente tratado.

3. Excesso de lotação de camas de agudos e dispersão do serviço de internamento de Medicina Interna

A atual capacidade instalada de camas para agudos, no HNM e em parte do Hospital dos Marmeleiros que constituem o SESARAM, é de 688 camas, segundo informação do Relatório de Gestão de 2015.
O internamento teve, em 2015, uma taxa de ocupação global de cerca de 61,3%. Sabendo-se que ocupação média para este nível de hospitais anda próxima dos 90%, teoricamente bastariam 470 camas para dar resposta às atuais necessidades de internamento de todo o SESARAM.
Este número teórico é mesmo inferior, em 35 camas, à atual lotação de 505 camas, praticada no HNM. O que significa que a possibilidade de resolver a atual dispersão de camas de internamento do Serviço de Medicina Interna pelas duas unidades seria possível, apenas com recurso à atual lotação do HNM.

Para que tal fosse concretizável, seria necessária uma reafectação de camas das especialidades cirúrgicas para medicina interna. O que não parece impossível. Mas para que tal possa vir a acontecer será necessário conhecer a capacidade instalada existente e analisar a atividade dos serviços cirúrgicos durante o último ano.

É importante verificar se se trata de um ano normal ou atípico. Segundo o relatório de gestão de 2015, o valor máximo de taxa de ocupação ocorrida no último triénio foi de 65,6%, inferior em mais de 20 pontos percentuais ao limite mínimo ideal para este efeito.

Acresce que a demora média observada em especialidades cirúrgicas, superior a 9 dias de internamento, está acima do valor normal, mesmo sem a aposta clara na cirurgia de ambulatório.

Partindo do princípio de que: i) a demora média dos serviços cirúrgicos pode e deve baixar 1 a 2 dias com um correto planeamento de altas; ii) o peso das cirurgias realizadas em regime de ambulatório pode facilmente chegar aos 70%, dobrando a produção atual do total de cirurgias; iii) um hospital com a diferenciação do SESARAM, deve ter em camas cirúrgicas cerca de metade das médicas; iv) e que as atuais 300 camas médicas são aparentemente mais do que suficientes, dada a sua ocupação média; (v) que as 362 camas cirúrgicas e de suas especialidades, atualmente existentes no SESARAM, podem seguramente ser reduzidas em 150 a 200 camas, sem que tal implique qualquer constrangimento para os seus serviços, poderemos concluir ser possível concentrar no HNM todo o internamento de medicina.

Acresce que a relativamente baixa ocupação média observada em 2015 nas especialidades médicas, cerca de 66%, permitiria equacionar um ajustamento de camas nessas especialidades. Dada a sua demora média de 7 dias, considerada normal, não seria expectável uma redução para obter mais libertação de camas. Há que ter em conta que o serviço de medicina interna é um serviço de "cama quente" isto é, cama vaga é cama ocupada, a procura excedendo sempre a oferta. Independentemente do número de camas existente, estas serão sempre insuficientes para dar resposta às necessidades. Na maior parte dos hospitais do Continente os serviços de medicina têm taxas de ocupação superiores a 100%. A boa gestão de camas médicas não implica nem aumentar a ocupação média, nem reduzir a demora média, mas antes, a partir das camas existentes, definir critérios clínicos, tanto para a admissão, como para a alta. Também aqui uma aposta no hospital de dia, no apoio domiciliário articulado com os CSP e nos cuidados continuados será sempre alternativa superior ao internamento hospitalar.

Haverá um risco, embora positivo, na reafectação de camas das especialidades cirúrgicas para a medicina interna: a inversão da tendência da atual procura e um aumento significativo da produção cirúrgica. Contudo mesmo nesta situação, se a aposta na cirurgia de ambulatório for efetiva, não deverá ter implicações na reafetação de camas, porque existe grande margem de segurança, como ficou demonstrado.

Um outro fator pode ter implicações na reafetação de camas entre serviços: o facto de as enfermarias serem, na sua maioria, compostas por 3 camas, o que obrigará a uma reorganização mais complexa. Devemos aqui reconhecer a tendência para que, em futuro não muito longínquo, passe a existir uma efetiva gestão de camas, não havendo camas afetas aos serviços. Essa gestão "global" de camas ainda não é a realidade vivida nos nossos hospitais, não só por questões culturais ou de organização, mas também por limitações físicas, dado o elevado número de camas organizadas em enfermaria. Mas nada deve obstar a que ela seja considerada nas adaptações físicas necessárias à reafectação de camas no HNM, a qual não pode ser adiada. Pelo que atrás foi demonstrado, também nos parece óbvio ser desnecessário equacionar a ampliação externa do HNM em camas de medicina.

Uma outra razão milita a favor da concentração do serviço de medicina no HNM: a idade avançada do edifício do Hospital dos Marmeleiros, já com um século de vida.
Os ganhos que resultam desta concentração do serviço de medicina interna no HNM são inquestionáveis: economias de escala, evitar duplicações de recursos, poupar em "residências médicas", em transporte de doentes, permitir a proximidade dos meios complementares de diagnóstico, encurtando os seus tempos de resposta. O crescente envelhecimento da população e as co-morbilidades cada vez mais frequentes fazem com que o médico internista tenha um papel determinante no contexto da prestação de cuidados hospitalares. Numa ótica dos cuidados centrados no doente, o internista assume no hospital um papel equivalente ao que o médico de família desempenha nos cuidados de saúde primários. Acresce que sendo a medicina interna reconhecida cientificamente como um serviço "âncora" de um hospital, não faz sentido ter este serviço fora do hospital principal. A concentração irá promover a partilha de saberes, na sua massa crítica, concentrada no mesmo local com as vantagens que lhe são inerentes.

4. Serviço de urgência (SU) com limitações de espaço, concentração de doentes, dificultando separação por cores e patologias

É reconhecido que as soluções para a problemática do excesso de procura nos serviços de urgência, não passam por aumentar a oferta de cuidados do SU, mas antes por melhorar a oferta de cuidados programados, quer alargando a cobertura de população com médicos de família, quer apoiando de forma regular a continuação de cuidados, evitando o agudizar das situações, quer ainda melhorando o acesso a consultas de especialidade reduzindo os TMRG.
É por estas alternativas que passa a resposta ao desajuste existente na procura de serviço de urgência. Um SU hospitalar tem que dar resposta às verdadeiras emergências e só a elas. Serviços de pré emergência hospitalar podem ajudar a racionalizar e melhorar o acesso, tanto ao nível das unidades móveis através de viaturas de emergência médica, como ao nível da triagem telefónica.

Caixa nº 6: Serviços de pré-emergência

A procura de Serviços de Urgências serve de barómetro sobre o estado de saúde do próprio sistema de saúde. Segundo o National Audit Office (2013), Portugal Continental tinha o dobro das urgências de países como o Reino Unido ou seja, procura excessiva, inadequada em cerca de 40 a 60 % dos atendimentos.
Serviços complementares de pré-emergência podem ajudar a melhorar a resposta aos cuidados de saúde urgentes. A triagem telefónica tem características muito próprias, segundo o GPT (Grupo Português de Triagem), não é possível uma entrevista presencial (o que não permite a avaliação de parâmetros fisiológicos, por exemplo) e na maior parte das vezes não é o doente o interlocutor. Os objetivos são semelhantes (determinar o risco) mas a ação resultante da triagem não é uma primeira observação médica perante um determinado tempo-alvo, mas sim a ativação de meios de socorro proporcionais à necessidade clínica identificada. O sistema tem quatro níveis de prioridade, promovendo o aconselhamento e eventual terapêutica no domicílio no doente de menor risco.

Perante a quantidade de doentes atendidos no SU do SESARAM, constata-se menor afluência que no Continente, pois neste observam-se cerca de 2/3 dos atendimentos ocorridos em unidades de saúde com perfil semelhante ao do SESARAM. No entanto, o rácio 1ª consultas / atendimentos urgentes, já é semelhante ao verificado para hospitais do mesmo nível, o que pode significar que na RAM há as mesmas dificuldades de acesso, cerca de uma primeira consulta para cada dois atendimentos na urgência.
Dar resposta à problemática do excesso de procura no SU da RAM depende essencialmente de outros fatores que não as respostas que o próprio SU possa oferecer, embora ele possa sempre ser melhorado, organizando melhor o seu espaço e recursos.

O atual espaço alocado ao SU é manifestamente exíguo para permitir um atendimento adequado. Deverá ser ampliado de forma a permitir separação de doentes por cores que resultam das prioridades de atendimento e por patologias médicas ou cirúrgicas.
Deve haver espaços e circuitos diferentes para os doentes triados, verdes e azuis, uma vez que não são considerados doentes emergentes, devendo ser retirados do circuito da urgência. Deverão ser atendidos por profissionais médicos menos diferenciados (p. ex. internos) de forma a não congestionar o serviço de urgência com "falsas urgências" que quase atingem 40% de doentes atendidos. Assim se pouparão recursos humanos diferenciados, com pouca motivação para atender este perfil de doentes. Todavia, sempre que o clínico considere haver motivos para alterar a prioridade do doente, este passará, de imediato, para o sector das urgências. Outro ganho esperado resulta da separação de doentes médicos dos cirúrgicos, com ganhos evidentes ao nível da segurança de doente.
Em termos de espaço, deve ser prevista uma sala dedicada a nebulizações, atendendo à prevalência, cada vez maior, de patologia respiratória.
Ao nível de recursos humanos, o SU do SESARAM tem dotações de pessoal especializado que permitem dar resposta eficaz às urgências. No entanto, após a reestruturação, as dotações de pessoal que constituem as equipas de urgência deverão ser reequacionadas por nos parecerem excessivas.
Deve ser ponderada a existência de profissionais que se dediquem em exclusivo a prestar informação e apoio aos familiares e acompanhantes dos utentes, devidamente preparados, habilitados e com perfil adequado em relações públicas, ou até mesmo apoio psicológico. O que iria gerar conforto em acompanhantes e familiares reduzindo o atrito natural que uma vinda inesperada ao SU implica.
Por último, o espaço interior do SU deverá conter apenas doentes em observação ou triados. Acontece hoje que a porta de entrada dos doentes para muitos dos serviços de internamento, em particular para as especialidades médicas, é o serviço de urgência. Neste sentido, deve haver cuidado em agilizar as transferências para serviços de internamento, não sendo razoável a permanência de doentes por períodos de tempo superiores a 24h, evitando utilizar o SU como "tampão", quando os serviços de internamento se encontram lotados, evitando a sua transformação em "depósito de doentes".

5. Inexistência de contratualização interna com os serviços e ausência de níveis intermédios de gestão

A aposta numa contratualização interna com os serviços ou departamentos, é mais do que tudo apostar na descentralização e na responsabilização das chefias. Tem vantagens a vários níveis: i) o conselho de administração passa a envolver as chefias intermédias nos objetivos estratégicos da empresa; ii) implica conhecer os constrangimentos para a sua prossecução; iii) obriga a discriminar produção e objetivos pelos serviços, conhecendo o peso e contribuição das partes para a sua concretização. As chefias intermédias ao participarem no processo ficam comprometidas com o mesmo. O efeito *Hawthorne*, que resulta deste acompanhamento, leva a que os colaboradores ao serem envolvidos melhorem a sua produtividade.
Há que ter em atenção que nem sempre a existência deste nível intermédio de gestão gera retorno, uma vez que depende muito da existência dos elementos com perfil adequado para o efeito. Se assim for, deverá manter-se a estrutura intermédia ao nível dos serviços.

Numa primeira fase deveria avançar-se para uma experiência-piloto constituindo um nível intermédio de gestão que pode ser um departamento, um centro de responsabilidade integrado (CRI), ou uma unidade autónoma de gestão (UAG). Este nível intermédio deverá integrar um conjunto de serviços funcionalmente compatíveis. Será dirigido por um órgão de gestão constituído por um médico, um enfermeiro e um gestor e tanto pode ser constituído para a área hospitalar como para os cuidados de saúde primários. A contratualização interna com serviços ou departamentos implica o desenvolvimento de informação para a gestão com um nível de detalhe que permita ganhos de eficiência e melhorar o desempenho.
Para que tal ocorra, é necessário que se desenvolvam, entre outras, algumas ferramentas de apoio como por exemplo: i) contabilidade analítica; iii) codificação dos processos clínicos corretamente realizada e em tempo útil; iii) utilização de análise ABC nos consumos; iv) orçamento económico global e por sectores; v) plano de atividades por serviço ou departamento; e vi) plano de investimento por serviço ou departamento. A responsabilidade de preparar toda a informação e garantia da sua fiabilidade, deverá ser assegurada pelo gabinete de planeamento e apoio à gestão (GPAG). Também deverá ser apresentado mensalmente aos serviços ou departamentos e ao próprio CA, um mapa resumo com a informação mais relevante contendo 3 colunas, o previsto, o realizado e os desvios, apresentado através de um *dashboard.*

Caixa nº 7: Instrumentos de gestão: *dashboard* e *balanced scorecard*

O Dashboard *é basicamente uma forma de os gestores e decisores terem um conhecimento rápido dos dados essenciais para tomada de decisão. Para além de conterem um resumo dos dados mais importantes, também servem como forma de realçar dados específicos, permitindo ao utilizador analisá-los pormenorizadamente (*drill-down*). O* Dashboard *representa a consolidação de dados, muitas vezes a partir de variadas fontes, e a apresentação dos mesmos de uma forma inteligível e de onde se possam tirar conclusões rapidamente. A contratualização interna deve ficar plasmada num contrato interno, celebrado entre o CA e as direções intermédias de gestão. Podendo ter como anexo um mapa utilizando a metodologia do* balanced scorecard *sendo este uma ferramenta de planeamento estratégico na qual a entidade tem claramente definidas as suas metas e estratégias, visando medir o desempenho empresarial através de indicadores quantificáveis e verificáveis.*

Deverá haver reuniões de acompanhamento entre o CA e os responsáveis dos serviços ou departamentos, antes e após a reunião com o IA Saúde e reuniões ordinárias para acompanhamento da evolução dos resultados e seus desvios, tanto em relação ao contratado como em relação ao período homólogo anterior. Sempre que se verifiquem desvios significativos, deverá haver reunião extraordinária, no sentido de apurar os motivos, de forma a ultrapassar os constrangimentos aplicando as medidas corretivas para os reverter.

6. Melhorias a introduzir na gestão do medicamento

A variação de custos na área do medicamento depende de vários fatores, muitos deles não controláveis pelo CA.
Há fatores externos, como acontece com a distribuição gratuita de medicamentos altamente dispendiosos, p.ex. para a artrite reumatóide ou para a psoríase, onde o papel do hospital é de mero intermediário, não tendo qualquer capacidade de intervenção no processo.
Ao nível da prescrição de medicamentos, tal como acontece com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), é comum ouvir-se a expressão "o peso da caneta do médico". De facto, este "peso" da liberdade de prescrição é um

poder informal que limita a intervenção do CA. Esse facto é inegável, mas há sempre forma de regular as consequências indesejadas da liberdade de prescrição através de *guidelines* terapêuticas, reforçando o papel da Comissão de Farmácia e Terapêutica, e sempre que for comprovadamente mais vantajoso, promovendo a substituição de medicamentos muito dispendiosos por outros de menor custo e semelhante efetividade.
Muito embora não tenha retorno direto para o SESARAM, a prescrição eletrónica de medicamentos por denominação comum internacional (DCI), baseada no princípio ativo, deve ser uma aposta da administração no sentido de gerar poupança para o erário público da RAM. As compras de medicamentos têm uma margem de intervenção limitada, encontrando-se cada vez mais centralizadas. Embora o SESARAM não esteja obrigado a adquirir os seus medicamentos aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), pode, no entanto consultá-los e obter melhor preço.
Atendendo às características próprias que resultam da insularidade da RAM, a gestão de armazéns exige um stock de segurança, tendencialmente, maior do que o habitual. Este facto, aliado à natureza do produto medicamento e à especial natureza do consumo nos serviços de saúde, confere importância anormal ao risco de rutura do stock de segurança. Nos serviços farmacêuticos constatámos a distribuição ineficiente de medicamentos, uma vez que ainda se encontra como prática, em muitos serviços de internamento, o sistema de reposição por níveis, quando a distribuição por unidose deveria ser o sistema mais adequado para os serviços de internamento do SESARAM. A existência de stocks avançados é geradora de maus hábitos e de ineficiências. Estes só devem existir em situações específicas sempre que a atividade não seja programada, como seja o caso dos serviços de urgência, UCI ou mesmo do bloco operatório. Nesses casos, a reposição por níveis deverá ser realizada com recurso ao sistema *Pyxil,* um sistema avançado que automatiza a distribuição, administração e controle de medicamentos, o qual já está a ser utilizado no SESARAM em alguns dos serviços anteriormente referidos.
No que respeita a recursos humanos, e tendo em vista a implementação total do sistema de distribuição por unidose, não nos parece haver constrangimento de maior, uma vez que colaboram neste serviço 30 farmacêuticos e cerca de 15 técnicos de farmácia.
Também ao nível do equipamento não existe constrangimento, atendendo a que o serviço já dispõe de dois equipamentos para reembalagem. Basta apenas que estejam reunidas as condições de operacionalidade dos mesmos, concretamente que não haja falhas na aquisição dos consumíveis por falta de compromisso ou cabimento orçamental. Parece assim estarem reunidos os recursos necessários, quer humanos quer de equipamentos, para que a distribuição de medicamentos por unidose se faça em todos os serviços de internamento. Implementar a distribuição de medicamentos por unidose em todos os internamentos hospitalares é uma decisão que irá implicar ganhos que resultam de reduções de armazéns avançados, com todas as vantagens inerentes a esse facto, menos diferenças nas contagens físico/contabilísticas, reduzindo o desperdício e fraude e gerando poupanças. Mais importante ainda será o ganho que a unidose traz em termos de segurança para os doentes.

7. Registo clínico do doente no processo clínico eletrónico (PCE) ainda não generalizado

As vantagens de utilização do PCE são evidentes: i) ao nível da confidencialidade dos dados, ii) na redução de recursos humanos e de espaço para o arquivo, mas acima de tudo, iii) pela eficácia de consulta do registo clínico, minimizando o erro médico. O

processo clínico eletrónico tem que ser prática obrigatória para todos os profissionais. Apenas deve ser permitida a utilização de documentos em suporte de papel, quando tal decorra da lei, como é o caso do consentimento informado. Excetuando estas situações, também não deverá ser permitida a abertura de novos processos em suporte de papel.
Sempre que, em situações extremas, não seja possível utilizar o suporte informático, assim que o constrangimento esteja ultrapassado deverá toda a informação ser compilada ou digitalizada para o processo informático, de modo a que o processo clínico se mantenha sempre completo. A tolerância perante profissionais que ainda não se libertaram do suporte de papel é potencialmente geradora de situações indesejáveis de extrema gravidade, porque retira segurança aos outros médicos na utilização do suporte eletrónico, gera redundâncias e induz desperdícios. Pode criar desigualdades na avaliação do desempenho clínico perante os que já aderiram à modernização, sobrecarregando o hospital com a duplicação de arquivos e aumentando as entropias no sistema.
A perpetuação de um arquivo não informatizado impõe uma logística pesada, movimentando mais de mil processos por dia, necessitando de cada vez mais espaço. O que implica custos diretos significativos, a que acresce risco de fuga de informação e limitações ao seu acesso. A coexistência de dois registos a funcionar em simultâneo acarreta muitos mais prejuízos e riscos do que se só houvesse registo em suporte papel. Esta situação é ainda mais grave pelo facto do SESARAM ser uma ULS, pela dispersão das suas unidades de saúde, com custos de transporte e limitação de acesso à informação.

8. Limitações de recursos humanos para prestação direta de cuidados;

Atendendo à limitação de informação disponível, a análise que se pretendia efetuar aos recursos humanos do SESARAM, está condicionada. Não obstante, podemos afirmar, com elevado grau de confiança, que é urgente contratar médicos anestesistas. Foi ainda possível aferir que o rácio enfermeiros / médicos está ligeiramente acima do que é habitual nos hospitais públicos do Continente, não querendo com isto dizer que esteja desajustado, apenas mais próximo do rácio ideal, que é de 1 médico para 2,5 a 3 enfermeiros. Em termos do rácio assistentes operacionais / enfermeiros, ele já parece desajustado, mas a informação disponível não permite tirar ilações fundadas.
Seria importante uma avaliação rigorosa sobre a dotação de recursos necessários, conferindo especial atenção aos recursos humanos mais diferenciados, não só numa perspetiva de curto prazo mas também para os próximos 10 anos. Com vista a acautelar a sua substituição e direcionar a formação para suprir as necessidades presentes e futuras. A título de exemplo, pareceria aconselhável estimular alguns médicos pediatras existentes no SESARAM a diferenciarem-se em neonatologia.
Compete ao CA evitar a desnatação da instituição, mantendo os profissionais mais diferenciados e escassos satisfeitos e comprometidos com a missão do SESARAM. Sabendo que a conjuntura não é a melhor, parcos recursos financeiros e pouca autonomia para celebrar ou alterar contratos, é importante encontrar formas alternativas que aumentem a satisfação dos profissionais, de forma a fixá-los na instituição. O que se pode conseguir melhorando as infraestruturas, promovendo trabalhos estimulantes, criando um bom ambiente no trabalho, desenvolvendo o sentimento de pertença à instituição.

9. Indecisão no processo de acreditação

O SESARAM tem ao nível da acreditação um histórico de que se pode orgulhar, com experiência acumulada de mais de década e meia. Primeiro com o processo de acreditação total e parcial, muito exigente e internacionalmente reconhecido do *King's Fund – Health Quality Service*. Mais recentemente, há cerca de 3 anos, com o processo de acreditação da Andaluzia, o modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria Andalucia* (ACSA), modelo de acreditação preconizado pela Direção-Geral de Saúde (DGS).
Sabendo que existem várias ofertas no mercado, umas mais vocacionadas para o processo global e outras mais direcionadas para o processo de decisão clínica, avançar para um novo modelo de acreditação ou simplesmente abandonar o processo, é uma decisão que deverá ser muito bem ponderada pela administração. Para além de todo o investimento já realizado, há muito do trabalho desenvolvido e toda uma cultura em fase de assimilação pelos colaboradores. Tal decisão pode gerar uma forte desmobilização e desmotivação nos profissionais, em particular daqueles que se empenharam no processo.
Não será despicienda, na tomada de decisão, a questão financeira que envolve cada processo. Sabe-se que o processo de acreditação da ACSA é patrocinado pela DGS, portanto exige esforço financeiro consideravelmente menor do que outras opções de mercado, como são os processos de acreditação da *Joint Commission* (norte americano), ou do *King's Fund* (inglês).
Indiscutível é o ganho que um processo destes traz para toda a organização, em qualidade real e percecionada, em segurança para o doente, em rigor, hábitos de registo e método de organização do trabalho e naturalmente em prestígio para os pares. Qualquer que seja o ramo de atividade, a qualidade deve estar presente; na Saúde esse objetivo parece ser ainda mais evidente. Um dos erros que habitualmente ocorrem nas organizações quando há mudanças dos seus órgãos de direção é a apetência para descontinuar o que a anterior direção fez. A decisão a tomar nesta matéria tem que ser objetiva, medir bem prós e contras e orientar-se apenas por prioridades de intervenção.

10. Fragilidades em serviços de apoio e logística.

Não sendo do âmbito deste relatório uma análise micro aos cuidados hospitalares, entendemos assinalar algumas questões observadas nos sectores de apoio e logística, por se revelarem desajustadas e geradoras de ineficiências. Eis os principais pontos que necessitam de intervenção:

10.1. Atualizar o inventário do SESARAM pela constituição de uma equipa de trabalho exclusiva, com vista à etiquetagem e registo dos equipamentos. Envolver o Revisor Oficial de Contas neste processo.

10.2. O processamento de vencimentos deverá estar sob responsabilidade do Serviço de Gestão de Recursos Humanos e não sob a responsabilidade dos Serviços Financeiros.

10.3. No armazém devem ser identificados os consumíveis que necessitam de um stock de segurança maior, no sentido de prevenir ruturas, tendo o cuidado de não o generalizar a todos os produtos devido aos custos de armazenagem.

10.4. Sempre que não haja cabimento ou compromisso para adquirir determinado produto ou serviço, é necessário avaliar o impacto económico e funcional que advém do seu não fornecimento.

10.5. O Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) deverá ter mais responsabilidade e capacidade de resposta para resolver problemas; caso não tenha capacidade de resposta a nível interno, deverá recorrer a apoio externo.

10.6. Ao nível da segurança (não clínica) deve haver um cuidado especial com a unidade de obstetrícia, na colocação de portas e pulseiras eletrónicas para os recém-nascidos, devidamente monitorizadas por um sistema de vigilância.

11. Limitações na composição dos órgãos sociais do SESARAM;

11. 1. Composição do CA

A integração nas equipes da administração de elementos de gestão e direção técnica, parece ser o mais adequado ao bom funcionamento de uma instituição de saúde, atendendo à complexidade desta. O conselho de administração do SESARAM deverá incluir no seu órgão de gestão, para além dos 3 gestores, a direção técnica. As vantagens prendem-se com a coesão do órgão e responsabilização da equipa técnica na gestão, colocando todos os elementos no mesmo nível de responsabilidade. Deixando de existir hiatos em decisões que envolvam questões relativas aos cuidados de saúde diretamente prestados ao doente. Se a direção técnica ficar fora do órgão de gestão, a sua responsabilidade limita-se a garantir a boa prática clínica. Portanto numa perspetiva de eficácia, eficiência e qualidade na prestação de cuidados a sua responsabilidade vai além da boa prática clínica, devendo também preocupar-se com os encargos e suas alternativas, alterando o paradigma convencional, pois passará a ter a preocupação de prestar cuidados de qualidade numa ótica de custo-efetividade.
A não inclusão da direção técnica, terá resultado de compromisso de contenção a que a RAM esteve obrigada no programa de assistência financeira, implicando a redução do número de cargos de chefia. Para que a direção técnica faça parte da administração terá de se ultrapassar essa regra cega que os tempos de austeridade impuseram. Anote-se que a inclusão da direção técnica no CA pode gerar um constrangimento adicional que resulta do regime de exclusividade a que os membros dos conselhos de administração estão obrigados.
Uma outra questão levantada pela atual composição do CA prende-se com a hierarquização dos membros que o compõem. A atual existência de um vice-presidente e um vogal, em vez de 2 vogais, aparentemente não se traduz em qualquer vantagem, porque não identificámos nenhuma competência específica que distinga o vice-presidente do outro vogal do conselho que não seja a substituição do presidente, situação facilmente ultrapassada com a delegação de competências deste, aquando da sua ausência ou impossibilidade. Tratando-se de um órgão colegial composto por apenas 3 elementos, esta hierarquização não parece acrescentar valor ao órgão de gestão.

11.2. Constituição de um Conselho Geral ou Consultivo

A existência de um Conselho Consultivo, como órgão social do SESARAM, não sendo fundamental para o seu normal funcionamento, poderia trazer vantagens numa ótica de aproximação à comunidade e de apoio na sua visão estratégica. Permitiria ao CA ter um interlocutor do lado do utente, competindo-lhe apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual, apreciar as informações necessárias ao acompanhamento da atividade da instituição e emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, face aos recursos disponíveis. Este órgão deverá ser constituído por representantes de poder local e figuras de reconhecida reputação social e do sector da Saúde. Permitiria, certamente, uma melhor articulação do CA com as estruturas de poder existentes na comunidade. Como órgão de apoio não teria função executiva, mas apenas consultiva. A principal limitação que vemos na constituição de um órgão com esta finalidade prende-se com a sua operacionalização. Porque é frequente encontrarem-se os dois extremos de atuação, ou a total inércia, ou o excesso de protagonismo. Nesse sentido, seria importante ter especial cuidado na seleção dos elementos que integrarão o conselho consultivo da SESARAM, em particular na escolha do seu presidente.

11.3. Auditor interno

O cargo está previsto no regulamento interno mas na realidade nunca foi preenchido. A função do auditor interno é essencial no apoio ao conselho de administração. Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. Também lhe compete fornecer ao conselho de administração análise e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços. Por fim, incumbe-lhe receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da instituição, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral. A sua existência gera retorno garantido, porque permite correções em todo o processo e dá uma garantia de fiabilidade do mesmo. Sem as auditorias realizadas pelo auditor interno não haverá forma de apurar irregularidades e erros antes de se tornarem irremediáveis.

11.4. Liga de Amigos do Hospital

Entidade externa ao SESARAM teria por missão apoiar o hospital. A importância deste órgão é elevada. Importante porque aproximará a comunidade do hospital e vice-versa. Importante porque permite que haja mais humanização dentro do hospital, devido ao apoio prestado pelo voluntariado, a doentes e familiares. Importante na angariação de fundos via mecenato, para fins de aquisição de equipamentos e bens.
Ao nível da sua missão, a Liga de Amigos do SESARAM teria como objetivo: promover a colaboração da comunidade e suas instituições, no bem-estar do doente e na sua promoção cultural. Promover a melhoria das condições de acolhimento, internamento e tratamento dos doentes, incluindo ambulatórios do SESARAM, de forma a garantir a permanência das suas relações familiares e sociais. Colaborar na dignificação da atividade dos trabalhadores da instituição, através de apoio a iniciativas de carácter cultural, social e profissional que promovam, sempre com o objetivo último

de melhorar o bem-estar do doente. A atuação da Liga desenvolver-se-ia sempre com respeito pela disciplina do funcionamento do hospital.

Propostas de trabalho a desenvolver:

É urgente melhorar o sistema de informação para a gestão, desenvolver a contabilidade analítica, controlos regulares dos desvios orçamentais e avançar para o benchmarking*;*

Apostar no desenvolvimento de um GPAG, com recursos humanos habilitados e preparados (se necessário dar formação a um ou dois elementos) e disponibilizar à equipa as condições para desenvolver o seu trabalho, nomeadamente o acesso à informação e a articulação direta com os responsáveis intermédios. Toda a estatística deve estar sob tutela do GPAG, de forma a ganhar relevância para a gestão, estando toda ela normalizada.
O GPAG, juntamente com o serviço de informática (Sistemas de Informação), deve desenvolver aplicativos que retirem das bases de dados existentes informação para a gestão.
Deve este gabinete passar a produzir um *dashboard* com a informação mais relevante para o CA e níveis intermédios de gestão, tendo como data limite Janeiro de 2017.
Deve apoiar a equipa de médicos codificadores e exigir *feedback* mensal sobre as causas para eventuais atrasos na codificação. Deve ser dado um sinal da importância que uma correta e atempada codificação clínica tem para a instituição.
Atendendo à solicitação efetuada pela SRS à ACSS, para que o SESARAM passe a ser integrado no *benchmarking* dos hospitais, a codificação clínica terá de estar tratada em consonância temporal com os hospitais do Continente.
Deve ser atribuída aos Serviços Financeiros ou ao GPAG, a responsabilidade de montar a contabilidade analítica, a qual tem que conter informação para gestão, não se limitando a distribuir custos pelos centros respetivos, no final de cada ano. É importante ter critérios de imputação de custos normalizados mas dinâmicos, e que haja informação tratada, trimestralmente.

Reduzir a dotação de camas hospitalares e desenvolver os cuidados em ambulatório, tanto na cirurgia de ambulatório, como nas sessões de hospital de dia;

A direção clínica, juntamente com a direção de enfermagem, deverão avaliar se estão reunidas as condições, de acordo com as orientações previstas no relatório da CNDCA, para a prática da cirurgia de ambulatório em segurança. Caso estejam acauteladas tais condições, é necessário envolver os responsáveis dos serviços cirúrgicos, anestesia e blocos operatórios, para que a cirurgia realizada em ambulatório passe a ser uma prioridade. É importante desmistificar o conceito errado que ainda perdura em muitos dos profissionais médicos, de que cirurgia de ambulatório é cirurgia *mínor*, mais indiferenciada, porque é precisamente o oposto, é cirurgia *major*, realizada pela vanguarda da técnica que só os mais preparados estão em condições de executar.

Concentrar os internamentos de agudos no HNM, desativar as camas de medicina interna do hospital dos Marmeleiros e reafectar camas cirúrgicas para o serviço de medicina interna;

Deve ser constituído um grupo de trabalho para apresentar uma proposta ao CA e direção técnica sobre as camas a extinguir ou a afetar ao serviço de medicina interna. O grupo de trabalho deverá ser constituído por *opinion makers* e líderes naturais, independentemente do grupo profissional e ter o apoio do GPAG e do SIE, para que a proposta final tenha evidência empírica.
É importante alterar o paradigma que define a grandeza de um serviço. Sendo hoje reconhecido que a excelência de um serviço se impõe, não pelo número de camas, mas pela qualidade com que este trata os seus doentes, deve ser passada a mensagem de que as camas existem para servir doentes, pertencendo ao hospital e não aos serviços.
É também uma oportunidade para pensar na conceção de um gabinete para a gestão de camas.

Com esta opção já não será necessário, conforme estava previsto, construir um edifício de 30 camas, na área do HNM, para alocar as medicinas, podendo canalizar este investimento para modernizar enfermarias existentes nesse hospital;

Após a decisão de afetar camas ao Serviço de Medicina Interna, ou a extinguir, será importante uma modernização nas enfermarias do HNM, para que os espaços tenham dignidade para acolher doentes e colaboradores.

Ampliar o serviço de urgência, separando circuitos e espaços dos doentes por prioridades e por patologias;

É importante envolver a direção técnica, os responsáveis do SU e o responsável pelo SIE, no sentido de estudar bem os novos circuitos e espaços com o projetista.
Deve tentar encontrar-se uma solução que coloque doentes menos prioritários, os verdes e azuis, fora do SU mas em instalações do hospital suficientemente perto do SU para que, havendo necessidade de reclassificar o doente na sua prioridade, ele possa facilmente aceder ao SU.

Descentralizar a gestão e apostar na contratualização interna;

O CA deve selecionar com cuidado a constituição de um departamento-piloto composto por elementos que ofereçam elevado grau de sucesso ao projeto, um médico, um enfermeiro e um gestor. Uma fase embrionária da contratualização interna com os serviços deve avançar imediatamente, inicialmente limitando-se a alguma atividade com dois ou três indicadores e alguns custos diretos, uma vez que ainda não existe contabilidade analítica disponível. Para tal, deve ser envolvido o GPAG e se possível encontrar um gestor intermédio para alocar a um determinado conjunto de serviços para,

juntamente com o diretor de cada serviço e os enfermeiros-chefes, poder negociar esse contrato, monitorizando-o.

Alargar a distribuição de medicamentos por unidose a todos os internamentos;

Deverão ser adquirido os consumíveis necessários para que a máquina reembaladora mais recente possa ser imediatamente utilizada. Depois, juntamente com a Direção de Farmácia, devem ser analisadas as razões que impedem que o sistema de distribuição por unidose não esteja a ser utilizado em todos os internamentos do hospital. Caso não existam razões atendíveis, devem ser dadas instruções no sentido de se alargar a distribuição por unidose a todos os internamentos do SESARAM.

Manter o SESARAM num processo acreditação, envolvendo os profissionais;

Qualquer que seja a decisão a ser tomada, deve sê-lo no mais curto espaço de tempo possível. Os custos com a indefinição são geradores de inércia e sedimentam a desmobilização. Se a opção for continuar com o modelo da Andaluzia ou outro qualquer, deve haver um sinal claro sobre a importância que o êxito neste processo tem para o SESARAM, sendo importante o envolvimento do CA, bem como da direção técnica em todo o processo.

Integrar a direção técnica no Conselho de Administração;

Terá de ser tratado ao nível do Governo Regional, particularmente, entre Secretarias Regionais, da Saúde e das Finanças, argumentando com o retorno económico que a decisão acrescentaria para o erário público. Alertar para a disfuncionalidade que esta situação provoca na gestão do SESARAM.

Criar condições para que se constitua uma Liga de Amigos do Hospital e um Conselho Consultivo;

Boa oportunidade para aproximar algumas personalidades da Região do Serviço Público de Saúde, dando-lhe um novo impulso. A constituição do Conselho Consultivo e a criação da Liga deverão ser articuladas entre o SESARAM e a SRS e envolver reputadas figuras da Região. Terá de ser preparada regulamentação para a sua constituição.

Pôr em prática, conforme está previsto no regulamento interno, o Auditor Interno.

Contratar um profissional qualificado para o efeito, ou aproveitar algum recurso existente que tenha o perfil adequado e esteja devidamente habilitado para a função.

Apostar na fidelização e na atração de profissionais mais diferenciados e escassos, nomeadamente anestesistas;

Poderá ser envolvida a Universidade neste processo. O SESARAM deverá tentar aliciar internos das especialidades com todos os meios que tiver ao seu alcance, para segurar os recursos mais diferenciados.

Obrigatoriedade de registo clínico eletrónico;

Juntamente com a direção clínica e o SI, tentar compreender as limitações que afetam os profissionais que ainda não aderiram ao registo clínico eletrónico, criando condições para que estas sejam ultrapassadas. Atendendo ao perfil dos profissionais resistentes à mudança, será mais sensato tentar até ao limite envolvê-los no processo. Certo é que o mesmo deverá ser obrigatório para todos os profissionais, estabelecendo um prazo limite para o seu cumprimento.

Juntos Pelo Povo

Cuidados Continuados de Saúde e Integração Social

1. Situação atual

Existe na RAM uma Rede Regional de Cuidados Continuados (RRCC) com um histórico de 12 anos de funcionamento, registando quatro experiências de internamento de curta duração, articuladas entre a Saúde e a Segurança Social com resultados muito positivos, credibilidade e satisfação por parte dos profissionais, utentes e familiares envolvidos. Ainda funcionam estas respostas, mas o projeto nunca foi alargado, nem na vertente de internamento, nem da de apoio domiciliário.

A RRCC impôs-se rapidamente na Região pelos resultados, dinâmica e inovação que trouxe ao SRS e ao trabalho em equipa da saúde e segurança social, criador de uma cultura de coresponsabilidade e de parcerias, conferindo descanso do cuidador e propugnando pela manutenção dos idosos e dependentes na sua comunidade habitual. Mantém a clareza de conceitos, princípios, valores, cultura, critérios e objetivos. Proporcionou formação a muitos profissionais de saúde e segurança social não só na vertente do saber fazer, como na abordagem ao doente/utente como centro dos cuidados. Criou dinâmicas para avaliação das necessidades integrais do utente e família, cuidados à medida através de plano de ação multidisciplinar a partir do hospital e dos centros de saúde. Foi instituída uma referenciação para continuidade de cuidados com objetivos claros e consensualizados, focados maioritariamente na reversão das incapacidades para regresso ao domicílio. O projeto proporcionou ainda a implementação de cuidados domiciliários a partir dos centros de saúde com enfoque no acompanhamento, ensino e reabilitação. Proporcionou, por parte da Segurança Social, a implementação de serviços de apoio domiciliário (SAD) das 8 às 20 horas, alargados aos fins-de-semana.

Sem renovação nem outro impulso, o sistema revela hoje sintomas de fadiga. A RRCCI não se alargou, passando a ser considerada como um projeto secundário, tanto para o SRS como para a SS, mantendo-se em funcionamento meramente latente (49 camas e 2 SAD alargados). Por falta de reconhecimento das suas potencialidades e pela escassez de respostas, o sistema não potenciou as suas mais-valias a médio e longo prazo. Passou a estar na dependência da direção clínica do Hospital o que teve como consequência o afastamento da intervenção, integração e coresponsabilidade da Segurança Social. A Equipa de Coordenação Regional deixou de ter representação da SS, integrada que foi numa direção de serviços hospitalar.

A gratuitidade de toda esta organização impediu a sua sustentabilidade. Os custos passaram a ser assumidos totalmente pelos orçamentos regionais da Saúde no âmbito do internamento da Rede, e da Segurança Social apenas no apoio domiciliário. As equipas de CSP domiciliárias deixaram de funcionar ou fazem-no precariamente, devido à

conjuntura económica entretanto enfrentada pela Região. O mesmo aconteceu com a maioria das equipas SAD alargado, por parte da SS.

Em 12 anos a RRCC não cresceu, fraturou-se, perdeu respostas e mantém-se apenas pela boa vontade e excelência dos profissionais que nela continuaram a trabalhar. Entretanto, aumentou enormemente a procura de internamento hospitalar dos idosos/doentes/dependentes, aparentemente por falta de apoio da comunidade e das famílias, sem adequada avaliação das suas situações. O Hospital não tem nem pode ter capacidade para lidar com os problemas sociais e de continuidade de cuidados integrados, numa lógica de complementaridade do sistema de saúde e de adequação dos cuidados. Daqui resultou uma elevada concentração de altas problemáticas no Hospital, isto é, pessoas com episódios agudos estabilizados, alguns com necessidade de continuidade de cuidados de saúde e ou apoio social, constituindo um bloqueio à boa atividade hospitalar. Foi cometido o erro de se pensar que a solução do problema residiria apenas no setor da Saúde (SESARAM) no pressuposto de que uma medida imediata de retirar esses doentes do internamento agudo resolveria o problema. Até ao momento foram já ocupadas 599 camas da responsabilidade do SESARAM (mais de 1/3 de toda a sua lotação) sem diferenciação de critérios, sem plano de cuidados, sem objetivos, sem medição de resultados e sem monitorização. Uma tendência que tem que ser sustada e revertida.

Estas denominadas unidades de longa duração (ULD) não têm qualquer semelhança com as da tipologia prevista no Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, não integram a RRCC, utilizam pessoal de saúde do SESARAM que é necessário para outras tarefas e funcionam como solução definitiva para os utentes, sem dispositivos de integração na comunidade. Se nada mudar, a tendência será a evolução desta solução *ad infinitum*, sendo impossível prever o acréscimo crescente da procura, pois a oferta está instalada e em constante alargamento. Criou-se assim uma cultura de facilitismo, plasmada até no contrato-programa do SESARAM. A população apropriou-se desta linha de acesso, via urgência hospitalar, como um direito, provocando aumento indeterminado da procura. Consequentemente observou-se o afastamento gradual da SS da decisão, criando um clima de recriminação mútua e de desarticulação.

A Caixa nº 8 resume a situação.

Caixa nº 8: Respostas da RAM em cuidados continuados integrados

Rede Regional de Cuidados Continuados. *A RRCC dispõe de 49 camas na RAM, apenas de curta e média duração, sendo imperioso o seu alargamento faseado em todas as tipologias. Iniciou-se em 2004 tendo tido então 470 propostas de admissão e 332 admitidos. Em 2015 teve 814 propostas de admissão e 416 admitidos. Das recusas, 45,7% foram por ausência de vagas e 26,8 por não reunirem critérios, sendo de 16,9 as recusas de utente/cuidador e 3% dos cuidadores pretendem solução definitiva para o seu familiar. Apenas 4,6% faleceram. Mais de 80% dos utentes da RRCC regressam ao domicílio.*

Unidades de Longa Duração para altas problemáticas do SESARAM.

Existe uma capacidade de 426 camas (438 ou 599?) nas ULD do SESARAM com uma passagem em 2015 de 949 utentes. Não se conhecem demoras médias, os critérios de admissão não são claros, o destino pós alta é o recurso a lares do ISS ou o óbito.

Oportunidades de melhoria

Existe a consciência, a todos os níveis, de que estamos perante um problema de larga escala que importa inverter e de que um outro sistema deve ser implementado ou retomado. Existe a aceitação de que este novo modelo radica na coresponsabilização entre a SRS e a SRIAS. Existe a aceitação de um modelo de financiamento partilhado pelas duas SR e pelo utente/família, com gradientes de cuidados com modelos de responsabilização diferente, decisores, prestadores, utilizadores e familiares. Existe a aceitação da necessidade de criação de critérios, regras que identifiquem a responsabilidade de cada interveniente. É reconhecida a necessidade de seleção dos utentes a admitir nestas unidades tendo por base critérios de admissão. Existe abertura do Hospital para concentrar a identificação dos doentes com necessidade de continuidade de cuidados num nível complementar de cuidados (RRCCI) numa equipa de gestão de altas multidisciplinar, para além da preparação da alta passar a ser realizada nos diferentes serviços hospitalares. Existe aceitação do modelo da RRCCI em funcionamento e a oportunidade do seu alargamento pela integração criteriosa das ULD na Rede. Como é evidente, torna-se necessário o estudo, caso a caso, da população destas 599 camas através de uma equipa multidisciplinar saúde/social.[8] Existe a aceitação e é reconhecida a oportunidade de recuperar a articulação com os CSP, designadamente através da criação de equipas domiciliárias multidisciplinares. Existe o reconhecimento da necessidade de alargamento e diversificação das respostas da comunidade com a coresponsabilização das autarquias, articulando centros de dia, linhas de apoio telefónico, voluntários, associações de freguesia, paróquias e carrinhas para transporte para os centros de dia.

Torna-se necessário aproveitar estes e outros fatores positivos. É possível externalizar a gestão da Rede em todas as suas valências para entidades privadas não lucrativas ou lucrativas, com eficaz regulação. Mas falta um indispensável estudo económico-financeiro para verificação da sustentabilidade e que assegure também a acessibilidade adequada. É indispensável monitorizar o uso adequado dos recursos em co-responsabilidade da Saúde e da Segurança Social. Torna-se premente encarar a possibilidade para discutir e eventualmente rever a atual gratuitidade dos SAD, contribuindo assim para o seu alargamento, diferenciação e sustentabilidade. São indispensáveis campanhas para divulgação dos conceitos e objetivos dos CC junto dos utentes, das famílias, decisores e profissionais. É necessário modernizar a informatização integrada entre Saúde e SS para todo o processo, desde a referenciação para a Rede, aos registos para monitorização dos resultados, passando pelas informações clínicas e sociais que permitam a passagem do utente a serviços de CSP e da SS depois da alta da Rede. Parece existir vontade expressa das chefias intermédias em melhorar o sistema no sentido atrás descrito.

---

[8]Este número de camas resulta da informação colhida no Gabinete do SRS, embora o GT nomeado em 2015 pelo SESARAM identifique apenas 438. Nestas últimas não foram contabilizadas as camas do 2° andar do Hospital dos Marmeleiros, já transformadas em altas problemáticas.

Medidas a adotar

1. Constituição de uma equipa conjunta de ambas as secretarias regionais formada por um técnico representante da SRIAS, um técnico representante da SRS e um clínico respeitado pelos pares que assume a liderança das orientações clínicas e a formação para a mudança de paradigma que se integra na abordagem bio-psico-social em que assenta a RRCC. Esta equipa teria um coordenador nomeado por despacho conjunto do SRS e da SRIAS. A equipa teria como missão conduzir o processo de reconversão das unidades denominadas de ULD que não se enquadram na tipologia prevista no DL 101/2006, analisar a legislação existente, adaptar as normas e orientações necessárias e proceder ao processo de reativação e alargamento da RRCC.

A equipa deveria ainda avaliar as condições de funcionamento de cada unidade (a lista de fármacos utilizados, o rácio de recursos humanos para o apoio a cada unidade, a qualidade da prestação de cuidados, entre outros parâmetros) liderando um estudo de casos de utentes integrados nas ULD e nas UDV com vista à sua integração na RRCC ou encaminhamento para respostas sociais existentes ou a criar. Nestas poderemos citar os lares, os centros de dia cuja capilaridade permite que estejam preparados para receber utentes dependentes durante o dia, bem como os SAD que também se deveriam reorganizar para alargamento de horário.

2.Análise de custos e receitas operacionais das ULD e das unidades da RRCC para conhecimento dos custos unitários relevantes da sua produção. Reconhece-se existirem hoje problemas na informação obtida quer por parte do SESARAM, quer por parte da RRCC.

3. É indispensável rever a missão das ULD e UDV dependentes do Hospital. Independentemente dos ganhos ou perdas financeiras, esta atividade não é central aos cuidados de saúde nem deve ver pervertida a sua missão. Argumenta-se com um pretenso ganho para o hospital na gestão direta das ULD, RRCC e UDV. Esquece-se que estamos a subverter a natureza, missão e diferenciação do SRS atribuindo-lhe a resolução de problemas sociais que deverão ter como ator principal a Segurança Social, sob pena de bloqueio grave da atividade da saúde na RAM, como está a suceder.

4. É necessário desenvolver procedimentos de correção do contrato-programa do SESARAM para atingir mínimos de referenciação adequada e criteriosa, para verdadeiros casos de cuidados continuados de convalescença, média e longa duração, com incentivos e penalizações adequados. Com vista à distribuição de responsabilidades de acordo com o nível de envolvimento de cada setor será necessário definir: (a) gradientes de cuidados tal como estão referidos no DL 101/2006 e subsequentes revisões; (b) critérios de referenciação e admissão na RRCC; (c) a bateria de indicadores de monitorização; (d) um aplicativo informático com interoperabilidade com o Hospital, SS, e prestadores; (e) fixar preços e rácios de pessoal; (f) a aplicação dos custos unitários por dia da RNCCI[9]; (f) autorização para o SESARAM vender

[9] Em sede de legislação própria, os custos standard aprovados tiveram por base um estudo para cada tipologia de cuidados (convalescença, média, longa duração e paliativos) de todos os componentes em custos diretos para o componente Saúde, desde os RH calculados pelos custos médios da função pública, por tipo de profissão e horas de trabalho semanais para um rácio de 30 utentes por unidade (médico, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e da fala, nutricionista/dietista, psicólogo e auxiliares de ação médica, custos de material clínico e fármacos e MCDT aconselháveis para acompanhamento dos utentes da RNCCI, oxigenoterapia e custos gerais e para

material de consumo clínico e fármacos aos lares, dado nestes os fármacos estarem a ser objeto de compra direta a farmácias de oficina, com elevados custos.

5. Progressiva e cuidadosa implementação do fim da gratuitidade das respostas sociais. Centros de dia, SAD, RRCC e ULD deveriam ser abrangidos por legislação em que passasse a ser contemplada a participação financeira do utente/família, à semelhança do que acontece com as respostas sociais idênticas a nível nacional (Dec-Lei DL72/2010 de 18/6). Esta legislação determina a condição de recursos e estabelece o preço para pagamento das várias prestações de natureza social por parte do utente/agregado familiar, a quem a SS comparticipa em caso de necessidade. Este copagamento às famílias foi uma experiência inovadora por parte do MTSS, pioneira nas tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração na RNCCI.

6.Prosseguir com a externalização da gestão da RRCC, lares, centros de dia, SAD para o 3º setor (IPSS ou Misericórdias) ou mesmo para o setor privado. Tal implica a preparação de contratos-programa com estas entidades, contendo as condições para a boa gestão, regras de co-financiamento da Saúde e da SS, rácios de pessoal por profissão e carga horária, indicadores de produção e indicadores de resultados.

6. Outras medidas avulsas deveriam ser adotadas: (a) definição das prioridades de admissão nos lares a utentes da RNCCI que já não reúnam critérios para nela continuarem, uma vez reabilitados; (b) aumentar o número de SAD para apoio domiciliário alargado aos 7 dias da semana e maior frequência de apoio; (c) reconverter e aumentar o número de centros de dia, nomeadamente em articulação com os CSP, dotando-os de enfermeiros e fisioterapeutas para permitir eficazes respostas de proximidade; (d) articular SAD com equipas domiciliárias de CSP para acompanhamento dos utentes no domicílio, promovendo contactos frequentes entre as equipas para planeamento dos cuidados; (e) fortalecer os CSP para reforçar equipas de visita domiciliária multidisciplinares de acordo com o plano individual do utente; (f) formação em conceitos, princípios, valores, critérios, articulação, serviços, trabalho integrado e multidisciplinar e prescrição medicamentosa; (g) desenhar planos de formação para todos os perfis profissionais em CCI; (h) criar hábitos de discussão de casos sociais e clínicos; (i) celebrar protocolos com escolas e universidades a nível regional e nacional para estudos de investigação e formação sobre a temática do envelhecimento.

7. Em 4 de Junho 2015 com base na deliberação do CA do SESARAM, EPE, foi constituído um grupo de trabalho multidisciplinar com elementos do SESARAM para produzir um relatório sobre as ULD em funcionamento e adequar propostas para a resolução e compreensão das altas problemáticas, bem como para propor procedimentos face à situação existente. O grupo plasmou nesse relatório importantes tópicos e úteis conceitos para orientação futura.

---

a componente de responsabilidade social aplicado o mesmo princípio aos profissionais necessários ao apoio social (assistentes sociais, animadores, pessoal auxiliar, refeições, lavandaria custos com fraldas e outras despesas.

Caixa nº 9: Relatório de 2015 sobre Unidades de Longa Duração:

Conceitos: Rede de Cuidados Continuados (artº 2º do DLR 9/2007/15 de Março alterado pelo DLR 30/2012/M de 8 de Novembro. Cuidados continuados integrados (alínea a) do artº 3º do DL 101/2006 de 6 de Junho que cria a RNCCI-Internamento de Longa Duração (nº 2 e 3 do artº 17º do DL 101/2006 de 6 de Junho. Estrutura Residencial para idosos (Designação adotada pelo ISS.IP para os Lares de Idosos) nº2 do artº 1º da Portaria 67/2012 de 21 de Março.

Deste relatório retiramos como principal o desfasamento da própria realidade que o grupo avaliou. No que concerne à legislação aplicável (Decreto-Lei 101/2006) não existe aplicação dos conceitos referidos e apresentados. Assim, quanto à RRCC o principal desfasamento é a ausência da SRIAS na Coordenação e hierarquia desta rede, a partir de 2015, sendo esta uma das bases em que assente a RRCC, a da co-responsabilidade e a grave lacuna que obstaculiza a sua implementação. A RRCC depende hierárquica e financeiramente exclusivamente do SESARAM. Quanto às designadas ULD apresentadas no relatório, (Hospital dos Marmeleiros 4º andar- já extendido a parte do 2º andar; Hospital Dr. João de Almada 2º e 3º pisos; Unidade Atalaia; Internamentos dos Centros de Saúde de Santana e parte dos de S. Vicente e Calheta) são concebidas como uma resposta do SESARAM ao problema «das altas problemáticas». Este conceito de ULD apesar de se basear no DL 101/2006 não se aplica aos procedimentos e organização previstos naquele DL. A organização e prestação de cuidados nas ULD regionais são apenas da área da Saúde, SESARAM, todo os pessoal e financiamento é da Saúde, os rácios da RNCCI não são aplicados, em particular a nível da reabilitação/manutenção nem dos critérios de admissão e não é garantida a continuidade de cuidados para promover as altas (e inserção social) que têm como exclusiva expectativa as vagas em Lares da SS. Estas ULD são um fim de linha pelo que estão em constante crescimento sem nunca estancar a procura entretanto induzida. O relatório prossegue com os despachos que deram origem à transferência das pensões destes utentes para as ditas ULD, dado estas terem passado a ser de facto a residência dos utentes. Este procedimento não se traduz numa comparticipação do utente/família, mas sim uma operação administrativa de mudança de morada, que apenas abrange as pensões do CNP e exclui as da CGA e dos subsistemas. Não se percebe a lógica destas exceções uma vez que de o utente pode e deve receber a sua pensão a seu pedido ou pelo seu representante legal na sua morada. Este procedimento aprofunda uma cultura de direito de permanência e desresponsabilização por parte das famílias (incluído o 4º andar e 2º? do Hospital dos Marmeleiros). As ULD são sempre comparticipadas por diária, de acordo com a legislação aplicável às tipologias do DL 101/2006. Esta clarificação está dependente de Portaria Regional. De realçar que o relatório deste GT do SESARAM já equaciona várias propostas que apresentamos na caixa seguinte.

Caixa nº 10: Propostas do Grupo de Trabalho do SESARAM (2015)

Criação de regulamento interno para as ULD que funcionam na dependência do SESARAM:

- Estabelecimento de contrato de admissão; Direitos e deveres dos utentes; Definição do apoio e cuidados prestados; Definição do tempo de internamento, sendo o mesmo definido como temporário (preferencialmente com duração máxima estipulada), tendo como principal objetivo a reintegração dos utentes na comunidade (domicílio ou estruturas residenciais).

- Compromisso do utente/família na formalização do pedido do internamento em estruturas residenciais públicas e/ou privados ou outras respostas sociais, fazendo prova dos mesmos;

- Em caso de atribuição de vaga em estruturas residenciais ou outra resposta que garanta os cuidados a prestar ao utente, deixa de haver critérios de permanência nestas unidades, devendo-se efetivar a saída do utente;

- o Apoio jurídico nas situações de incumprimento das condições definidas no contrato de admissão;

-Necessidade de salvaguardar situações clínicas complexas e características específicas de alguns utentes, pode exigir a permanência nas ULD ou mesmo impedir a admissão na rede de estruturas residenciais, existentes à data na Região Autónoma da Madeira;

- Definição da comparticipação diária pelos cuidados prestados, de modo a garantir o pagamento por parte de todos os utentes, independentemente do subsistema que são beneficiários, tendo por referência o regime definido para a RNCCI (De acordo com a Portaria 262/2015, de 28/8 – Tabela de preços da RNCCI).

- Implementação de Equipas Multidisciplinares de Gestão de Altas Hospitalares, que se articulem com as entidades responsáveis, no sentido de garantir resposta aos utentes, com necessidades de saúde e sociais.

Juntos Pelo Povo

Anexo

Fazemos aqui uma referência ao que foi dado observar através de rápida visita às ULD:

Caixa nº 11: Atalaia Living

ATALAIA LIVING – 179 utentes (48% dos utentes aguardam resposta da SS – dados relatório GT 2015)

Visitámos este equipamento que possui excelentes condições físicas e ambientais. Só uma pequena parte destes utentes aparentemente necessitam de cuidados de RRCC em Média e Longa Duração. Trata-se aparentemente na maioria dos casos de um internamento tipo Lar. Totalmente desadequado para o SESARAM a gestão desta infraestrutura. Desconhecimento real dos custos. Referência a uma renda anual exorbitante, que põe em causa a sustentabilidade financeira da unidade.

O estudo de cada caso determinaria o objetivo destas estadias e ainda o possível regresso a casa de utentes que nunca foram avaliados nessa vertente.

Desconhece-se os rácios e as valências de Recursos Humanos da responsabilidade do SESARAM.

Sugere-se a extinção desta Instituição (o valor do aluguer é excessivo impedindo a sua boa gestão) e a distribuição dos utentes que necessitem de continuação de cuidados institucionais em outras estruturas de proximidade a criar por toda a região, quer de RRCC quer de respostas sociais. Esta não é uma solução de curto prazo mas poderia iniciar já um trabalho de encerramento a novas admissões e redistribuição dos utentes por pequenos passos à medida que as situações fossem sendo trabalhadas.

Sugere-se a negociação imediata da renda por ex por um preço diário/utente e o recurso ao mesmo procedimento com outras entidades privadas interessadas que tenham capacidade instalada, a fim de cortar o círculo vicioso deste aluguer, cujo valor assenta, supomos, na presunção da falta de alternativas.

Caixa nº 12: Hospital Dr. João de Almada

JOÃO DE ALMADA - 171 utentes (54,9% dos utentes aguardam resposta da SS – dados relatório GT 2015)

Visitámos este equipamento que possui excelentes condições físicas e ambientais.

As camas da RRCC neste equipamento mantêm o conceito de reabilitação para que foram criadas no seguimento de episódios agudos.. Estas camas tiveram uma estadia média de 26 dias, sendo que o regresso ao domicílio é a resposta que representa maior expressão (66,31%)

As restantes camas de internamento destinadas a ULD do SESARAM poderiam distribuir-se por várias tipologias da Rede, Média e Longa Duração e Paliativos desde que aplicados os conceitos, princípios e critérios da Rede e pela valência Lar.

O estudo de cada caso determinaria o objetivo destas estadias e ainda o possível regresso a casa de utentes que nunca foram avaliados nessa vertente.

~~*Totalmente desadequado para o SESARAM a gestão desta infraestrutura. Desconhecimento real dos custos.*~~

Desadequação do perfil de recursos humanos (falta de fisioterapeutas e auxiliares)

Falta de conhecimento sobre critérios de admissão, resultados e objetivos atingidos (?): tempos de internamento, altas, destino pós alta, nível de dependência pós reabilitação, patologias, estado cognitivo, etc.

Juntos Pelo Povo

Caixa nº 13: Hospital dos Marmeleiros, 4º Piso

MARMELEIROS 4º piso 72 utentes (91,6% dos utentes aguardam resposta da SS – dados relatório GT 2015)

Desaconselhável a reconversão de camas de medicina de agudos em camas de Longa Duração não por haver falta de camas mas por não conseguirem dar alta aos doentes. Porventura o excesso de camas que o SESARAM possui nos Hospitais Nélio Mendonça e dos Marmeleiros para a intervenção hospitalar de agudos tem permitido esta desvirtuação das camas hospitalares. Acresce o facto da total inadaptação física e ambiental das instalações que tem como centro vital a cama do doente que nunca terá oportunidade de melhorar a sua condição funcional, não sendo este sequer um objetivo quando se analisa a expetativa do Hospital em enviar os utentes para respostas apenas da SS. Desmotivação das expetativas do pessoal médico compreensível porque se trata de um Hospital. Desadequação de rácios e perfis profissionais (falta de auxiliares. Fisioterapeutas). Falta de conhecimento sobre resultados e objetivos atingidos, custos, etc.. Poderia encarar-se a hipótese de requalificação total dos Marmeleiros numa estrutura como a do João de Almada, totalmente destinada a Cuidados Continuados e gerida por entidade externa (a criação de uma Liga de Amigos do Hospital enquanto IPSS ou entidade Privada, poderia criar oportunidades deste tipo à semelhança da Liga de Amigos do Hospital Garcia da Orta que gere uma UCCI com 60 camas de Média e Longa Duração, um Lar com igual dimensão, centro de dia e apoio domiciliário social. Outro exemplo é o da Liga de Amigos do Hospital de Sta Maria com 70 camas de Cuidados Continuados, 70 camas de Lar Privado e Unidade de Internamento Assistido também privada) Existem outros bons exemplos.

Caixa nº 14 : ULD no Centro de Santana

ULD no Centro de SANTANA 22 utentes e S. VICENTE 26 camas.

Visitou-se estes dois internamentos. Não se compreende a existência dos internamentos de Longa Duração do SESARAM nestes edifícios ligados aos CSP, só justificados pela necessidade de esvaziar camas hospitalares sem critérios ou referenciação com objetivo. O resultado é o estacionamento definitivo destes utentes deixando vaga apenas por morte ou pedido de resposta de Lar à SS (81,8% dos utentes aguardam resposta do ISS) Esta situação é reveladora desta bipolaridade de soluções únicas que nunca se resolverão pelas barreiras de atuação traçadas entre estes 2 setores, saúde e Segurança Social. Propõe-se a passagem de todas as camas para a RRCC nas tipologias mais adequadas, depois de estudo caso a caso e tentativa de regresso a casa com apoio nalguns casos a identificar e trabalhar em conjunto com as famílias, autarquias e associações locais. Não foi visitado o internamento do CS da Calheta onde a resposta é idêntica e as propostas acima se podem aplicar.

Caixa nº 15: Lar da Bela Vista

Lar da Bela Vista

Unidade do ISS com existência desde os anos 80 e cerca de 250 utentes. Edifício extremamente degradado, apesar de ao longo dos anos ter sido alvo de melhorias. Tem necessidade imediata de obras de manutenção gerais sob pena de graves prejuízos para a qualidade de vida dos seus utentes, (falta de conforto, humidade, canalizações, tetos falsos, chove no seu interior...) e da qualidade da prestação dos cuidados. A motivação do pessoal poderá ser afetada pelo estado das instalações. A população deste Lar não é consentânea, na sua maioria, com a classificação desta instituição como resposta exclusivamente social. Os utentes estão muito dependentes, muitos em estado terminal, com graves problemas cognitivos, úlceras de pressão graves, exigindo um rácio de pessoal diverso do existente. A maior parte destes utentes têm situações clínicas e funcionais mais complexas que os do João de Almada e Atalaia. Este edifício não está apetrechado com calhas de oxigénio pelo que as garrafas de oxigénio são o recurso utilizado e com difícil funcionalidade. Os medicamentos são adquiridos nas farmácias de oficina com os custos inerentes. O pessoal auxiliar na sua maioria não tem formação o que face à carga da doença dos utentes provoca graves problemas a cuidados de qualidade. Os enfermeiros são contratados por IPSS não raramente de entre estagiários sem experiência. A Enfª Diretora é uma profissional de carreira hospitalar senior, experiente e conhecedora, sendo uma grande mais-valia a sua coordenação, minimizadora de conflitos e erros. Todo este equipamento deveria ser alvo de um estudo económico-financeiro, projeto de intervenção arquitetónico para melhoria das condições físicas, dimensionais e de ambiente na perspetiva de transformação numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de várias tipologias. Sugere-se a entrega da sua gestão a uma entidade externa.

Juntos Pelo Povo

Instituto de Administração da Saúde (IA Saúde)

Prioridades em saúde da população da RAM e definição estratégica da intervenção dos serviços de saúde

Em qualquer sistema de saúde é essencial que se monitorizem, identifiquem e caracterizem os principais problemas de saúde e os determinantes que lhes estão associados. Uns e outros indicam-nos as necessidades de saúde da população.

Sem estes passos não se pode: definir prioridades de intervenção; alocar recursos humanos, materiais, financeiros e de investimento; conceber os Planos Estratégicos Regional e Local; definir os papéis e as responsabilidades que cabem a cada um dos atores do processo saúde, nomeadamente, profissionais e serviços de cada sector prestador de cuidados, profissionais e serviços de *back-office* das estruturas do sistema de saúde, cidadãos, doentes, familiares, cuidadores e estruturas da comunidade.

As funções de observatório, de monitorização e de vigilância dos problemas de saúde e dos seus determinantes, do planeamento e elaboração da estratégia da Saúde são já atividades de rotina do Instituto da Administração da Saúde (IA Saúde). Mas o seu papel de elaborador de propostas de estratégia a apresentar à tutela regional e o de instituição que contratualiza anualmente com o serviço operativo - Unidade Local de Saúde – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) tem que ser reforçado para que ele se torne o instrumento fulcral que garanta a efetividade, a eficiência e a qualidade dos serviços, a correta adequação dos mesmos à melhoria do estado de saúde da população, contribuindo para a sustentabilidade e desenvolvimento futuro do sistema de saúde da RAM.

Ignorar ou inverter esta sequência de passos do planeamento em saúde, ou seja, tomar decisões de política ou de organização e funcionamento dos serviços sem se dispor de um prévio e robusto diagnóstico da situação com necessidades em saúde bem identificadas, faz-nos incorrer no risco de desbaratar recursos públicos sem conseguirmos os resultados ambicionados: mais e melhor saúde para a população.

O IA Saúde deverá ainda medir o impacto das diversas decisões e intervenções dos serviços de saúde, bem como dos demais serviços públicos, privados e do sector social na saúde da população, antes de se incrementar qualquer nova prestação de cuidados ou meras medidas estruturais ou organizativas do sistema, procurando sempre garantir um excelente custo-oportunidade.

Diagnóstico

O IA Saúde encontra-se muito longe ainda de poder atingir os objetivos que presidiram à sua criação. Resumidamente, regista: (a) escassa autonomia e falta de recursos para responder à exigente polivalência de funções do IAS; (b) o contrato-programa que elabora dificilmente se pode considerar orientado para objetivos de acesso, eficiência e qualidade, não dispõe de componentes de financiamento variáveis em função do desempenho, e revela escasso acesso a informação.

Baixa autonomia e escassez de recursos para responder à exigente polivalência de funções do IA Saúde;

A Secretaria Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira tem na IA Saúde o seu interlocutor natural para a definição da estratégia com vista a executar a política de Saúde por si definida. Para que tal se afigure viável, é necessário que a tutela reforce a confiança no Instituto e lhe dê autonomia e capacidade de intervenção, nomeadamente junto da Secretaria Regional das Finanças e do SESARAM.
Desconhecendo se existe algum organismo que analise previamente as contas do SESARAM antes de serem aprovadas pelo acionista, reconhece-se que esta função deveria ser da responsabilidade do IA Saúde, necessitando este de ter acesso antecipado, não só ao Relatório de Gestão da entidade, também ao relatório do Revisor Oficial de Contas (ROC), sem os quais não há capacidade de aferir a fiabilidade dos números apresentados.
Atendendo ao papel multidisciplinar em que o IA Saúde está investido, regulador, orientador, pagador, passando por moderador, acumulando num só organismo o que ao nível do Continente está disperso por várias instituições, tais como ACSS, Administração Regional de Saúde (ARS), Entidade Reguladora da Saúde (ERS), Infarmed, Direção-Geral de Saúde (DGS), reconhece-se que o IA Saúde desempenha um papel de extrema importância e exigência.
Dispor de recursos humanos preparados e qualificados para assegurar esta panóplia de papéis não se afigura fácil, atendendo à diferenciação técnica e aos constrangimentos financeiros existentes. Porém, a contratação de colaboradores habilitados, bem como a formação dos existentes terão de ser consideradas prioritárias. A existência de apenas dois médicos especialistas em Saúde Pública, para toda a RAM, é um exemplo paradigmático dessa lacuna. Fundamental para a promoção e avaliação da Saúde da Região.

Contrato-programa sem orientação para objetivos de acessibilidade, eficiência e qualidade, sem componente de financiamento variável em função do desempenho

O contrato-programa como ferramenta de orientação estratégica deverá ser liderado pela IA Saúde. Deverá haver descentralização do atual modelo e redefinição do papel da IA Saúde, hoje apenas um intermediário, sem intervenção no processo de contratualização. Não negoceia o contrato programa, nem sequer define o pacote de serviços que pretende contratar, nem o valor a atribuir. Deve o IA Saúde articular com a SRS, no sentido de estabelecer as linhas estratégicas mas ser ele a liderar o processo de contratualização.

Necessitará de conhecer e desenvolver indicadores para poder contratualizar com o SESARAM, necessita de dispor de um sistema de informação bem desenvolvido e ter acesso à informação produzida pelo SESARAM. O contrato tem que prever a quantidade de cuidados de saúde que correspondam às necessidades da população, mas também critérios de acessibilidade, eficiência e qualidade. Nesse sentido deverá existir uma panóplia de indicadores, para além do orçamento económico e de um mero plano de atividades.

No Continente, 5% do Orçamento previsto no contrato programa é variável em função de indicadores de desempenho que a tutela pretende ver desenvolvidos nos hospitais. Esta medida tem tido muito sucesso, pois orienta os CA para o que considera ser prioritário, tendo nesses indicadores a sua principal ferramenta de orientação. A monitorização da contratualização deverá ser regular, preferencialmente mensal, e sempre que necessário deverão existir reuniões com o CA do SESARAM, com vista a analisar os desvios e ou propor alterações.
O contrato-programa deverá integrar um documento estratégico, mais amplo designado por Plano Estratégico, o qual projetaria atividades, investimentos e retrataria a situação económico-financeira do SESARAM para o médio/longo prazo. O constrangimento que o IA Saúde pode vir a sentir para iniciar este processo de contratualização, numa primeira fase prende-se com a deficiente e pouco fiável informação que tem disponível. Nesse sentido, a identificação dos indicadores necessários ao contrato-programa deve ser um dos objetivos de desempenho previstos para o próximo exercício.
Outra barreira a que o IA Saúde lidere o processo prende-se com a necessidade de transferência de poder, atualmente exercido pelas diversas tutelas (Saúde e Finanças). Sabendo que estabelecer equilíbrios num contrato onde comprador e vendedor são monopolistas não será fácil. Acresce que o facto de ambos terem a mesma tutela, pode implicar uma fragilidade na obrigação de cumprimento do mesmo, em particular do lado do prestador pois, no limite, as responsabilidades com a insustentabilidade do SESARAM são do Governo Regional, não o podendo deixar ficar insolvente. Esta situação pode gerar uma limitação adicional,, para que se faça cumprir a componente variável do contrato programa, em função do desempenho.

Recomendações

a. O papel multidisciplinar desempenhado pela IA Saúde necessita de ter mais confiança da Tutela e ter um papel mais ativo e autónomo;
b. Deve ser o principal interlocutor junto da SRS para a definição e implementação da estratégia para o Sector da Saúde na Região;
c. Torna-se necessário reforçar o seu quadro com recursos humanos devidamente habilitados e também apostar na formação dos seus colaboradores;
d. Bem como desenvolver o contrato programa, liderando o processo de negociação pelo lado da procura, numa ótica de comprador/pagador;
e. O contrato programa, para além da quantidade de serviços a prestar, deve definir objetivos de desempenho de acesso, qualidade e desempenho económico-financeiro;
f. Deve apostar-se no desenvolvimento dos sistemas de informação que facultem informação suficiente para a boa tomada de decisão.

Juntos Pelo Povo

Proposta de trabalho imediato:

O SRS deverá apoiar o reforço de autonomia do IA Saúde, junto das autoridades regionais e sectoriais, nomeadamente junto do SGF e do SESARAM.

Deve ser dada autonomia e capacidade ao IA Saúde, para reforçar os seus quadros com recursos técnicos bem preparados.

Deve ser constituída uma equipa de trabalho dentro do IA Saúde e formada, para esta poder preparar, negociar e monitorizar o contrato-programa.

Deve iniciar-se de imediato a preparação dos indicadores para o contrato-programa.

Conclusão

Existe uma oportunidade única de serem revertidos parte dos fatores de omissão e de irracionalidade no funcionamento do Serviço Regional de Saúde da RAM. Existe um novo clima governativo e de administração superior, caraterizado por liberdade de opinião e de criação, em regime de visível tolerância. O modelo autoritário, pela simples situação das mudanças de protagonismo e de maior abertura à reforma e modernização, está aos poucos a dar lugar a um modelo de cooperação, onde todos e cada um podem ter uma palavra, um contributo para o aperfeiçoamento do SRS. Criou-se um ambiente mais favorável à cooperação horizontal de serviços, ao seu funcionamento em rede, muito longe já de anteriores pulsões territorialistas que compartimentavam a administração, impedindo a colaboração horizontal, a circulação da informação e deteriorando o espírito de missão. O bom desempenho do SRS na recente crise dos incêndios insuflou em todos uma nova autoestima, por cada um ter sido capaz de cumprir a sua missão e o seu desempenho ter sido coletivamente reconhecido. Finalmente, é patente a avidez dos quadros dirigentes de apreenderem conhecimentos com os quais possam confrontar a sua experiência e produzir soluções estudadas, fundamentadas, consensualizadas e mais facilmente aplicadas.

O SRS carece de se reconhecer e desenvolver de acordo com algumas linhas estratégicas de desenvolvimento. Estas devem ser desenhadas pelo Governo Regional e quadros superiores de acordo com alguns princípios gerais de atuação:

- Necessidade de gerar pensamento estratégico sobre o Serviço Regional de Saúde. Pensamento assente em conhecimento, o qual deve ser procurado nas universidades, politécnicos e institutos de investigação, regionais e nacionais, aos quais devem ser crescentemente associados projetos de investigação-ação. Entre outros exemplos poderemos sugerir: (a) planeamento do Serviço a dez anos, com atualizações constantes, fruto de avaliações regulares; (b) ter sempre um plano B ao lado de cada plano A, para o caso deste falhar; (c) aproveitar o investimento intelectual e material no novo hospital para rever orgânicas, criar novos métodos de trabalho, formar pessoal, questionar as relações de cooperação com os cuidados primários e os continuados, fixar metas de contratualização, modernizar rotinas e procedimentos e prevenir erros já reconhecidos. Um novo hospital pode ser um fantástico motor de reforma e modernização, mas pode ser também uma fonte de novos e insolúveis problemas. A ocasião tem que ser preparada e bem aproveitada.

- Aperfeiçoar as regras de planeamento e gestão de recursos humanos. É indispensável planear recursos altamente diferenciados, a vários anos de distância, tanto no seu recrutamento como sobretudo na sua substituição por limite de idade e agora por força da emigração. Na gestão, haverá que prevenir a instabilidade executiva; mudanças de chefias muito frequentes lançam a

confusão e a instabilidade. A desmotivação dos quadros intermédios só se previne com chefias preparadas, mentalizadas, capacitadas e respeitadas, o que significa muita atenção às substituições de chefias, sem experimentalismos infundamentados. A conjuntura favorável na oferta de médicos de família deve ser bem aproveitada, tal como se deve planear ativamente a formação em especialidades de grande escassez. É urgente recuperar recursos em médicos de saúde pública, onde a escassez atingiu limites impensáveis.

- Aproveitar sinergias entre Saúde e Segurança Social, sem rivalidades desnecessárias e com bom espírito de cooperação. As sinergias com IPSS são essenciais, devendo ser promovida a criação de novas e o revigoramento das existentes. É necessário derrubar barreiras, biombos e espelhos. Articular os já consideráveis recursos existentes e afinar o gradiente de responsabilidades de financiamento entre Saúde, Segurança Social, IPSS e famílias.

- Evitar erros irremediáveis. Alguns exemplos: experiências-piloto que nunca terminam e jamais são avaliadas. Evitar a "árvore de Natal" do "já agora", pendurando-lhe enfeites e responsabilidades que a fazem vergar ou a desfeiam. Buracos apenas tapados no curto-prazo podem abrir crateras no médio-longo. Toda a mudança tem custos, mas toda a estabilidade gera ineficiência e desperdício, se não for avaliada. O equilíbrio entre o que deve ser conservado e o que deve ser reformado é o mais difícil nos processos de modernização.

- Aperfeiçoar a informação, avaliação e a transparência. Afinar a informação, selecionando apenas a que for pertinente. Montar ou aderir a sistemas regulares de comparação e *benchmarking*. Publicitar regularmente o desempenho institucional. Tornar o SRS mais transparente e mais participado, criando um Conselho Regional de Saúde a exemplo do Conselho Nacional de Saúde recentemente criado. Estudar a possibilidade de uma iniciativa anual de apresentação ao público (ou à Assembleia Legislativa Regional) do estado do Serviço Regional de Saúde.

- Centrar o sistema no utente, descentrando-o dos profissionais e seus representantes e das instituições. Criar e desenvolver capacidade negocial com parceiros sociais, institucionais e comunitários.

- Praticar a vários níveis, a delegação de competências, estimulando a liberdade criativa, desenvolvendo o sentido de responsabilidade, generalizando as práticas de demonstração de resultados. Instaurar a todos os níveis uma prática de gestão "*faire faire*" ou "*get things done through the others*".

- Executar é errar. Nada de mais natural que o erro. Nada de mais errado que não o reconhecer. O erro é sobretudo uma forma de aprendizagem. Reconhecer o erro é o primeiro passo para o corrigir.

- Revigorar, em termos saudáveis, as relações com as Finanças e Tribunal de Contas. Convidar uns e outros em ocasiões estratégicas, promovendo um espírito de boa cooperação, se porventura ele se encontrar em depressão. Manter um diálogo permanente com o Tribunal de Contas, documentando-o sobre projetos, atividades e resultados.

- Reforçar o clima interno de cooperação. A um ano de hoje, planear um retiro para recarregar baterias, reforçar o "amor à camisola", cruzar informação que interesse a todos.