

SOFIA LEAL
ADRIANA TAVEIRA

SNS, o tempo de um renascimento

Contributos para a Integração
de Cuidados de Saúde
Primários e Hospitalares

Prefácio

Constantino Sakellarides

Posfácio

Pimenta Marinho

AUTORES

Sofia Leal
Adriana Taveira

TÍTULO

SNS, o tempo de um renascimento – Contributos para a Integração de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares

EDIÇÃO

Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.
Praça da Corujeira n.º 38 4300-144 PORTO – geral@quanticaeditora.pt

CHANCELA

Medicabook - Conteúdos de Medicina e Saúde

DISTRIBUIÇÃO

Booki – Conteúdos Especializados
Tel. 220 104 872 . Fax 220 104 871 · E-mail: info@booki.pt · www.booki.pt

REVISÃO

Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.

DESIGN

Ricardo Miranda
Publindústria, Produção de Comunicação, Lda.

IMPRESSÃO

janeiro de 2019

DEPÓSITO LEGAL

449166/18



A **cópia ilegal** viola os direitos dos autores. Os prejudicados somos todos nós.

Copyright © 2019 | Publindústria, Produção de Comunicação, Lda.

Todos os direitos reservados a Publindústria, Produção de Comunicação, Lda. para a língua portuguesa.

A reprodução desta obra, no todo ou em parte, por fotocópia ou qualquer outro meio, seja eletrónico, mecânico ou outros, sem prévia autorização escrita do Editor, é ilícita e passível de procedimento judicial contra o infrator.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, no todo ou em parte, sob qualquer forma ou meio, seja eletrónico, mecânico, de fotocópia, de gravação ou outros sem autorização prévia por escrito do autor.

Este livro encontra-se em conformidade com o novo Acordo Ortográfico de 1990, respeitando as suas indicações genéricas e assumindo algumas opções específicas.

CDU

614.2 Organização pública e profissional da saúde
614.39 Serviços nacionais de saúde

ISBN

Papel: 9789898927347
Ebook: 9789898927354

Catálogo da publicação

Família: Medicina e Saúde
Subfamília: Gestão Hospitalar e da Saúde

SNS, O TEMPO DE UM RENASCIMENTO

CONTRIBUTOS PARA A INTEGRAÇÃO
DE CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS E HOSPITALARES

Sofia Leal

Adriana Taveira

Prefácio

Constantino Sakellarides

Posfácio

Pimenta Marinho



Índice

Agradecimento	VII
Prefácio	IX
INTRODUÇÃO	XIII
PARTE I – ENSAIO	17
SNS – Por quantos mais anos de vida? A integração de Cuidados, com a Valorização do Percurso da Pessoa no SNS, impõe-se como uma resposta emergente?	19
PARTE II – PLANEAMENTO – PROJETO SNS + PROXIMIDADE.....	25
Gestão do Percurso do Utente com Doença Aguda/Agudização da Doença Crónica.....	27
Gestão do Percurso do Utente com DPOC	40
Articulação para realização de MCDT no SNS - internalização de Análises Clínicas	56
Análise custo-benefício e Sustentabilidade do Projeto	60
PARTE III – IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA.....	63
Modelo VRIO e a Teoria dos Recursos - Análise do potencial de competitividade das instituições de saúde.....	65
PARTE IV – INDICADORES	75
Resultados em Saúde	77
Experiência para o Cidadão.....	81
Sustentabilidade Económica	83
Caráter Inovador.....	84
PARTE V – A REPLICABILIDADE: INSTRUMENTOS DE APOIO AOS PROCESSOS-CHAVE.....	87
Manual de Procedimentos para a «Gestão do Percurso do Utente com Doença Aguda/Agudização da Doença Crónica»	90
Grelha de Auditoria	104
Manual de Procedimentos para a «Gestão do Percurso do Utente com DPOC»	116
Matriz de Referenciação do Serviço de Urgência para os Cuidados de Saúde Primários	136
REFLEXÃO FINAL.....	145
Posfácio.....	149
Lista de Siglas	153
Índice de Tabelas.....	155
Índice de Figuras	155
Referências Bibliográficas	157

Prefácio

por Constantino Sakellarides

Pensando no futuro da saúde, há porventura dois registos que sobressaem entre os demais.

O primeiro tem a ver com a incorporação da inovação biomédica e tecnológica nas práticas de saúde – da precisão diagnóstica proporcionada por novas aplicações da Inteligência Artificial às elevadas expectativas com as imunoterapias oncológicas – e com o tremendo desafio que constitui fazer chegar estes benefícios a todas aquelas que deles podem beneficiar. O segundo destes registos está associado à promoção da «vida ativa» e à importância em dar uma resposta apropriada à denominada «morbilidade múltipla» (MM). Aquilo que à nossa saúde diz respeito, quando não prevalece uma ocorrência aguda ou ameaça vital séria.

É neste segundo plano que se situa o trabalho que este livro, muito oportunamente, divulga. Promover uma vida, física, intelectual e afetivamente ativa, ao longo do percurso de vida, constitui um objetivo maior na promoção e proteção da saúde. Por isso a noção de «vida ativa» não podia deixar de constituir uma referência essencial da estratégia da promoção da literacia em saúde adotada pelo Ministério da Saúde, a partir de 2017.

Responder adequadamente à MM implica antes de mais começar a superar a sectorização e fragmentação que predomina no sistema de saúde – os «silos» verticais que separam os cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados, de saúde pública e ação social – no sentido de uma efetiva integração de cuidados. Uma integração de cuidados centrada nas pessoas e na gestão dos seus percursos através das organizações de saúde. Convém, porventura, acrescentar aqui mais alguma coisa em relação a estas duas noções de importância crítica no futuro da saúde: «morbilidade múltipla» (MM) e «integração de cuidados centrada nas pessoas».

Um dos estudos epidemiológicos de referência relativos à MM (Barnett, K., 2012) conclui que os resultados deste estudo *“desafiam a abordagem dos cuidados centrados na doença (de cada doença de per-si) que atualmente informa a maior parte da prática, investigação e formação médica”*. Recorde-se que por MM entende-se a ocorrência simultânea numa pessoa de vários problemas de saúde (doenças, disfunções, comportamentos de risco, fragilidades, dependências...), de evolução prolongada, obrigando ao recurso frequente a cuidados de saúde que requerem a convergência de várias competências profissionais.

Em resumo, o que a MM nos pede é sermos capazes de saber qual é o conjunto de respostas que melhor se adequa a diferentes tipos de pessoas. Estamos hoje a dar os primeiros passos nesse sentido e é razoável prever que a própria designação de «morbilidade múltipla» será brevemente posta em causa.

A integração de cuidados de saúde centrada na pessoa, corresponde atualmente a um conjunto de requisitos, hoje razoavelmente identificados:

- › conversação/negociação que permita identificar aquilo que é importante para as pessoas;
- › tipologia das pessoas, que tenha em conta o seu perfil de saúde, a complexidade desse perfil e os recursos (pessoais, familiares e de cuidados de saúde) à sua disposição;
- › novo instrumento para a gestão do percurso nos cuidados de saúde – o plano individual de cuidados (PIC) – bem integrado no sistema de informação de saúde;
- › protocolos colaborativos com todas as competências técnicas necessárias para a gestão do PIC, tendo em conta, concretamente, as circunstâncias locais.
- › capacidade para avaliar e partilhar os resultados dos objetivos acordados no PIC, e extrair daí as necessárias consequências.

Existe hoje um vasto reconhecimento internacional para a necessidade de uma integração de cuidados centrada nas pessoas. Para referir só alguns exemplos: o propósito finlandês de passar da gestão da «doença crónica» para uma abordagem que *“integra todos os aspetos relativos ao bem-estar das pessoas”*; os aspetos mais salientes da reforma de saúde de Emmanuel Macron, enunciados em Setembro deste ano (*“construir um sistema à volta do paciente, num percurso de cuidados fluido e coordenado; promover a melhor articulação entre as diversas práticas de saúde, através de comunidades profissionais territoriais de saúde”*); e finalmente, a experiência inglesa com os denominados “sistemas locais de integração de cuidados”.

Numa altura em que o discurso dos atores sociais da saúde tende a ser relativamente monótono – repor e acrescentar recursos que faltam (e faltam mesmo), é muito importante também dizer que estes recursos não devem ser repostos ou acrescentados ao SNS de 2010, mas a aquele que gostaríamos ter em 2025. Ou seja, é indispensável acrescentar transformando.

Chris Ham, reputado académico inglês do *King’s Fund*, resumiu bem esta ideia, muito recentemente (2018): *“Estamos de acordo em que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta atualmente escolhas difíceis, e teremos que ser realistas sobre o tempo necessário para recuperar o tempo perdido. Contudo, preocupamo-nos o facto de se dar prioridade à sustentabilidade à frente da necessidade de transformar, quando é na transformação que está a chave da sustentabilidade a longo-prazo do SNS”*.

Mas não basta saber onde queremos ir. Como muito bem afirmam as autoras desta obra, é também necessário saber como lá chegar. As lideranças do SNS em Esposende-Barcelos – as do ACES e as do Hospital Santa Maria Maior – entendem isso melhor do que ninguém.

Em primeiro lugar, porque informam naturalmente aquilo que melhor caracteriza o espírito da iniciativa SNS+ Proximidade: Não se trata de um «programa nacional», que uns programam e outros executam, mas sim de um enquadramento e um propósito geral, que criou um espaço próprio à iniciativa e às lideranças locais para traçarem o caminho que melhor corresponde às circunstâncias locais. E é sobre este caminho, o seu caminho, que os autores aqui escrevem.

Em segundo lugar, esse caminho, para ser viável e real, nunca começa por «importar» projetos de novo. Começa por ideias e trabalho já encetado, ao qual o novo enquadramento permite acrescentar novos objetivos, estímulos e instrumentos. A preocupação em articular melhor os cuidados de saúde primários e o hospital, em relação à doença aguda e às agudizações das «doenças crónicas», já era evidente em Barcelos antes do SNS+ Proximidade, e a iniciativa para dar uma melhor resposta aos doentes com DPOC, já tinha também começado a fazer o seu caminho.

Depois, há importância dada à centralidade do cidadão na integração dos cuidados de saúde. Na prática diária, não na retórica ocasional. Todos recordamos o sucesso do vídeo apresentado pela equipa de Barcelos, em Lisboa, há um ano, no encontro de apresentação do documento de referência desta iniciativa “SNS+ Proximidade, a Mudança Centrada nas Pessoas”. O tema tinha a ver com o percurso das pessoas nos cuidados de saúde. Os atores eram pessoas «anónimas», mas com nome e apelido, membros de uma comunidade local.

Depois ainda, há um outro fator de importância crítica, subjacente ao trabalho que este livro divulga. Como alguém já escreveu, *“transformar sistemas é, em última instância, transformar as relações entre as pessoas que configuram esses sistemas”*. É no fundo o apreço que as pessoas são capazes de ter pelo trabalho uns dos outros, que permitiu aos autores deste livro fazer aquilo que nos apresentam agora.

Finalmente, esta obra pratica o que nos faz sempre muita falta: pensar naquilo que precisamos de fazer, escrever o que pensamos, fazer o que escrevemos, monitorizar a evolução dos projetos em curso, analisar e apresentar resultados, divulga-los e pô-los à discussão, aprender com isso e estimular outros a encontrarem também o seu caminho.

Por isto tudo, bem hajam!

Lisboa, novembro de 2018

Introdução

Ao lermos num livro, como quem o folheia à procura de algo que nos cativa, retivemo-nos uns instantes numa mensagem, que só por si e de tão simples que é, se torna especial se algo dela o fizermos. E tão claramente dizia *“se quiseres ser escritor, escreve”*.

De todo que não o pretendemos ser e por respeito à arte de quem tão bem a serve, não nos iludimos com a facilidade da mensagem.

Sustentados no conhecimento explícito e tácito na área da Gestão e Administração em Saúde, o que pretendemos com a presente publicação, numa visão profissional, será a possibilidade de, na primeira pessoa e com o leitor, estabelecermos pontes de diálogo entre a teorização de conceitos como o da integração de cuidados e o da valorização dos percursos das pessoas aplicados à construção viva do Projeto-piloto SNS+ Proximidade no Agrupamento de Centros de Saúde Cávado III Barcelos/Esposende (ACES) em parceria com o Hospital Santa Maria Maior E.P.E (HSMM E.P.E).

Incluirá igualmente uma linha de auto reflexão, pensamento estratégico, modelos e ferramentas de gestão como um contributo para a sustentabilidade do SNS.

Ao centrarmo-nos no exercício diário proposto por Peter Drucker (2017), sobre as oito ações-chave de como ser *“o Gestor Eficaz”* numa organização, ou em qualquer dimensão que o desejemos aplicar, partiremos para a apresentação de diversos produtos que sustentam igualmente a metodologia de construção do livro.

Em grande propósito, desejamos deixar um contributo, cientes de que o mesmo projeto se auto alimenta, se ajusta e se enriquece na sua própria replicabilidade, a partir do momento em que qualquer organização do SNS o assuma como modelo de trabalho.

É por isso mesmo, um livro dirigido a si, leitor que demonstrou interesse em o abrir, à sociedade em geral, para todos os profissionais da área da saúde, da gestão e académicos em variados percursos formativos mas, muito particularmente à pessoa utilizadora do SNS que está no centro da nossa atenção, no propósito da criação de valor.

A consciencialização da mudança do perfil de saúde nacional e europeu, impulsionada em particular por:

1. transformações demográficas, com destaque para o aumento da esperança média de vida, associada à portabilidade de doenças crónicas (suas múltiplas comorbilidades e episódios de agudização, com afetação no consumo de serviços e recursos);
2. rápido ciclo de inovação nas tecnologias da saúde e o consequente impacto económico;
3. necessidade de transitarmos de modelos de prestação de serviços para sistemas de saúde integrados;
4. mudanças no foco de intervenção que melhorem a saúde da população, reduzindo o desperdício e criando valor;
5. capacitação dos indivíduos na valorização da sua saúde promovendo a autogestão de cuidados.

justifica solidamente uma renovação de estratégias e de foco de intervenção em saúde tidas até ao presente.

É desta forma que, em 2017, o Projeto-piloto SNS+ Proximidade surge como a materialização das intenções anunciadas nos programas das novas Políticas de Saúde, discutidas igualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e previstas nos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018.

Momento sobre o qual é lançado o repto às organizações prestadoras de cuidados que, interligadas e cooperantes, de um manancial de medidas flexíveis e adaptativas objetivassem a maximização da sustentabilidade do SNS.

A defesa, o revigoramento e a recuperação do SNS redesenha-se, ainda hoje, como árduo desafio que os órgãos diretivos das instituições de saúde deverão assumir nas suas estratégias executivas. O diagnóstico social afigura-se no presente, com a visão nos serviços de saúde de utentes/famílias cada vez mais vulneráveis.

A OMS (2012), citada no Plano Regional de Saúde do Norte (2013-2016), concluiu o documento *“Saúde 2020: um quadro de referência político europeu para suporte da acção através do governo e sociedade para a saúde e bem-estar”* no qual os seus estados membros aprovaram, entre várias medidas, que até 2020 pretendiam a redução das desigualdades em saúde, melhorariam o bem-estar das populações e assegurariam a cobertura universal e o direito ao melhor nível de saúde que é possível atingir.

É lançando às instituições de saúde o desafio de *“superar as grandes limitações que decorrem da setorização organizacional que caracterizou o seu desenho até ao presente”* (Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018, pg. 4 da versão 29 março), traduzíveis numa certa inoperância, com custos excessivos, sem que isso significasse o melhor nível de saúde para as pessoas.

A visão sobre o tempo passado e ainda atual, em que as débeis articulações entre os diferentes níveis de cuidados resultaram em ineficácia e ineficiência para o sistema, evocou a necessidade do governo relançar a reforma dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados integrados, com uma comum dimensão, a de cooperação.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 como instrumento estratégico que permite o alinhamento de políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, define quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde; equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; qualidade em saúde; e políticas saudáveis. E foi fundamentado nestes princípios que o SNS+ Proximidade pretendeu o realce, a atenção e o trabalho em equipa inter institucional.

É um facto que a setorização vertical da saúde revela-se disfuncional estando evidenciada a necessidade de se transformar os sistemas, recentrando-os mais nas pessoas do que nas organizações, atendendo aos seus percursos de vida nos cuidados de saúde.

Neste enquadramento, no âmbito do Projeto-piloto SNS+ Proximidade, o ACES Cávado III Barcelos/Esposende e o HSMM E.P.E propuseram o desenvolvimento de processos de integração colaborativa organizativos com vista a redução de internamentos, consultas e urgências evitáveis através da:

- › «Gestão do Percurso do Utente com Doença Aguda/Agudização da Doença Crónica»;
- › «Gestão do Percurso do Utente com DPOC»;
- › «Articulação para realização de MCDT no SNS».

A apropriação da imagem icónica e intemporal que figura na capa, com a simbologia da mão de Deus e a do Homem prestes a tocarem-se, propositadamente rendilhadas por percursos, as linhas de vida, é sem dúvida o resultado da nossa vertente interpretativa. Evocam os conceitos chave do livro, considerando a criação de valor para a pessoa que se materializa pela integração de níveis de cuidados. Neste processo o ser humano é revestido de uma nova dignidade e colocado no centro da criação, o tempo de um renascimento.

Pretendemos relembrar a importância de assumirmos um novo enfoque, agora mais centrado nas necessidades das pessoas e menos nas instituições, a superação de uma sectorização.

Contudo, ainda antes do leitor reter a mensagem que lhe ansiamos transpor, gostaríamos apenas que um dia, ao ler as páginas deste livro, se foque igualmente no desígnio que muito nos orientou a trajetória o de nunca deixarmos de nos questionar sobre o porquê de não tentarmos fazer o que poucos ou nenhuns ousaram. Porque nesse momento, seríamos apenas mais uns.

Radiologia Mais Perto

O Programa do XXI Governo Constitucional pretende a valorização da Rede de CSP através do seu reforço e dotação de um novo tipo de respostas, nomeadamente, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, com vista ao aumento da resolubilidade nos cuidados de primeira linha. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro procura valorizar a utilização das tecnologias de informação e comunicação para a prestação de cuidados de saúde através da disseminação das respostas de TeleSaúde.

O ACES Barcelos/Esposende possui desde 2006 uma sala com equipamento de radiologia convencional digital, que permite realizar todo o tipo de exames de raios X convencional (exceto os exames contrastados). O serviço possui um sistema de comunicação e arquivo de imagens médicas (PACS), que possibilita o acesso digital às imagens radiológicas com elevada resolução dos exames realizados no ACES a partir de um computador instalado em cada UF, logo após a realização dos mesmos.

O Serviço de Radiologia do ACES Barcelos/Esposende tem afeto uma Técnica de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) da área de Radiologia e está integrado na URAP. Este serviço responde às necessidades do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e realiza também outros exames radiológicos, desde que encaminhados pelos médicos de família. Atualmente os exames são interpretados pelos médicos prescritores. O Serviço está equipado com tecnologia que permite ao médico prescritor aceder aos exames requisitados na respetiva UF por via exclusivamente digital, dispensando-se o uso de películas e CD's, apenas utilizados aquando do encaminhamento para outras Unidades de Saúde e quando solicitado. Desde outubro de 2016 que é realizado o agendamento eletrónico e o registo administrativo de contacto (RAC) recorrendo aos sistemas de informação disponíveis (SINUS e SClínico), contudo não existe integração da informação do utente na lista de trabalho do equipamento de radiologia, sendo os dados biográficos registados manualmente pela técnica. A agenda de trabalho não permite a marcação de exames, com alocação de tempos em função das especificidades e complexidade dos mesmos, apenas prevê a marcação de utentes dificultando a planificação adequada das atividades.

No ano 2016 o ACES Barcelos/Esposende foi responsável pela prescrição de 38.345 exames radiológicos realizados no sistema convencionado, num valor total de 197.397,10€, dos quais 159.743,3 € correspondem a prescrições realizadas nas UF dos Centros de Saúde de Barcelos e Barcelinhos (Tabela 1).

Tabela 1. MCDT da área da Radiologia convencional faturados pelo setor convencionado, em 2015 e 2016.

Métrica	SNS (MCDT) €		Nº Exames	
	2015	2016	2015	2016
ACES B/E	201.182,4	197.397,1	39.788	38.345
Barcelos Barcelinhos	161.307,0	159.743,3	31.899	31.037

Fonte: SIARS.

O ACES Barcelos/Esposende em 2016 realizou na sua Unidade 1545 exames radiológicos, dos quais 26,7% foram requisitados pelo CDP. Atendendo à dispersão geográfica do ACES, foram selecionados

da segurança radiológica e enviar relatório para a DGS para atualização da licença.

Atualmente a “FireWall” existente no HSMM E.PE dificulta o procedimento de internalização do exame do Rx (partilha de imagem) e a disponibilização do respetivo relatório médico (sempre que solicitado). Pretende-se a reconfiguração da solução de segurança de forma a permitir, a transmissão/partilha de imagens e de relatórios pelos médicos.

Tabela 4. Estimativa do investimento «Radiologia Mais Perto».

Investimento	Investimento Total (€) valor sem IVA
Requalificação espaço AceS (*)	6.653
SSI – Firewall HSMM (**)	8.340
Licenciamento RX – atualização	500
TOTAL	15.493

(*) Estimativa calculada pelo Gabinete de Instalações e Equipamentos da ARNS, IP.

(**) Proposta Solução Firewall base consulta orçamento.

Análise de Custo – Benefício “Radiologia Mais Perto”

Neste ponto realiza-se a análise de custo – benefício na perspetiva do SNS de modo a fundamentar a operacionalidade desta dimensão do projeto. Se nos focarmos na relação entre proveitos e custos verifica-se que o retorno do investimento se concretiza no próprio ano do mesmo.

Tabela 5. Análise Custo – Benefício na perspetiva do SNS «Radiologia Mais Perto».

	Ano 0	Ano 1
Investimento inicial	15.493 €	0 €
Custos Operacionais – FSE – Honorários Médicos*	31.920 €	31.920 €
Custos Totais	47.413 €	31.920 €
Proveitos	57.763 €	57.763 €
Proveitos – Custos	10.350 €	25.843 €

*6.384 relatórios médicos a 5 euros/relatório

Point of Care – Análises

Os Cuidados de Saúde Primários são amplamente reconhecidos como o principal pilar do SNS, devendo impor-se como o primeiro ponto de contato do cidadão. Contudo, este aspeto afigura-se aparentemente subvalorizado pela população, traduzindo-se num excessivo recurso às urgências hospitalares, tornando-se assim premente a introdução de estratégias que aumentem a sua capacidade resolutiva.

Ao considerarmos a natureza do atual projeto, prevê-se que essas estratégias sejam no âmbito da «Gestão do Percurso do Utente com Doença Aguda/Agudização da Doença Crónica», especificamen-

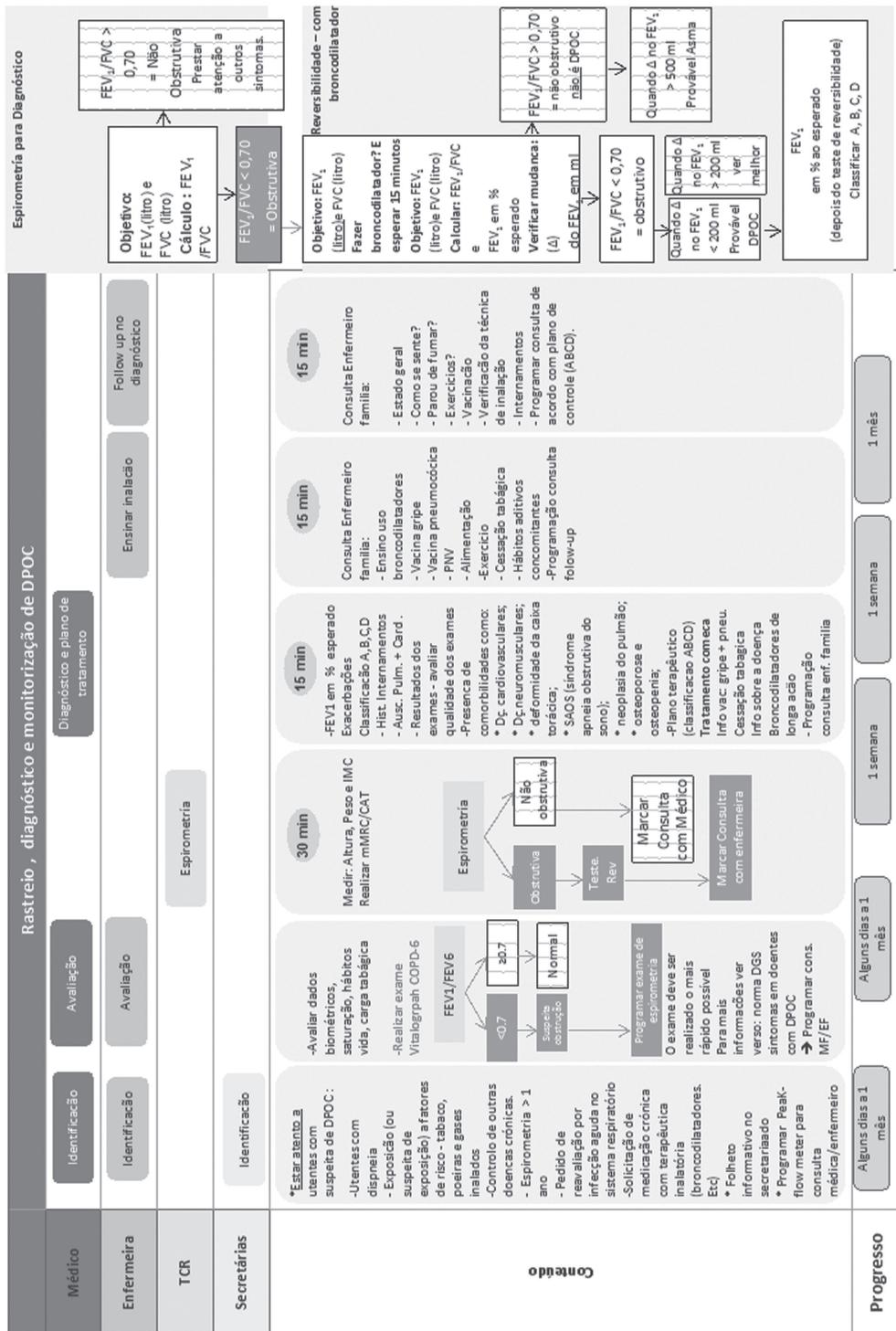


Figura 2. Rastreo, diagnóstico e monitorização da DPOC.

Cortesia de Dr. Fernando Ferreira, adaptado de workshop da USF St.º André de Canidelo

Espirometrias, incluindo curva débito volume	1.575	27.531	700	12.236			
% Espirometrias Total do ACES			44,44%				
TOTAL			10.530	154.579			

(1) Selecionadas UF´s do Concelho de Barcelos, integradas no Projeto Piloto SNS + Proximidade; uma Unidade Funcional com n.º significativo de inscritos, relevante na despesa e geograficamente próxima do HSMM. Seleção representativa de 44% da procura total do ACES quer em meios complementares de diagnóstico da área da Cardiologia quer em Espirometrias.

Fonte: SIARS e SONHO

Investimento

Recursos Humanos

O racional para a determinação dos profissionais de saúde necessários para a concretização do presente projeto visualiza-se no quadro seguinte:

Tabela 7. Necessidades de Profissionais de Saúde «Cardio e Espirometria».

MCDT's	Tempo por exame (minutos)			Exames por hora Médico	Exames por hora TDT	Total Exames/a no	Médico Cardio	Médico Pneumo	TDT
	Médico Cardio	Médico Pneumo	TDT						
ECG simples de 12 derivações	10		10	6	6	6.569	1.095		1.095
Registo de Holter até 24h com análise interativa do perfil rítmico e do segmento ST, podendo incluir variabilidade da frequência cardíaca	23		20	3	3	1.338	496		446
MAPA	23		20	3	3	592	219		197
Ecocardiograma transtoracico bidimensional	30			2		2.456	1.228		
Espirometrias, incluindo curva débito volume		6	30	10	2	700		70	350
Total Horas Necessárias							3.038	70	2.088
N.º Profissionais Saúde Necessários							1,6	0,04	1,09

Atendendo ao número de profissionais de saúde existentes no HSMM E.P.E (1,6 ETC de Médico Cardiologista e 2,8 ETC TDT de Cardiopneumologia), será necessária a contratação de um médico (48.379,96 €/ano) e de um Técnico (18.658,24 €/ano).

Para garantia de devido apoio, no ACES, aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica deverá ser assegurada a contratação de um assistente técnico (12.855,10€/ano), de um assistente operacional para limpeza e higienização (11.167,54 €/ano) e um assistente operacional para motorista (11.167,54 €/ano).

Tabela 10. Proposta de Investimento «Reabilitação Respiratória».

Investimento	Estimativa de preço (euros)
Equipamento específico para RR	8.635 euros
Material Hoteleiro	
Material Informático	
Obras nas instalações do ACES	11.365 euros
TOTAL	20.000 euros

Análise do Custo-Benefício “Reabilitação Respiratória”

Ao considerarmos o facto do presente projeto perspetivar a integração de utentes com DPOC no programa de Reabilitação Respiratória, com valorável contributo, já mencionado anteriormente ao nível da «Gestão do Percurso do Utente com DPOC», o seu impacto deverá ser avaliado tendo em conta o enquadramento estratégico desenvolvido.

Deste modo, a avaliação do retorno do investimento encontra-se integrado na análise de custo – benefício global do projeto.

Telemonitorização da DPOC

A Telemonitorização, a designada monitorização remota dos utentes, consiste numa forma de acompanhamento de doentes à distância, com recurso a tecnologias de medição e avaliação de parâmetros vitais. Asseguram a transmissão de dados clínicos e fisiológicos que permitem a vigilância dos estados fisiológicos e as condições de saúde dos doentes, o que possibilita a disponibilização precoce de apoio clínico, com redução da incidência das agudizações da DPOC e conseqüentemente, o número de episódios de urgência e de dias de internamento.

Quando integrada em sistemas de gestão da doença crónica e combinada com a educação para a saúde (literacia), a Telemonitorização apresenta um enorme potencial de melhorar a gestão clínica e a prestação de serviços de saúde ao fomentar o acesso, a qualidade, a eficiência e a relação custo-efetividade.

A avaliação das experiências Piloto de projetos ao nível da Telemonitorização em DPOC, assegurando o acompanhamento, a vigilância de parâmetros clínicos vitais do utente com DPOC pela equipa de saúde no contexto domiciliário (à distância), demonstra um claro benefício para todos os intervenientes (utente/família/equipa de saúde). São patentes os altos níveis de satisfação dos doentes (com melhoria da qualidade de vida) e a redução de custos (recurso aos meios hospitalares, reinternamentos, episódios de urgência e consultas externas).

Objetivos Específicos

A ARSN/ACES Cávado III Barcelos/Esposende e o HSMM E.P.E propõem-se a celebrar o protocolo

Desta forma, fundamentados numa parceria interinstitucional, objetiva-se:

- › potenciar/capacitar a resposta assistencial no atendimento de utentes ao nível da doença aguda e da DPOC.
- › Internalizar análises clínicas da área da patologia clínica resultante da integração funcional entre ACES Cávado III Barcelos/Esposende e o HSMM E.P.E.

População-alvo

A população-alvo da «Articulação para realização de MCDT no SNS», congrega um grupo populacional constituído por utentes com doença aguda não urgente e/ou com DPOC, de todos os utentes inscritos no ACES Cávado III Barcelos/Esposende, que beneficiam de cuidados de saúde nas distintas UF's que compõem o ACES e dos cuidados do HSMM E.P.E.

Na Tabela 13 encontra-se sistematizada informação de 2016, relativa à quantidade e despesa com análises clínicas realizadas no setor convencionado, prescritas por médicos do ACES.

Tabela 13. Número de Análises e Despesa ACES Cávado III 2016

	N.º de parâmetros analíticos	Custos
Total	935.656	2.887.178

Na determinação da procura potencial inicial (Tabela 14) consideram-se quatro UF's, representativas de 41% da despesa total do ACES neste âmbito.

Tabela 14. Estimativa da procura potencial inicial para a internalização das análises clínicas.

	Número Parâmetros Analíticos	Custos (€)
UF1	123.243	373.515
UF2	107.798	340.119
UF3	90.293	282.788
UF4	67.640	198.359
TOTAL	388.974	1.194.781

Metodologia

Integração de Níveis de Cuidados

A presente proposta prevê a celebração de um protocolo entre os parceiros ARSN, IP; ACES Cávado III Barcelos/Esposende e o Hospital Santa Maria Maior E.P.E., para internalização de análises clínicas.

Investimento

Recursos Humanos

O racional para a determinação dos profissionais de saúde necessários para a concretização do

presente processo assenta sobretudo na obtenção de ganhos de eficiência com os recursos laboratoriais já existentes e na afetação de TDT de Análises Clínica em postos avançados – Centro de Saúde de Esposende e no Centro de Saúde de Barcelos.

Considerada a contratação de dois TDT, afetos 5 horas por dia nos dias úteis, nos postos avançados nas instalações do ACES, responsáveis pelo transporte das amostras para o laboratório do hospital.

Obras e Equipamentos

Salvaguarda-se que as estimativas dos preços foram realizadas com base numa breve consulta de potenciais fornecedores. Na presente análise considerou-se essencial a integração do software Clinidata/PDS/SClínico.

Tabela 15. Proposta de Investimento, Obras e equipamentos «Internalização Análises Clínicas».

Investimento Inicial	Quantidade	Estimativa preço unitário (€)	Investimento Total (€)
Agitador	2	500	1 000
Centrífuga	2	800	1 600
Mala térmica	4	150	600
Requalificação Espaço Colheitas ACeS	2	10 000	20 000
Requalificação Espaço Colheitas HSMM	1	55 070	55 070
Integração entre software Clinidata e a PDS	1	2 350	2 350
Integração entre software Clinidata e o software SClínico	1	3 950	3 950
TOTAL			84 570

Nota: Todos os valores apresentados não incluem IVA

Análise de Custo – Benefício

Procedendo a uma análise comparativa entre o investimento acima proposto e a despesa atual com os MCDT enviados para o setor convencionado, pelo ACES (Tabela 16), verifica-se que:

- › Decorre uma redução imediata para a ARSN, I.P. de 10% na despesa;
- › Para o HSMM E.P.E, resultará um aumento da faturação.

Tabela 16. Análise Custo – Benefício na perspetiva do SNS «Internalização Análises Clínicas».

	Ano 0	Ano 1
Investimento inicial	84 570 €	0 €
Custos Operacionais - RH + Licenciamento/Assistência Informática	39 116 €	39 116 €
Custos Totais	123 686 €	39 116 €
Proveitos	119 478 €	119 478 €
Proveitos - Custos	-4 208 €	80 362 €

Barney (1995), citado por Rodrigues (2013), refere que o modelo SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) é fundamental para compreendermos a vantagem competitiva de uma empresa, mediante a análise das suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, contudo o mesmo autor refere que mesmo uma análise cuidadosa e completa sob este prisma, por si só não explica a atribuição do seu sucesso.

Pelo que, mediante as lacunas apresentadas pela análise SWOT e na opinião de Amit e Schoemaker (1993), Barney (1995), Bowman e Ambrosini (2007), citados por Rodrigues (2013), os recursos internos para gerarem vantagem competitiva devem possuir quatro atributos (o designado Modelo VRIO):

1. Serem **V**aliosos para criarem o aproveitamento de oportunidades ambientais e desta forma neutralizarem potenciais ameaças no ambiente da empresa;
2. Devem ser **R**aros entre a concorrência atual e potenciais competidores. É controlado atualmente por apenas um pequeno número de empresas competidoras;
3. Imperfeitamente **I**mitáveis, na medida em que as empresas sem esse recurso enfrentam uma desvantagem de custo para obtê-lo ou para desenvolvê-lo;
4. **O**rganização, as políticas e os processos da empresa estão organizados para dar suporte à exploração dos seus recursos valiosos, raros e caros de imitar.

O Modelo VRIO de Barney e Wright (1998), tem por objetivo gerar vantagem competitiva para a empresa a partir da identificação, utilização, desenvolvimento e exploração dos seus recursos internos (valiosos, raros, imperfeitamente imitáveis, com estrutura organizacional), permitindo auferir retorno e uma sustentável performance económica (Ramalho, 2013).

Por uma questão organizativa, de modo a transpor a análise do modelo VRIO e a sua categorização segundo a matriz SWOT, para a leitura dos recursos internos já identificados anteriormente no ACES Cávado III Barcelos/Esposende e no HSMM E.P.E, no seu plano estratégico de gestão de percursos do utente com Doença Aguda ou DPOC, considera-se necessária a construção do seguinte quadro (adaptado de Barney e Hesterly, 2007 e referenciado por Becker, 2009):

Tabela 18. Modelo VRIO

MODELO VRIO		
	Recursos Tangíveis do ACES/HSMM	Recursos Intangíveis do ACES/HSMM
Recurso Valioso?	<p>Sim, na medida em que a dimensão física do ACES e do HSMM E.P.E (os edifícios, com as respetivas instalações e equipamentos) permitem que a organização conceba as estratégias projetadas no seu plano e são, igualmente, capazes de melhorar a sua eficácia e eficiência, aproveitando oportunidades do ambiente externo (especificamente, as UF´s do ACES estão em contato com as freguesias mais distantes do HSMM E.P.E, são recursos de proximidade à população), minimizando as ameaças (procura desajustada do utente com doença aguda/agudização da doença crónica ao SU do HSMM E.P.E)</p>	<p>Sim, a dimensão intangível do ACES e do HSMM E.P.E (como o seu nome e reputação, a tecnologia aplicada, a confiança dos utentes, os processos organizacionais, a componente humana – equipa e o seu grau de profissionalização, o seu Know-how sobre os utentes) permitem as organizações, num modelo cooperativo, conceberem as estratégias projetadas no seu plano e são, igualmente, capazes de melhorar a sua eficácia e eficiência</p>

Quando o utente recorre à UF para a Consulta Aberta e é identificada a necessidade de referenciação ao SU, esta deverá ser realizada através do software AlertP1, para que a informação fique disponível para consulta, na vertente digital, pelos profissionais daquele serviço e para que o registo da instituição de origem fique documentado no processo hospitalar, em definitivo, possibilitando consulta posterior. Além disso, a referenciação beneficia ainda o utente pela isenção de taxa moderadora associada, sendo ainda conferida prioridade à sua situação.

Sem prejuízo do ponto anterior, nas situações em que se verifique a falência completa do software AlertP1 ou outros problemas de funcionamento, deve proceder-se à elaboração de carta de referenciação na secção de documentos do software SClínico®. Em caso de falência informática, deverá optar-se pela referenciação em papel timbrado, com vinheta do profissional responsável.

Nas situações clínicas que implicam a ativação do INEM, a articulação é feita com esta instituição, sendo igualmente desejável o envio da informação pelas vias descritas previamente.

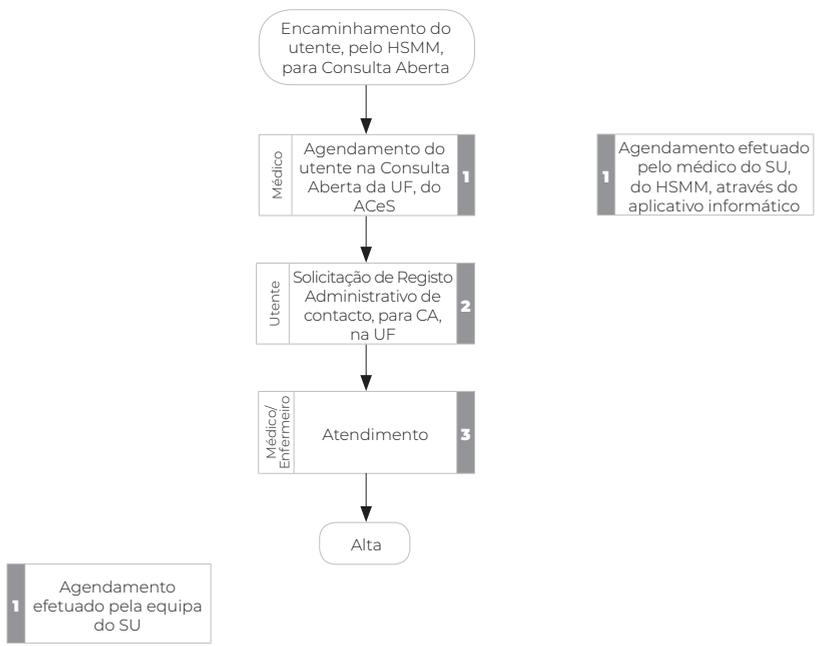


Figura 4. Fluxograma do Percurso do utente referenciado pelo SU do HSMM E.P.E para a Consulta Aberta da UF

7. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA CONSULTA ABERTA

O processo de avaliação da qualidade da Consulta Aberta nas UF's do ACES será liderado pelos seus Coordenadores e respetivos Conselhos Técnicos, em parceria com o Conselho Clínico e da Saúde, com a Comissão de Qualidade e Segurança e o Grupo Técnico de Apoio ao projeto SNS+Proximidade, na sua função consultiva.

ANEXO 2

Proposta de um Formulário de triagem para a Consulta Aberta



ACES Barcelos/Esposende
Agrupamento de Centros de Saúde

INFORMAÇÃO

A Consulta Aberta destina-se às pessoas com problemas súbitos / agudos que surgiram nos últimos dias e às que apresentam um agravamento recente de doenças previamente conhecidas, com necessidade de avaliação e intervenção no próprio dia. Abrange também situações relacionadas com o Planeamento Familiar (contraceção de emergência) e a abordagem de uma gravidez não desejada.

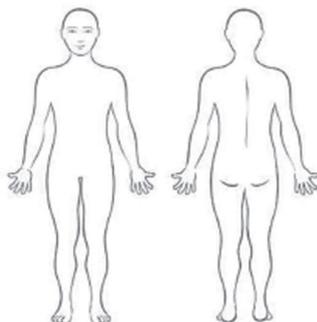
O presente questionário foi criado com o objetivo de otimizar a resposta às situações referidas, com a garantia do respeito pela confidencialidade dos dados pessoais e da informação clínica nele contidos.

MOTIVO DO PEDIDO DE CONSULTA ABERTA – a preencher pelo(a) utente

Nome: _____

Género: Feminino Masculino Idade: _____

Há quanto tempo começaram as queixas? _____



DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS

Febre (a temperatura máxima foi de _____ °C)

Dor (onde dói?) _____
(em alternativa, desenhe um círculo na área que dói, na figura)

Desmaio

Desorientação súbita

Perda de força

Dificuldades na fala

Tonturas / Desequilíbrio

Tosse

Espirros / Obstrução nasal

Falta de ar

Vômitos

Ardência no estômago

Azia

Diarreia

Obstipação (prisão de ventre)

Sangue nas fezes

Incapacidade de urinar

Dor / Ardência ao urinar

Sangue na urina

Manchas na pele

Vermelhidão na pele

Comichão

Queixas Ginecológicas

Contraceção de Emergência

Gravidez não desejada

Outros sintomas / motivos (quais?) _____

OBSERVAÇÃO (a preencher pelo profissional da Unidade)

Consciente Orientado E/T Colaborante

PA: _____ / _____ mmHg || FC _____ bpm || Temp.: _____ °C || FR _____ cpm || SatO2 () _____ %

Dor: Escala de Faces Wong-Baker (>4 anos) _____ | EVA (6-64 anos) _____ | Escala numérica (≥65 anos) _____



ACES Barcelos/Esposende
Agrupamento de Centros de Saúde

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

ESCALA DE FACES WONG-BAKER - > 4 anos de idade

Orientação Nº014/2010 da DGS - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças



Instruções:

Explique à criança que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor. Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – 6-64 anos de idade

Orientação Nº014/2010 DGS - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças
Circular Normativa Nº 09/2003 DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Sem Dor _____ Dor Máxima

Instruções:

O utente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

ESCALA NUMÉRICA OU ESCALA QUALITATIVA – ≥65 anos de idade

Orientação Nº015/2010 DGS - Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa
Circular Normativa Nº 09/2003 DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Instruções:

Pretende-se que o utente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Instruções:

Pretende-se que o utente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Figura 6. Formulário de triagem para Consulta Aberta

B – Gabinetes de enfermagem devidamente equipados (C)

Pretende-se: que os gabinetes de enfermagem disponham do equipamento necessário ao atendimento do utente, no âmbito da Consulta Aberta.

Verificar, questionando os profissionais, se os gabinetes de enfermagem dispõem do equipamento necessário ao atendimento do utente, no âmbito da Consulta Aberta.

C – Equipamentos de diagnóstico e tratamento (C)

Pretende-se: que a UF promova com o ACES, pelo menos uma vez por ano, a realização de procedimentos básicos que garantem a utilização segura dos equipamentos de diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento do utente, no âmbito da Consulta Aberta.

Verificar se foi solicitado ao ACES, no último ano, a manutenção dos equipamentos de diagnóstico e tratamento.

D – Utilização e conservação de equipamentos (C)

Pretende-se: que toda a equipa possua a informação e formação para a correta utilização e manutenção dos equipamentos de escritório, de diagnóstico e de tratamento necessários ao atendimento do utente, no âmbito da Consulta Aberta.

Verificar se existem instruções escritas e formação sobre a correta utilização e manutenção dos equipamentos do escritório, de diagnóstico e de tratamento.

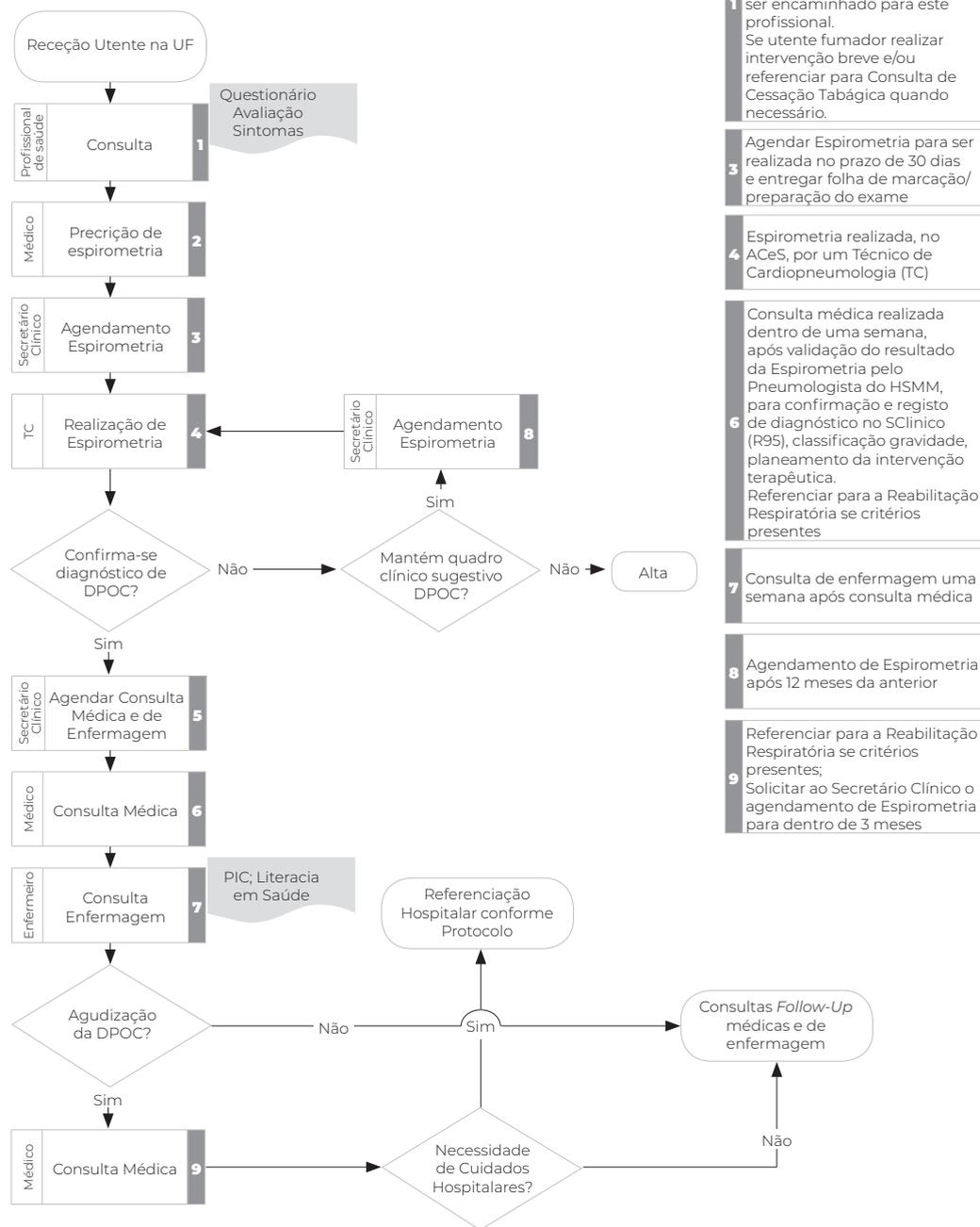
E – Informatização de todos os postos de trabalho de atendimento ao utente, no contexto da Consulta Aberta (C)

Pretende-se: que a UF disponha de computadores ligados em rede, com funcionamento adequado à operacionalidade do *software* utilizado, assim como de impressoras, em todos os postos de trabalho de atendimento ao utente, no contexto da Consulta Aberta.

Verificar, questionando os profissionais, se a UF dispõe de computadores ligados em rede, com funcionamento adequado à operacionalidade do *software* utilizado, assim como de impressoras, em todos os postos de trabalho de atendimento ao utente, no contexto da Consulta Aberta

F – Telefone e internet (C)

Pretende-se: que a UF disponha de telefone e internet em todos os postos de trabalho de atendimento ao utente, no contexto da Consulta Aberta.



Legenda:

- 1 Utente em consulta com idade \geq 40 anos, com cansaço, expectoração, dispneia ou pieira, aplicar Questionário. No caso da consulta não ser médica, o utente, tem de ser encaminhado para este profissional. Se utente fumador realizar intervenção breve e/ou referenciar para Consulta de Cessação Tabágica quando necessário.
- 3 Agendar Espirometria para ser realizada no prazo de 30 dias e entregar folha de marcação/preparação do exame
- 4 Espirometria realizada, no ACEs, por um Técnico de Cardiopneumologia (TC)
- 6 Consulta médica realizada dentro de uma semana, após validação do resultado da Espirometria pelo Pneumologista do HSMM, para confirmação e registo de diagnóstico no SClinico (R95), classificação gravidade, planeamento da intervenção terapêutica. Referenciar para a Reabilitação Respiratória se critérios presentes
- 7 Consulta de enfermagem uma semana após consulta médica
- 8 Agendamento de Espirometria após 12 meses da anterior
- 9 Referenciar para a Reabilitação Respiratória se critérios presentes; Solicitar ao Secretário Clínico o agendamento de Espirometria para dentro de 3 meses

Figura 8. Fluxograma do Percurso do Utente com DPOC

ANEXO 1

Classificação da Gravidade da Obstrução e da DPOC

(Classificação GOLD, update 2017)

Para determinar a gravidade da DPOC utiliza-se a classificação GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*). Esta classificação constrói-se tendo em conta 2 dimensões: intensidade da dispneia e número de exacerbações nos 12 meses anteriores. Para avaliar a intensidade de dispneia e o impacto dos sintomas na qualidade de vida usam-se as escalas mMRC (escala modificada do *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*) e CAT (*COPD - Assessment Test*) (vide Norma n.º 028/2011, DGS):

- › poucos sintomas (mMRC 0-1 ou CAT <10)
- › muitos sintomas (mMRC ≥2 ou CAT ≥10)

Para avaliar a história de exacerbações consideram-se como tais os eventos agudos que se caracterizam por uma deterioração dos sintomas respiratórios, para além das normais variações diárias, e que requerem uma alteração da medicação. O risco de exacerbações pode ser classificado em:

- › baixo (<= 1 exacerbação por ano e sem necessidade de hospitalização)
- › alto (>=2 exacerbações por ano ou >= 1 com necessidade de hospitalização)

A gravidade da DPOC deve ser registada no processo clínico do utente.

A FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO ABCD ATUALIZADA

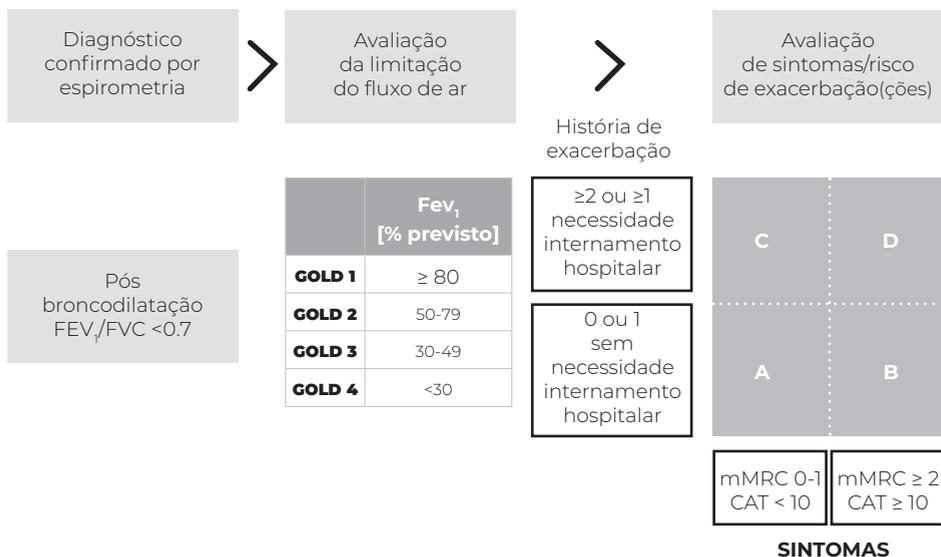


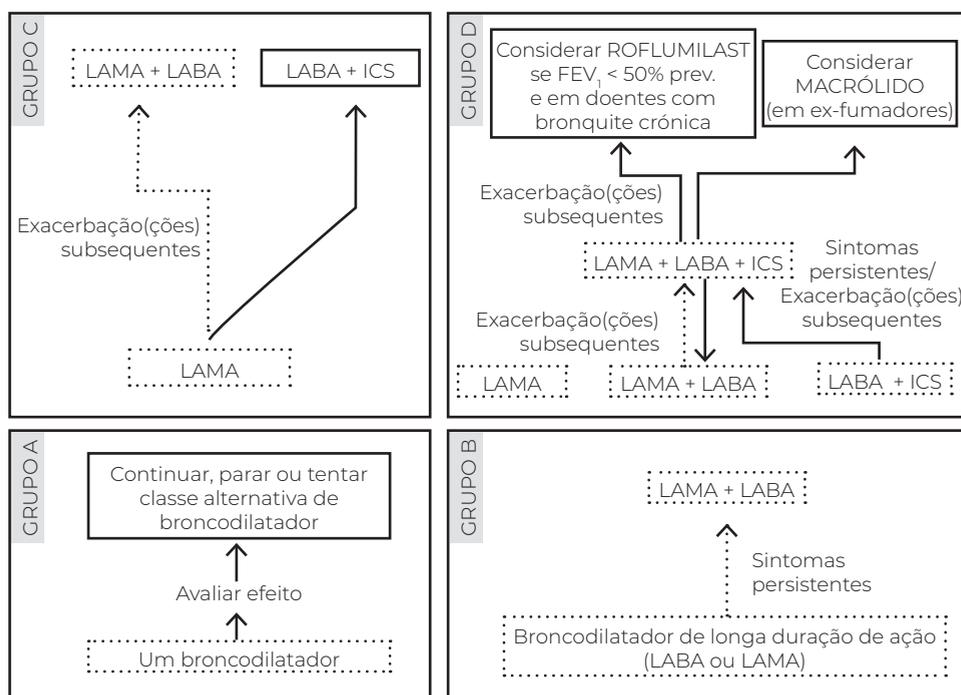
Figura 9. Classificação GOLD

ANEXO 2

Terapêutica Farmacológica

ALGORITMOS DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO POR GRAU GOLD

(caixas e setas destacadas a pontilhado indicam vias de tratamento preferenciais)



Em doentes com maior discrepância entre os sintomas e a gravidade de limitação do fluxo de ar é recomendada uma avaliação subsequente.

Figura 10. Algoritmos de Tratamento Farmacológico por grau GOLD

Responsabilidade:

É da responsabilidade de toda a equipa de saúde e do utente.

Metodologia:

1. O PIC da pessoa com DPOC foi elaborado para ser preenchido pelo utente, para que o mesmo se sinta envolvido e responsabilizado pela sua saúde.
2. O Gestor de Caso é o profissional de saúde. A este compete:
 - › Entregar o PIC ao utente na primeira consulta após o diagnóstico de DPOC
 - › Explicar ao utente como o deve preencher
 - › Participar e guiar o utente no seu preenchimento
 - › Rever o PIC com o utente em todas as consultas e usar esse momento para investir na literacia em saúde
3. A todos os restantes profissionais de saúde envolvidos no percurso do utente com DPOC compete:
 - › Incentivar, motivar e responsabilizar o utente pelo preenchimento do PIC, principalmente nos aspetos relacionados com a sua área de intervenção.
 - › Consultar/Rever o PIC com o utente em todas as consultas.
4. Nos campos “Onde estou?”, “Como me Sinto?” e “Como vou fazer?” encontra-se espaço em aberto para dar liberdade ao utente para expor o que o preocupa e as atitudes que quer tomar em relação a isso, contudo, foram introduzidos alguns parâmetros como avaliação de sinais vitais, avaliação da dispneia, registo da evolução do valor Fev1, que devem ser explicados ao utente como sendo um guia condutor de autoavaliação da sua doença.
5. Para o plano de cuidados, o utente deve identificar um problema no seu processo de saúde/doença, estabelecer objetivos, atividades, frequência das atividades e definir uma meta de resolução. Ressalva-se que os objetivos devem ser negociados entre a equipa de saúde e o utente, devendo-se inculir ao utente as boas práticas da pessoa com DPOC, de modo a que o mesmo tenha a noção daquilo que deverá alterar no seu dia-a-dia.

Exemplo:



Como me sinto?		Como vou fazer?						
Data início	Problema identificado	Objetivos	Atividades a que me proponho	Frequência	Meta	Avaliação (indicar data e descrever situação atual: A - Atingido; PA - Parcialmente Atingido; NA - Não Atingido)		
1/01/2018	Cansaço fácil ao subir escadas	Ser capaz de subir e descer escadas sem ficar com falta de ar	Participar no programa de reabilitação respiratória	3x semana	3 meses	NA 8/1/2018	PA 1/3/2018	A 1/4/2018
1/01/2018	IMC acima da média	Perder 4kg	Cumprir plano alimentar	diário	2 meses	PA 1/2/2018	A 1/3/2018	

Figura 11. Plano Individual de Cuidados adaptado à pessoa com DPOC

REFLEXÃO FINAL

Muitos têm sido os momentos de discussão e os atores sociais a apelar à necessidade de medidas concretas e práticas que procurem a sustentabilidade do SNS. Sabemos sobejamente o que fazer mas nem sempre como o fazer.

Por este motivo, temos assistido um pouco por todo o país ao emergir de várias fórmulas, de vários modelos por vezes sobreponíveis, na procura de uma efetiva melhoria das práticas assistenciais a par com uma relação favorável custo-benefício que ajude a superar o peso demográfico (o envelhecimento populacional), o peso das doenças crónicas (com multimorbididades) e a utilização frequente dos cuidados de saúde (por doença aguda ou agudização da doença crónica).

Com a implementação do Projeto-piloto SNS+ Proximidade, testemunha-se a efetividade e o sentido de valor que as novas respostas ao nível da acessibilidade, da comodidade e celeridade dos serviços geram perante a pessoa.

Somos mesmo tentados a declarar e a prever que o conceito de “hospitalocentrismo” tenderá a cair em desuso, na visão das novas medidas de gestão em saúde, para deste modo ser substituído pelo silogismo do “homocentrismo”.

O Projeto-piloto é a prova de que, as instituições norteadas pela transposição de uma setorização vertical, revertem a noção de “gasto em Saúde” para a certeza de investimento em Saúde.

Com a publicação do livro, no qual figuram instrumentos de trabalho, adaptativos ao ambiente interno e externo das equipas e de natureza organizativa referente a processos-chave (valorativos dos percursos das pessoas no SNS), pretendemos contribuir para a melhoria da capacidade da rede e da sustentabilidade dos cuidados de saúde.

No momento de reflexão final, gostaríamos de alertar para quatro pressupostos intransponíveis na mudança de paradigma que busca a centralidade na pessoa, a valorização dos seus percursos e a sustentabilidade do SNS:

(1) o respeito pela pessoa. O respeito traduz-se em todo o processo de planeamento e de implementação estratégica, no considerar a pessoa soberana nas suas escolhas e, que o faz com base no conhecimento e experiência que tem disponível. Com este pressuposto, responsabilizámo-nos desde o início por assegurar que a comunicação/organização dos serviços seria congruente, honesta e transparente, geradora de segurança pela garantia de qualidade e acesso, respeitando sempre a livre escolha. Só estabelecendo uma relação de confiança entre os serviços de saúde e a pessoa se torna possível à própria escolher o melhor para si. Ajudamo-la a definir o seu percurso, na escolha pelo que é mais adequado à sua situação saúde/doença.

Neste sentido, a pessoa pode tornar-se o principal *locus* de controlo do seu percurso, desde que lhe sejam concedidas oportunidades suscitadas pela própria organização do sistema de cuidados, que reconhece a transmissão de competências de autogestão pelos profissionais de saúde, porque só neste estadió de desenvolvimento da gestão da saúde/doença se poderão exigir-lhe responsabilidade.

(2) a escuta ativa dos profissionais de saúde é a base da mudança. Os profissionais de saúde conhecem as suas organizações, reconhecem (quando estimulados para tal) como podem fazer melhor com os recursos existentes. Às lideranças compete escutar e concretizar a integração de sugestões/ideias/projetos de forma que os diversos contributos, aparentemente fragmentados, adquiram um novo sentido no desenho do percurso da pessoa no SNS.

(3) o desenvolvimento estratégico no setor da saúde é um processo biunívoco quando analisado na perspetiva da sua dinamização e implementação. Com isto queremos dizer que, se por um lado é fundamental a criatividade e a adesão dos profissionais de saúde por outro, o apoio da tutela consiste num pilar fundamental na concretização das intervenções planeadas.

(4) o sistema é dinâmico e multifatorial pelo que é imprescindível intervir em quatro dimensões em simultâneo. A reorganização da oferta dos Cuidados de Saúde Primários traduzível na melhoria da acessibilidade pela reestruturação dos processos de trabalho em equipa; aumento da resolubilidade dos CSP de forma que a pessoa percecione que obtém uma resposta adequada às suas necessidades nos cuidados de proximidade, através de parceria com os cuidados hospitalares na internalização de MCDT e de investimento em tecnologia *point of care*; promoção da dimensão da literacia em saúde, de forma que os profissionais de saúde se constituam como principal veículo e que as pessoas fiquem capacitadas para uma escolha mais adequada dos serviços/recursos ao seu dispor; e a dimensão da articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares na estruturação conjunta de serviços, sobretudo naqueles em que podem maximizar a capacidade instalada, obter ganhos de eficiência, mas sobretudo que reorienta a pessoa nos percursos e que promovam cuidados de proximidade.

Podemos afirmar que nos encontramos perante um modelo de intervenção no sistema que abrange quatro dimensões. Contudo, lançamos aqui o desafio para a necessidade de evoluirmos no futuro para a integração de uma quinta dimensão – *Rewarding Healthy Behavior*.

O conhecimento e experiência que pretendemos partilhar com o presente livro não se encerra em si mesmo. Consiste numa evidência de como promover a mudança organizacional, de como trabalhar em rede no SNS, num contributo para a sua sustentabilidade.

A ênfase é sobretudo no COMO, embora saibamos que a maioria das vezes as atenções recaem exclusivamente na procura dos resultados finais. Não querendo negar a importância destes últimos, atendendo à relevância da necessidade de sabermos como fazer, foram aqui apresentados indicadores de processo.

Mais do que nos fixarmos num único propósito ou mudança, o livro aventura-se como uma forma de partilhar como promover parcerias, cuidados, recursos e de assegurar que a pessoa terá a resposta às suas necessidades em saúde, em tempo oportuno. A evidência sugere que, em oposição às intervenções isoladas e descoordenadas, os cuidados planeados, proactivos e integradores de níveis podem conduzir a uma melhor qualidade de vida, à redução de custos e a melhores resultados em saúde. Apenas uma abordagem abrangente e transsetorial, através do *continuum* da promoção da saúde, prevenção e gestão da doença com intervenções dirigidas pode reunir todos os fatores críticos de sucesso.

Posfácio

por Pimenta Marinho

Na introdução deste livro, pode ler-se que *"se quiseres ser escritor, escreve"*. Sendo verdade, será de acrescentar: *"escreve para não ficar esquecido"*.

A integração de cuidados, a valorização do percurso da pessoa no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a acessibilidade aos cuidados de saúde e a medicina / saúde de precisão constituem, entre outros aspetos, assuntos que serão muito debatidos nos próximos tempos com vista à satisfação dos anseios e necessidades das populações, mas também com o objetivo de manter o SNS sustentável. As populações estão cada vez mais esclarecidas, mais exigentes e isso obrigará os governos – por antecipação ou de forma reativa - a tomar medidas para irem de encontro às mudanças entretanto ocorridas, seja na demografia, seja na revolução digital em curso, seja na sustentabilidade do SNS. O mundo está a mudar muito rapidamente. Apesar de muitos especialistas dizerem que, por exemplo, o perfil de ADN dentro de 10 anos formará parte do historial clínico em todo o mundoⁱ, há questões muito mais simples que ainda não fomos capazes de ultrapassar e resolver.

Há muitos anos que, pelo menos os profissionais de saúde e os gestores discutem a articulação de cuidados e procuram, com a sua perceção e entrega, resolver alguns dos constrangimentos que sabem existir, que estão identificados e que, se solucionados, tornariam a vida dos doentes muito mais fácil. Mas a importância e a prioridade atribuídas a estas áreas nem é constante, nem, na maior parte das vezes, é consequente.

Apesar de termos um dos melhores SNS do mundo, continuamos a constatar que é muito difícil os doentes *circularem* neste emaranhado de referências, de níveis de cuidados, de unidades funcionais e organização de prestadores que pouco ou nada dizem aos cidadãos. E depois quando analisamos

ⁱ *Monitorización Continuada de la Maquinaria Humana*, Jason Teart, NGM; Kelsey Noakowski, National Geographic.

o papel dos pacientes na decisão clínica, quem, quando e como é abordada? E nem será necessário referir a abordagem no dia a dia das consultas que, essa sim, em regra é relativamente pacífica.

Por isso esta experiência do Agrupamento de Centros de Saúde Barcelos Esposende, aqui muito bem retratada, é um importante passo, que muito ajudará Estudos futuros para as necessárias reformas dos cuidados de saúde primários. Pode também contribuir para o lançamento da discussão de uma verdadeira reforma hospitalar, imprescindível para o sucesso do SNS.

Quando se começou a discutir o SNS + Proximidade, a preocupação era a utilização indevida dos Serviços de Urgência, em particular pelos doentes triados como azuis e verdes pelo sistema de Triagem de Manchester. Havia muito *pensamento* feito sobre dificuldades existentes e estavam ainda identificadas outras variáveis que poderiam, se estivessem resolvidas ao longo de vários anos, se não décadas, ajudar a mudar e a renovar o SNS.

À medida que se foram discutindo as ideias e que se foi trabalhando no projeto até ao lançamento do SNS +Proximidade, apesar de muitas indefinições ou pelo menos dificuldades na nossa perceção dos objetivos e dos caminhos a seguir, criou-se a expectativa de que era possível dotar as unidades de saúde de todos os meios e equipamentos indispensáveis à renovação do SNS, quer na área dos recursos humanos, quer no fornecimento de equipamentos, quer com novas tecnologias.

E foi neste contexto que as diferentes estruturas de saúde da Região foram trabalhando tendo em conta essas realidades e esses objetivos. E o ACeS (Agrupamento de Centros de Saúde) de Barcelos Esposende e o Hospital de Santa Maria Maior não estiveram à espera de ter todos os problemas resolvidos. Estudaram, cooperaram, planearam e resolveram as dificuldades. E por isso o SNS + Proximidade apresentou caminhos e soluções e deu resultados, como tão bem descrevem e apresentam.

A prestação de cuidados está numa encruzilhada que necessita de ser desenrolada.

Em primeiro lugar temos novos pacientes: a juventude de hoje não vê a procura e o acesso aos cuidados da mesma forma que a geração dos 60 ou 70 anos. Temos maior esperança de vida, temos mais e novas doenças e outros problemas de saúde mais complexos, temos mais informação e conhecimento, temos mais tecnologia. Apesar disso tudo, ainda temos muita pobreza e desigualdade social. E muita iliteracia. E muita burocracia. E uma participação muito débil da sociedade na discussão séria dos problemas da saúde. E temos, a nível dos cuidados de saúde primários, um modelo muito interessante, mas que necessita de ser aperfeiçoado, renovado e refundado para dar resposta às solicitações e necessidades atuais.

Hoje os especialistas de MGF e os enfermeiros e os assistentes técnicos são muito melhores, com mais formação e mais preparados para responder às necessidades dos cidadãos. E os doentes são diferentes. Mas continuamos a trabalhar como se nada tivesse mudado no mundo, nem na sociedade, a não ser a colocação de umas aplicações informáticas que muitas vezes trazem mais complicações aos cidadãos e aos profissionais do que ajuda. Por isso é fundamental refundar o modelo de MGF que praticamos, envolvendo a nova geração de jovens que está nos ACeS, naturalmente

aproveitando a experiência e o saber de quem durante muitos anos pensou, idealizou e colocou em prática aspetos fundamentais da MGF.

A nível da articulação de cuidados primários e hospitalares padecemos do mesmo problema: temos mais tecnologia, mais informatização, pacientes mais preparados e informados e continuamos com o mesmo tipo de organização de consultas, de triagem de acesso a cuidados e a “articular” como há mais de 10 anos, onde algo tão simples como telefonar demora tanto tempo que parece demorar uma eternidade.

Podemos ter todos os recursos, ou não ou ter todas as tecnologias, mas o modelo de articulação e de funcionamento hospitalar em quase nada mudou. Salvaguardam-se experiências pontuais que acabam mesmo por quase nem terem expressão mediática. E mesmo os casos de telemedicina existentes, salvo casos muito pontuais como o Telerrastreio Dermatológico, surgem mais pela pressão dos profissionais do que por políticas nacionais e transversais pensadas e articuladas.

Aguarde-se para ver o que nos traz a experiência da hospitalização domiciliária, iniciada de forma muito pontual em 2018, de forma a que seja introduzida de forma integrada entre as diferentes unidades funcionais para evitar duplicação de atividades de prestação de cuidados, e para ajudar na simplificação de processos e da vida dos doentes.

Esta avaliação e prestação de contas, mostra que podemos estar muito satisfeitos com o trabalho desenvolvido ao longo destes dois anos pelo ACeS e pelo Hospital de Santa Maria Maior nestas áreas, trabalho que inicia um percurso que pode contribuir para termos um SNS com mais proximidade, que reconheça a importância dos profissionais e envolva os pacientes nos processos de decisão clínica.

janeiro de 2019

SNS, o tempo de um renascimento

Contributos para a Integração de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares

SOFIA LEAL
ADRIANA TAVEIRA

Sobre a obra

O presente livro testemunha o desenvolvimento de um trabalho de equipa e de pensamento empreendedor na gestão de serviços de Saúde, assente nas dimensões de acesso aos cuidados de saúde, na ativação de processos de literacia e na requalificação de respostas assistenciais, constituindo-se como o resultado vivo de que muito se pode e deve fazer em prol da excelência e sustentabilidade do SNS.

Para a sua concretização, parte-se do projeto piloto entre o Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado III Barcelos/Esposende e o Hospital Santa Maria Maior E.P.E. de Barcelos delineando-se intervenções para a criação de “mais valor em saúde”. Na perspetiva da Teoria dos Recursos (Modelo VRIO), é abordada a análise do potencial de competitividade das instituições envolvidas e a necessidade de criação de alianças/parcerias que superem a setorização de cuidados de saúde. Um novo desafio impõe-se: o da mudança de paradigma sobre modelos de gestão de integração de Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares.

Sobre as autoras

Carla Sofia Sales Leal Araújo

Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, pelo ISCTE/INDEG. Pós-graduada em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa. Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil. Desde 2006 com funções de gestão intermédia no Centro Hospitalar de S. João EPE, desde 2016 exerce o cargo de Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado III – Barcelos/Esposende.

Adriana Sofia Veiga Taveira

Mestranda em Gestão das Unidades de Saúde, pela Universidade do Minho. Pós-graduada em Gestão e Administração em Saúde pela CESPU, Instituto Politécnico do Norte. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pela CESPU, Instituto Politécnico do Norte. Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Guarda. Enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado III – Barcelos/Esposende, desde 2002.

Também disponível em formato e-book



ISBN: 978-989-892-734-7



9 789898 927347

www.medicabook.pt

medicabook