
15 PROPOSTAS PARA MELHORAR A EFICIÊNCIA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CONTRIBUTOS DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



15 PROPOSTAS PARA MELHORAR A EFICIÊNCIA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CONTRIBUTOS DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Lisboa, abril 2013





Este documento foi redigido ao abrigo do Acordo Ortográfico.



Índice

ABREVIATURAS.....	05
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	07
1. ENQUADRAMENTO	11
2. TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS HOSPITALARES PARA A COMUNIDADE.....	13
2.1 - SAÚDE MATERNA.....	14
2.1.1 - Redução do número de cesarianas através da promoção do parto normal.....	14
2.1.2 - Alta precoce no parto normal.....	16
2.1.3 - Redução de episódios de urgência e de internamento por falso trabalho de parto.....	19
2.2 - A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA.....	21
2.2.1 - Incentivar e apoiar a transferência de cuidados para a comunidade.....	21
2.2.2 - Gestão de doentes crónicos com risco elevado de internamento	23
2.2.3 - Tratamento de úlceras de perna.....	25
2.2.4 - Melhorar as respostas ao nível dos Cuidados Continuados	27
2.3 - SAÚDE MENTAL	30
2.3.1 - Melhorar respostas comunitárias para doença mental instalada: continuidade de cuidados.....	30
2.3.2 - Prevenção de instalação da doença e da necessidade de internamento: deteção e intervenção precoce em situações de risco de instalação de doença.....	32
2.4 - REABILITAÇÃO PRECOCE	34
2.4.1 - Criação de Unidades de Tratamento de AVC	34
2.4.2 - Alta precoce em doentes com AVC	35
3. GESTÃO DA QUALIDADE E EFICIÊNCIA	36
3.1 - A QUALIDADE E A EFICIÊNCIA CLÍNICA.....	36
3.2 - EFICIÊNCIA ENERGÉTICA	38
3.2.1 - Redução do uso de energia nos hospitais do SNS até final de 2015	40
3.2.2 - Melhor gestão dos lixos produzidos, em especial redução do lixo contaminado e reciclagem do lixo viável para este fim.....	42
3.2.3 - Compra eficiente de material de bloco operatório e gestão adequada do consumo energético destas unidades.....	43
4. PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS.....	44
5. NOTA CONCLUSIVA	45





Abreviaturas

ACeS - Agrupamento(s) de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AVC - Acidentes Vasculares Cerebrais

BO - Bloco Operatório

CCISM - Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL - Equipas de Cuidados de Continuados Integrados

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESMC - Equipas de Saúde Mental Comunitária

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneo

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades de Saúde

IPO - Instituto Português de Oncologia

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

NHS - Serviço Nacional de Saúde Inglês

OCDE ou OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

LNEC - Laboratório Nacional de Engenharia Civil

LVT - Lisboa e Vale do Tejo

QIPP - Quality, Innovation, Productivity and Prevention

RN - Recém-nascido

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde



UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

ULS - Unidade Local de Saúde

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação



Sumário Executivo

A Ordem dos Enfermeiros (OE) associa-se ao debate nacional sobre o futuro do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Este documento apresenta 15 propostas concretas em resposta à intenção publicamente expressa pelo Ministério da Saúde de reduzir a oferta hospitalar na sua constatação de capacidade de produção em excesso, nomeadamente através da possível redução de camas hospitalares. Propostas adicionais poderão merecer a atenção da OE no futuro.

A OE vai, assim, ao encontro do previsto no memorando de entendimento com o Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia a respeito da proposta de transferência de recursos hospitalares para os Cuidados de Saúde Primários e cuidados pós-hospitalares, na intenção global de redução de custos como o SNS.

Ao longo do texto a OE apresenta 15 propostas que potenciam poupanças diretas e indiretas estimadas em vários milhões de euros e que podem traduzir uma redução importante dos gastos estruturais do SNS. Mais importante do que contabilizar o que se poupará com estas medidas, foi intenção deste documento apresentar um conjunto de propostas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, ao mesmo tempo que se reduz os custos do Estado, procurando fazer mais e melhor com menos desperdício.

Ainda assim, analisando apenas **oito propostas cuja estimativa de redução de dias de internamento e de poupança financeira é possível realizar nesta altura e dentro dos objetivos deste documento, é possível identificar uma redução superior a 165 mil dias de internamento e 18,6 milhões de euros de custo para o SNS por ano.** Os valores apresentados estão claramente subestimados pois não conseguem avaliar a poupança indireta obtida com estas medidas e a poupança direta e indireta das restantes sete propostas que se traduzem numa mudança estrutural da prática assistencial em Portugal, incidindo nos cuidados na comunidade, na promoção da saúde dos cidadãos, na qualidade e na eficiência das instituições de saúde.

As propostas visam garantir elevados níveis de qualidade, melhor aproveitamento das competências dos profissionais do SNS e a criação de valor no sistema de saúde.

Devem seguir-se análises mais aprofundadas no potencial impacto das propostas e na sua operacionalização que necessitará de uma elaboração detalhada para além do âmbito deste documento.

A OE está disponível para apoiar a operacionalização das propostas apresentadas.

As 15 medidas propostas estão divididas em três temas recorrentes das políticas de saúde nos sistemas de saúde ocidentais durante as duas últimas décadas:

- A transferência de recursos hospitalares para a comunidade e cuidados de proximidade (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e cuidados domiciliários);
- A definição de uma política nacional para a qualidade na Saúde;
- A melhoria do planeamento dos recursos humanos na Saúde e utilização das novas competências existentes;

Em relação a cada um dos temas, apresenta-se, de seguida, um sumário das medidas propostas.

- A transferência de recursos hospitalares para a comunidade e cuidados de proximidade (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e cuidados domiciliários);

Neste capítulo são apresentadas 11 propostas - três relativas à **Saúde Materna**; quatro relativas à gestão da pessoa com doença crónica; duas relativas à área da Saúde Mental; e duas relativas à reabilitação precoce.

A redução obtida no âmbito da **Saúde Materna** baseia-se na redução do número de cesarianas através da promoção do parto normal; na alta precoce no parto normal e na redução dos internamentos por falso trabalho de parto. **Estas três medidas permitiriam uma redução de 47.156 dias de internamento e cerca de 4,13 milhões de euros anuais.**

No âmbito da **gestão da doença crónica** propõe-se novas formas de incentivar e apoiar a transferência de cuidados para a comunidade, introduzir modelos de gestão de doentes crónicos com risco elevado de internamento; introduzir boas práticas no tratamento de úlceras de perna e que se promova a melhoria das respostas ao nível dos Cuidados Continuados. **A estimativa de poupança de três destas quatro propostas previa uma redução de 32.203 dias de internamento hospitalar e de cerca de 9,48 milhões de euros anuais.**

No âmbito da **Saúde Mental** propõe-se que sejam melhoradas



as respostas comunitárias para doença mental instalada e que se previna a instalação da doença mental e da necessidade de internamento através da deteção e intervenção precoce em situações de risco de instalação de doença mental. **Nesta área não foi possível quantificar os ganhos, sem correr o risco de cair em erros grosseiros. Neste sentido, foram apresentados os ganhos em qualidade obtidos com estas propostas.**

As propostas relativas à **reabilitação precoce** centram-se essencialmente nas pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) através da criação de Unidades de Tratamento de AVC, conforme indicação da *European Stroke Organization*, e na alta precoce destes doentes, com a reabilitação a ser realizada na comunidade. Não sendo possível identificar diretamente os ganhos financeiros destas medidas, consegue-se ainda assim **estimar ganhos em qualidade e uma redução de 85.965 dias de internamento hospitalar anual.**

b) Definição de uma política nacional para a qualidade e eficiência na Saúde;

Neste capítulo a OE propõe ao Ministério da Saúde a criação de uma estrutura especialmente dedicada a melhorar a qualidade e eficiência do SNS que esteja dotada de meios adequados a um trabalho efetivo e para a qual seja transferida a responsabilidade de criar e gerir as normas de orientação clínica e o poder para a auditoria da sua aplicação, estando interligada com o estabelecimento de contratos-programa com as instituições.

Esta estrutura deve criar ainda metas de poupança através da promoção da qualidade, inovação, produtividade e prevenção em saúde.

A segunda proposta deste capítulo propõe uma abordagem sistemática e obrigatória da eficiência energética nas instituições do SNS, principalmente nos hospitais, considerando que um hospital com 200 camas que utilize 7 milhões kW por ano é responsável por um impacto na saúde pública de 770 mil euros por ano e 82 mil euros em custos diretos em cuidados de saúde, o significa que uma redução de 10% deste consumo poderia conduzir a poupanças anuais de 4,5 milhões de euros de impacto em saúde e 480 mil euros de redução de custos diretos dos hospitais.

Acresce que a mais-valia de investir em instituições de saúde com eficiência energética e amigas do ambiente não se esgota na prevenção de doenças futuras, podendo contribuir significativamente para inverter a curva de crescimento dos gastos em cuidados de saúde.

c) A melhoria do planeamento dos recursos humanos na Saúde e utilização das novas competências existentes;

As poupanças referidas nos capítulos anteriores só serão viáveis se forem acompanhadas de um planeamento estratégico de recursos humanos no setor da Saúde. Reduzir camas hospitalares só reduz custos se a estrutura for igualmente reduzida e adaptada às novas necessidades. Ou seja, importa que o Ministério seja capaz de aproveitar as camas disponibilizadas para repensar a organização dos seus serviços.

Caso isto não ocorra, o custo por doente poderá aumentar, originando uma utilização menos eficientes dos recursos. Existe contexto internacional, nomeadamente através de fundos europeus no âmbito do plano de ação da Comissão Europeia para os recursos humanos em Saúde que podem e devem ser aproveitados por Portugal neste sentido.

Este documento tem como intenção apresentar propostas e sugerir alguns caminhos de mudança. Não se apresenta nem tem a intenção de ser uma análise sistemática da literatura ou uma avaliação de impacto de cada intervenção, embora cada uma destas propostas seja enquadrada nas suas justificações técnicas e evidências nacionais e internacionais.

Espera-se com este documento iniciar um novo debate sobre as ineficiências do Estado, em particular da área da Saúde.





1. Enquadramento

A crise financeira mundial tem exigido um esforço considerável de contenção em vários países, mas tem-se feito sentir em especial na Europa. Portugal, no âmbito da intervenção externa que solicitou tem pedido aos portugueses um esforço de contenção significativo. A Ordem dos Enfermeiros não está alheia a este esforço e responde ao desafio colocado pelo Governo com propostas de aumento de eficiência no Serviço Nacional de Saúde.

No discurso político em Portugal tem sido frequente a alusão à necessidade de «cortar nas gorduras do Estado». Em paralelo as ineficiências em Saúde são um tema comum no debate social, mas que raramente tem produzido planos abrangentes de combate a estas ineficiências. O presente documento constrói-se com base na necessidade de reduzir estas ineficiências, incidindo nos gastos de estrutura e processo e nas poupanças possíveis de alcançar neste campo.

São abordadas neste trabalho três áreas onde é possível reduzir os custos ao mesmo tempo que se alcançam melhores resultados em saúde: a transferência de cuidados para a comunidade, a gestão da qualidade e eficiência clínica e a eficiência energética. Contudo, a verdadeira redução de custos com ganhos em qualidade só ocorre se existir um planeamento estratégico dos recursos humanos no SNS, que permita que os profissionais onde são mais necessários.

A transferência de cuidados hospitalares para cuidados na comunidade permite a redução de camas hospitalares ao mesmo tempo que reduz custos, riscos de eventos adversos associados aos cuidados de saúde e permite alcançar ganhos em saúde. Para que esta redução tenha lugar propõe-se a intervenção em quatro áreas: Saúde Materna; gestão da doença crónica; Saúde Mental e reabilitação. Em cada uma das áreas serão abordadas propostas onde é possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão da qualidade e eficiência nos cuidados de saúde, em especial no Serviço Nacional de Saúde, reveste-se de especial importância considerando a necessidade de reduzir custos, mas essencialmente reduzir iniquidades no acesso e na qualidade dos cuidados usufruídos por cada utilizador do SNS e em consequência nos resultados em saúde. Nesta área será abordada a necessidade de uma abordagem integrada e intencional da qualidade, bem como a eficiência energética no âmbito das unidades do SNS, em especial das instituições hospitalares. Estas unidades são grandes consumidoras de recursos energéticos, significando gastos elevados nesta área e um contributo para uma significativa pegada ambiental que

se traduz no aumento da carga de doença dos portugueses.

Por último, a transferência de cuidados para a comunidade deve levar a uma transferência semelhante de recursos humanos especializados para este nível. Neste sentido importa analisar e intervir estrategicamente no planeamento de recursos humanos para garantir que profissionais especializados sejam utilizados do modo mais eficiente possível.

Para realizar este trabalho identificou-se a literatura nacional e internacional sobre a matéria e foi envolvido o Conselho de Enfermagem e Colégios de Especialidade desta Ordem, cujas propostas são a base deste documento.

Este documento tem como intenção apresentar propostas e sugerir alguns caminhos de mudança. Não se apresenta nem tem como intenção ser uma análise sistemática da literatura ou uma avaliação de impacto de cada intervenção. Acredita-se que a sinalização de áreas de intervenção pode permitir escolhas sobre as propostas que interessa aprofundar. A Ordem dos Enfermeiros, em conjunto com o Ministério, demonstra-se disponível para este processo de análise, escolha e aprofundamento das propostas que venham a ser consideradas adequadas.





2. Transferência de Cuidados Hospitalares para a Comunidade

Em muitos países os cuidados hospitalares absorvem entre 50 a 66% das despesas estatais em Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde¹ (OMS, 2010). É conhecido que Portugal não foge a esta proporção, pelo que importa analisar a adequação deste método destes gastos e identificar formas de os reduzir.

Walley *et al.* (2006)² estimavam que 25% da capacidade de internamento no Reino Unido era utilizada de forma inútil. Para os autores a variação na procura é previsível e não é resolvida com o aumento reativo da capacidade, passando a solução pela identificação prévia dos picos de afluência e na mudança de processos por parte dos serviços e dos profissionais de saúde.

No mesmo sentido, o Relatório Mundial de Saúde de 2010 da OMS apresenta 10 causas de ineficiência nos serviços de saúde entre as quais se encontra a ineficiência associada às admissões hospitalares e duração dos internamentos. Este importante documento internacional considerava que o motivo para este tipo de ineficiência se encontrava na inexistência de formas de tratamento alternativo, em incentivos insuficientes para reduzir as admissões e no conhecimento limitado das melhores práticas, sugerindo como forma de resolução a disponibilização de alternativas de tratamento, alterar os incentivos de pagamento aos hospitais e aumentar o conhecimento sobre práticas eficientes de admissão.

Uma revisão às práticas internacionais revelou que o número de camas continua a ser a unidade preferida para o planeamento dos cuidados hospitalares, designadamente na Finlândia, Alemanha e na maior parte das províncias do Canadá. Apenas a Inglaterra e a França se direcionam para o planeamento dos serviços pelo volume e atividade, embora a ocupação das camas e o respetivo rácio por população persista como métrica predominante no planeamento da capacidade hospitalar.

Contudo, nem o número de camas nem a taxa de camas ocupadas permitem uma boa medição dos serviços prestados dentro do hospital, pela grande variação no

casemix, nos custos associados aos tratamentos de cada doente, na qualidade e nos resultados obtidos.

Em 2008 o Governo Português agiu administrativamente impondo uma orientação muito concreta sobre um programa de encerramento de camas que deveria atingir os 15% do parque hospitalar total. Tal facto levou ao encerramento de algumas camas sem ser possível identificar uma repercussão real e proporcional na despesa em Saúde e no número de unidades ou sectores de hospitais. Aceitando que o número de camas não influencia diretamente o financiamento (considerando que este se baseia num sistema de classificação de doentes internados que agrupa doentes pelo consumo de recursos), facilmente se constata que a diminuição de camas que tem ocorrido nos últimos anos não tem tido uma repercussão proporcional na diminuição da despesa.

Em 2006, a análise da antiga *Healthcare Commission* sobre o excesso de capacidade nos cuidados hospitalares no Reino Unido confirma esta afirmação, concluindo que, independentemente do número de camas disponíveis, estas acabam por ser ocupadas pela admissão de mais doentes ou pelo prolongamento dos tempos de internamento. Aliás a indução da procura pela oferta é uma característica bem conhecida da Economia da Saúde.

A estes fatores acresce o custo das tecnologias de saúde, nomeadamente de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica que sobrecarregam os custos de uma internamento hospitalar, permitindo afirmar que a ineficiência aumenta quando serviços hospitalares dispendiosos substituem serviços de Cuidados de Saúde Primários (Farrington- Douglas e Brooks, 2007³).

Em 2010, os hospitais públicos portugueses internaram 814.143 doentes, com uma demora média de aproximada de 7,83 dias, por doente, o que corresponde a 6,3 milhões de dias de internamento⁴. Os nove hospitais com melhor média de dias de internamento registam uma demora média total de 6,5 dias. Esta demora média está a aumentar, sendo

¹ OMS; Relatório Mundial de Saúde (2010) - <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.

² Walley P, Silvester K, Steyn R.; Managing variation in demand: Lessons from the UK National Health Service. *Journal of Healthcare Management* 2006; ISSN 1096-9012.

³ Farrington-Douglas; Brooks, Richard - *The Future Hospital: The Politics of Change*, Institute for Public Policy Research, Londres, 2007.

⁴ Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar; Relatório Final (2011), disponível em: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf.



que em Outubro de 2012 correspondia já a 7.92 dias⁵. Em igual tendência segue o número de doentes internados no SNS que correspondeu a 850.159 internamentos em 2011 segundo os últimos dados publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)⁶.

Aceitando que seria possível transferir para a comunidade o tratamento a 1% dos doentes (evitando o internamento) seria possível reduzir mais de 67 mil dias de internamento por ano⁷. Se fosse possível reduzir para 7 dias a demora média de internamento obtinha-se uma redução superior a 780 mil dias com uma redução inferior a 1 dia de internamento médio⁸.

Ao longo das páginas que se seguem serão apresentadas 15 propostas que permitem ultrapassar largamente os valores referidos. O foco das propostas é reduzir o tempo de internamento e em consequência a necessidade de camas hospitalares disponíveis, ao mesmo tempo que se mantém ou melhora a qualidade.

2.1 - SAÚDE MATERNA

2.1.1 - Redução do número de cesarianas através da promoção do parto normal

O trabalho de parto e o parto são o motivo mais frequente para o internamento hospitalar no SNS português, segundo os dados do movimento assistencial divulgados pela ACSS. Neste contexto, esta é uma área de eleição quando é necessário aumentar a eficiência, reduzir custos e diminuir os dias totais de internamento.

O Relatório Mundial de Saúde de 2010 da OMS revelava que apenas 14 em 137 países analisados reportavam taxas de cesarianas dentro dos níveis recomendados (entre 10

a 15%) e que o excesso na realização deste procedimento representava gastos muito relevantes para os sistemas de saúde.

É conhecida a taxa elevada de cesarianas realizadas em Portugal. Os dados apresentados pelos dados de saúde da OCDE de 2012⁹ referia que em 2010 se realizaram no nosso País 330 cesarianas por mil nados vivos, mais do dobro do número de cesarianas realizadas em países como a Islândia, a Finlândia, Israel, Noruega ou a Suécia.

Este valor, significativamente elevado, é ainda superior quando se olha para os valores da estatística interna¹⁰, revelando para 2009 um total de 36,4 cesarianas por 100 nados vivos. A análise da variação entre regiões¹¹ permite ainda identificar que a região Norte realiza quase o dobro de cesarianas que a região do Alentejo.

O recente Despacho n.º 3481/2013 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vem enquadrar esta proposta, contudo, a redução da percentagem de cesarianas não deverá ocorrer à custa de mais intervenções que forcem o parto vaginal aumentando o risco de cesarianas de urgência. Este caminho pode conduzir a resultados contrários ao esperado criando maior morbilidade materna e fetal e em última análise maior mortalidade.

Descrição da proposta:

REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS PARA 20%, ATRAVÉS DA PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL, ATÉ 2015.

A intervenção nesta área visa reduzir a percentagem de cesarianas que são realizadas no País para 20%, através da promoção do parto normal.

Para o fazer é necessário envolver os intervenientes no nascimento em Portugal, nomeadamente médicos obstetras e enfermeiros especialistas em Saúde Materna e

⁵ ACSS; Documento Síntese Monitorização mensal da atividade assistencial; outubro 2012 http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20121207_monitorizacao%20mensal%20atividade%20assistencial.pdf.

⁶ ACSS; Produção Nacional por GDH 2011; <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamento-PrestSa%C3%BAde/SClassifica%C3%A7%C3%A3oDoentes/GruposdeDiagn%C3%B3sticosHomog%C3%A9neos/Produ%C3%A7%C3%A3oNacional/tabid/922/language/pt-PT/Default.aspx>

⁷ Explicação do cálculo: Redução obtida em n.º de dias de internamento com 1% de redução de internamentos = Total de Internamentos 2011 x 1% x Média de dias de Internamento 2012.

⁸ Explicação do cálculo: Redução obtida em n.º de dias de internamento com redução da média de dias internamento de 7,92 para 7 = total de Internamentos 2011 x redução de 0,92 dias de internamento médio.

⁹ OECD; Health Data 2012 - <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.

¹⁰ Alto Comissariado para a Saúde; Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental (2001-2009); Julho 2011; http://impns.dgs.pt/files/2007/11/EvolucaoContinente_20Jul2011.pdf.

¹¹ Alto Comissariado para a Saúde; Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Avaliação de indicadores; Maio 2010; http://impns.dgs.pt/files/2007/11/Regioes_Meta_20Maio20103.pdf.



Obstétrica, analisando práticas e introduzindo as alterações necessárias, nomeadamente indicações mais restritas e restritivas do uso da cesariana. Importa ainda garantir a vigilância da gravidez e do trabalho de parto ao nível dos cuidados mais preventivos, utilizando o conhecimento especializados de Enfermagem que estão disponíveis no SNS.

O método de financiamento aos hospitais no que concerne ao parto tem vindo a ser alterado, nomeadamente com a metodologia para definição de preços e fixação de objetivos, constante no contrato-programa da ACSS para 2013¹² e com a portaria 163/2013 de 24 de abril que reduz a diferença de preços entre cesarianas e parto vaginal, assim como o preço de cada um destes internamentos. Ainda assim, seria importante ter a ambição de ir mais longe e incentivar o parto normal.

Benefícios:

Considerando a redução referida e os valores de 2011, ano em que se realizaram no SNS 23.256 cesarianas⁶ (cerca de 31,3% do total de partos), uma redução para 20% da percentagem de cesarianas no total de partos corresponderia a menos 8.403 cesarianas por ano no SNS.

Considerando que o internamento por cesariana é, em regra, um dia e meio a dois dias superior ao parto normal¹³, esta medida corresponderia a uma redução entre 12.604 a 16.806 dias de internamento hospitalar¹⁴ e à respetiva redução de pagamento de um Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) cirúrgico para um GDH médico. Ou seja, corresponderia a uma poupança estimada de 180 euros por parto, o que equivaleria a uma poupança anual estimada superior a 1,51 milhões de euros¹⁵.

Sintetizando, os benefícios seriam:

- Redução do tempo de internamento (partos vaginais têm tempos de internamento inferiores aos partos por cesariana);
- Ganhos em saúde para a mulher e recém-nascido amplamente descritos na literatura, mas onde se inclui

menor mortalidade materna, menor risco de complicações tromboembólicas, de hemorragia, de infeções puerperais e de complicações associadas à anestesia (mesmo as locais) e à ferida operatória¹⁶;

- Custos de financiamento inferiores em, menos, 1,51 milhões de euros anuais;
- Redução do número de camas necessárias;
- Maior proximidade com a população.

Recursos:

Esta é uma área onde o consenso não parece difícil de atingir. Neste sentido, importa reunir os parceiros com interesse na matéria para criar um plano de intervenção.

- *Ordem dos Enfermeiros; Pelo Direito ao Parto Normal - uma visão partilhada; 2012; <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Livro%C2%ABPeloDireitoaoPartoNormal-umaVis%C3%A3oPartilhada%C2%BBpublicadonoDialInternacionaldoEEESMOParteira.aspx>*
- *National Institute for Clinical Excellence - clinical guideline 132 - Caesarian Section; Novembro 2011; www.nice.org.uk/cg132*.

¹² ACSS; Contrato Programa 2013 - Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2012%2011%2030_Metodologia_HH_ULS_2013.pdf.pdf.

¹³ Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/14701/0000200124.pdf>

¹⁴ Explicação do cálculo: redução obtida em n.º de dias de internamento com redução da n.º de cesarianas = n.º cesarianas reduzidas x diferença de média de dias de internamento entre parto vaginal e cesariana.

¹⁵ Explicação do cálculo: valor de poupança = n.º cesarianas evitadas x a diferença de preço dos GDH de cesarianas e partos vaginais sem complicações (conforme Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril).

¹⁶ CAMPOS D.A., et al. - Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal. [em linha]. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, I.P. 2010. [Consult. 27/01/2013]. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf.



2.1.2 - Alta precoce no parto normal

Este subcapítulo do documento reúne as propostas para um pré-projecto de alta precoce da puérpera após parto normal e tem por base uma revisão sistemática da literatura sobre o tema.

Foi intenção analisar os procedimentos adotados principalmente nos países da Europa onde a realidade da assistência estatal na Saúde é mais próxima da realidade portuguesa. A realidade dos países da América do Norte fornece informação pertinente, embora a definição de «alta precoce» nestes países esteja fortemente influenciada por um financiamento de cuidados de saúde baseados em seguros privados.

A duração do internamento hospitalar pós-parto tem diminuído bastante no decurso dos últimos 50 anos. A revisão da literatura mostra que isto não trouxe aumento na morbilidade materna e que na sua generalidade a alta precoce da puérpera é segura. É portanto possível em todas as instituições de saúde com serviços de obstetrícia/maternidade, estabelecer objetivos para a implementação da alta precoce no parto normal. Estes objetivos devem ser monitorizados no decorrer do projeto.

A alta hospitalar ocorre no momento em que a puérpera deixa o hospital com destino ao domicílio ou ao local onde planeou o seu pós-parto. A maioria dos autores consultados define alta precoce quando esta ocorre antes das 48 horas pós-parto. Das várias realidades analisadas é possível entender que os procedimentos são muito variáveis com altas às 2, 6, 12 e 24 horas pós-parto.

Para que isto ocorra, o hospital e os recursos na comunidade devem desenvolver um robusto sistema de apoio que assegure que a transferência das mulheres e seus bebés para casa ou para o local onde vão ser apoiados seja centrada na mulher/casal e nas suas necessidades, contribuindo para uma transição suave para o exercício da parentalidade.

Durante a gravidez é importante que a vigilância pré-natal assegure informação adequada à mulher/casal e o seu envolvimento nos cuidados de saúde. A preparação da alta pode e deve ser iniciada durante a gravidez, em particular quando se fala de alta precoce, sendo uma opção da mulher/casal.

Descrição da proposta:

PERMITIR A ALTA PRECOCE (ANTES DAS 24H) A METADE DAS PUÉRPERAS COM PARTO VAGINAL SEM COMPLICAÇÕES, ATÉ 2015.

O que se sugere para Portugal é que a puérpera possa ter alta entre as 6 e as 24h, de acordo com o cumprimento dos critérios propostos, hora do dia a que ocorre a alta e encaminhamento para os recursos de apoio pós-parto.

Procedimento:

- Definir e verificar critérios de elegibilidade;
- Avaliação do bem-estar físico, psicológico e social da mulher e registo subsequente;
- Confirmação das pulseiras da mãe e recém-nascido e documentação da última mamada;
- Assegurar o preenchimento dos boletins de grávida e saúde infantil;
- Carta de transferência, com referenciação da puérpera ao enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) da comunidade para visita domiciliária;
- Confirmação da morada e contactos telefónicos;
- Fornecimento, por escrito, de eventuais marcações para serviços de apoio que tenham já sido efetuadas e contacto telefónico de apoio 24 horas (do próprio serviço).

Cuidados subsequentes:

- Visitas domiciliárias por EEESMO nas primeiras 24-48 horas após a alta;
- Proposta de esquema de visita domiciliária: dia 1, dia 3 e dia 5;
- As visitas domiciliárias devem manter-se durante o tempo que o enfermeiro responsável considere necessário;
- Encaminhamento para «cantinhos da amamentação» e outros serviços de apoio se necessário.



Proposta de critérios de elegibilidade:

- Gravidez normal e de termo e trabalho de parto e parto normais;
- Patologia prévia à gravidez (física ou psíquica) controlada;
- Vontade da mulher/casal;
- Condição física da mãe: observação obstétrica normal, estabilidade hemodinâmica e função vesical mantida;
- Adequado controlo da dor;
- Aleitamento materno estabelecido sem problemas ou necessidade de apoio e/ou vigilância;
- Embora não se considerem situações normais, considera-se que deverão ser elegíveis para este procedimento, desde que mantendo os restantes critérios, as situações de aborto tardio, morte fetal ou neonatal e recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) e RN entregue para adoção;
- Ausência de necessidade de apoio pelo Serviço Social.

Responsabilidade:

A responsabilidade da alta destas puérperas é do EEESMO.

Recomendações:

- Caracterização descritiva dos recursos comunitários após a alta (urgentes, emergentes e programados) - que serviços de apoio pós-parto estão disponíveis;
- Estabelecimento de indicadores de avaliação;
- Caracterização das necessidades da família e os apoios de que dispõe;
- Qualquer referenciação necessária para outros grupos profissionais ou setores deve acontecer antes da alta;
- Correta triagem e avaliação das situações de primíparas, mães jovens e mães solteiras;
- Atender às situações particulares de luto: aborto tardio, nado-morto, morte neonatal. A alta deve basear-se nas necessidades físicas e psicológicas. Algumas mulheres podem optar por manter o internamento, outras não. Em todos os casos deve ser disponibilizado apoio psicológico e também

visita domiciliária pós-parto EEESMO.

Benefícios:

nosso País para este GDH. Em 2011 realizaram-se no SNS 35.483 partos por via vaginal sem complicações⁶, se metade destas mulheres (cerca de 17.500) pudessem usufruir da alta precoce, o SNS reduziria cerca de 29.750 dias de internamento hospitalar, bem como os custos associados.

Com a alta precoce o tempo de internamento obtido seria menor que o limiar inferior de tempo de internamento definido para este GDH. Isto conduz a uma redução para metade do custo, ou seja para 146,23 euros por parto¹⁷, significando uma poupança anual superior a 2,56 milhões de euros¹⁸.

Outras vantagens:

- Menor taxa reinternamento;
- Menor incidência depressão pós-parto e ansiedade;
- Maior sucesso no aleitamento materno e na sua manutenção;
- Menor exposição a infeções hospitalares;
- Diminuição de custos e tempo de internamento hospitalar;
- Maior adequação da educação para a saúde.

¹⁷ Conforme Portaria n.º 163/2013 do Ministério da Saúde.

¹⁸ Explicação do cálculo: valor de poupança = n.º internamentos com tempo de internamento menor que o limiar inferior definido para o GDH 373 x preço previsto na portaria 163/2013.



[Hatem M *et al* (2009); Less, Liz (2011); Cargill Y; Jocelyne Martel M (2007)]¹⁹.

Desvantagens:

As desvantagens apontadas pelos diversos autores relacionam-se com o possível aumento de mortalidade e morbidade do recém-nascido, principalmente em mulheres primíparas.

Para prevenir esta desvantagem a literatura aconselha uma avaliação rigorosa da mulher e criança antes da alta precoce e acompanhamento domiciliário por EEESMO (Cargill Y; Jocelyne Martel M, 2007).¹⁹

Recursos:

O Ministério da Saúde e a Direção-Geral de Saúde (DGS) em colaboração com as Ordens Profissionais dos Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos, devem criar os instrumentos para a colheita e compilação da informação, dando suporte na implementação do processo.

¹⁹ - Hatem M; Sandall J; Devane D; Saltani H; Gates S - Midwife-led versus other models of care for childbearing. The Cochrane Collaboration; 2009; <http://apps.who.int/whl/reviews/CD004667.pdf>;
- Less, Liz - Timely Discharge from Hospital, Implementing nurse or midwife led discharge. Nursing Times 04.10.11; Vol. 107 ; n.º 39 / pág. 19; www.nursingtimes.net.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - Service des recommandations professionnelles et service évaluation économique ; Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile; Maio 2004.
- The Leeds Teaching Hospitals - NHS; Discharge Policy (Doncaster and Bassetlaw Hospitals; Wiltshire Community Health Services - maternity services).
- Diane J.; Madlon-Kay; Terese A. Defor - Maternal Postpartum Health Care Utilization and the Effect of Minnesota Early Discharge Legislation. The Journal of the American Board of Family Practice; July-August 2005; vol. 18 n.º 4; doi: 10.3122 / jabfm.18.4.307 / www.jabfm.org.
- Cargill Y; Jocelyne Martel M - Postpartum Maternal and Newborn Discharge. SOGC Policy Statement, n.º 190, Abril 2007; 29(4):357-379.



2.1.3 - Redução de episódios de urgência e de internamento por falso trabalho de parto

A incapacidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de intervenção nesta área tem gerado deslocações, episódios de urgência e internamentos desnecessários nos serviços de obstetrícia, situação que deve ser acompanhada considerando o crescente distanciamento das maternidades das populações.

A reorganização e concentração de maternidades dos últimos anos distanciaram a resposta em cuidados de saúde especializados às grávidas, sem salvaguardar alternativas adequadas de proximidade que assegurem a vigilância do bem estar-materno-fetal a partir das 28 semanas de gestação, avaliação e diagnóstico de início de trabalho de parto, para além do acompanhamento personalizado que reduz substancialmente a ansiedade geradora da procura dos serviços de saúde.

Este aumento da distância promove um número elevado de falsas urgências e internamentos desnecessários em fase latente de trabalho de parto, condicionando o aumento da taxa de indução de trabalho de parto e promovendo intervenções desnecessárias, o que resulta muitas vezes num incremento da taxa de cesarianas.

Apesar de ao longo dos anos o número de falsas urgências registadas ter vindo a decrescer, desconhece-se o número de internamentos em trabalho de parto ativo e o impacto de procedimentos de indução do parto que seriam desnecessários com um acompanhamento adequado nos Cuidados de Saúde Primários.

Deve ainda ser considerado o custo com o transporte da grávida, que recorre regularmente ao INEM ou às corporações de bombeiros para se deslocar do domicílio aos serviços de saúde, atendendo a que está isenta do pagamento de taxas, bem como os custos com o transporte entre serviços de saúde.

Descrição da proposta:

REDUÇÃO PARA METADE DOS INTERNAMENTOS POR FALSO TRABALHO DE PARTO, ASSIM COMO DA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO SEM CRITÉRIOS CLÍNICOS, ATÉ 2015.

Em 2011 foram registados 706 internamentos por falso trabalho de parto, correspondendo a um internamento médio de 1,7 dias, com um custo unitário de 406,40 euros¹⁷.

Os EEESMO integrados em USF e UCSP, desde que seja potenciada a sua atuação no acompanhamento da gravidez normal, podem reduzir o número de consultas hospitalares nos casos de gravidez de baixo risco, de falsas urgências principalmente nas últimas quatro a seis semanas de gravidez, fase em que os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar não detêm competências que lhes permitam:

1. Monitorizar o bem-estar materno-fetal, nomeadamente através da avaliação do registo cardiotocográfico;
2. Diagnosticar início de trabalho de parto.

Acresce a necessidade de repensar os critérios para a rede de maternidades em Portugal, considerando a redução da taxa de natalidade.

A Ordem dos Enfermeiros considera um erro estratégico pretender que todas as maternidades ofereçam os níveis mais diferenciados de cuidados, disponibilizando meios tecnologicamente avançados para grávidas de baixo risco. Esta política tem banalizado a utilização de equipamentos e técnicas interventivas no processo fisiológico do parto, aumentando bastante o custo unitário de cada parto, sem benefícios demonstrados, sendo que a facilidade de acesso tem ajudado a potenciar o aumento da taxa de cesarianas, já descrita em subcapítulo anterior.

Assim, deve ser estudada uma reorganização da oferta que considere três níveis de cuidados: um 1º nível para atendimento de grávidas de baixo risco onde existam predominantemente EEESMO, um 2º nível onde sejam atendidas as grávidas de médio e alto risco. E um 3º nível onde sejam atendidos casos com patologias raras ou complicações muito graves, numa lógica de centros de excelência com elevada especialização.

Importa esclarecer que nesta proposta se preconiza que os grandes centros hospitalares de Lisboa, Porto e Coimbra ofereçam os três níveis de atendimento, que as maternidades localizadas junto de centros urbanos disponham dos dois primeiros níveis de atendimento e que as maternidades localizadas em zonas de menor concentração populacional disponham apenas do primeiro.

Evidentemente que uma organização desta natureza pressupõe a existência de condições de transporte e de assistência em emergência pré-hospitalar que salvaguarde transferência inter-hospitalar segura e em tempo útil.

por falso trabalho de parto, obter-se-á uma poupança direta

Benefícios:

- Se for alcançada a redução para metade dos internamentos



superior a 73 mil euros²⁰, à qual se soma a redução do número de idas à urgência pelo mesmo motivo;

- Evitar-se-ão cerca de 600 dias de internamento hospitalar;
- Acredita-se que será possível reduzir o número de mulheres que serão sujeitas a trabalho de parto induzido no seguimento do internamento por um trabalho de parto falso;
- Evitam-se custos de deslocação e preocupações para a mulher e família;
- Melhor qualidade e frequência da monitorização do bem-estar materno-fetal sobretudo nas últimas 4 a 6 semanas de gestação;
- Melhor capacitação da mulher para o parto;
- Incremento da promoção do parto normal;
- Melhor rentabilização dos recursos disponíveis;
- Melhor adequação dos meios disponíveis às necessidades;
- Redução dos episódios de urgência por motivos desnecessários;
- Otimização e melhor qualidade na referenciação para os cuidados diferenciados;

Recursos:

- Ordem dos Enfermeiros; *Pelo Direito ao Parto Normal - uma visão partilhada*; 2012; <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Livro%C2%ABPeloDireitoaoPartoNormal-umaVis%C3%A3oPartilhada%C2%BBpublicadonoDiarioInternacionaldoEEESMOParteira.aspx>.
- Grupo de Trabalho «Petição 39/XII - Pela acessibilidade dos cidadãos ao exercício pleno das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica»; <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12151>.
- Ordem dos Enfermeiros.

²⁰ Explicação do cálculo: valor de poupança = n.º de internamentos evitados x preço do internamento pelo GDH 38, conforme Portaria n.º 163/2013.



2.2 - A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA

2.2.1 - Incentivar e apoiar a transferência de cuidados para a comunidade

Esta é uma área de intervenção muito vasta e não se restringe unicamente à gestão da pessoa com doença crónica, integrando a necessidade de resposta aos internamentos desnecessários em hospital. Neste sentido, para responder a este desafio importa identificar formas de alterar os modelos de prestação de cuidados e reforçar as redes de articulação.

Descrição da proposta:

MELHORAR REDES DE ARTICULAÇÃO.

Melhorar as redes de articulação entre os diferentes níveis de cuidados que permitam incentivar e apoiar a transferência de cuidados da pessoa com doença crónica do hospital para a comunidade.

Áreas de intervenção:

- Formação de profissionais;
- Definição de circuitos de doentes;
- Articulação entre os diferentes níveis de cuidados (primários, secundários, terciários);
- Melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença crónica;
- Criação / reforço das Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados (ECCI);
- Reorganização dos cuidados - criação do Enfermeiro de Família;
- Abordagem pluridisciplinar à pessoa com doença crónica.

Procedimento:

- Os cuidados hospitalares deverão ser, apenas, responsáveis por cuidados altamente especializados e emergentes, devendo os CSP ser reforçados. Para este efeito seria útil:
 - A criação de regras objetivas de internamento e de procedimentos para a alta precoce;

- Identificação de picos de afluência que permitam a adequação de recursos hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários;

- A redução da duração média de internamento;

- A criação de vias objetivas de acesso ao hospital, sugerindo-se duas:

- Emergência (via INEM ou por aconselhamento pela Saúde 24);

- Via referência por profissional de saúde (médico ou enfermeiro);

- Sugere-se o fim de taxas moderadoras para doentes que cheguem por estas vias e o agravamento das taxas para doentes que sejam classificados não urgentes e que cheguem sem qualquer referência;

- Sugere-se o fim das taxas moderadoras nos CSP;

- Impossibilitar o internamento de doentes em macas em corredor que, além de subverterem o número real de camas disponíveis, é promotor de maiores riscos de saúde (quedas, Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - IACS, úlceras por pressão), mais erros, uma menor qualidade de cuidados, uma pior experiência do utilizador que resultam em prolongamento do tempo de internamento;

- Implementação de um modelo de prestação de cuidados centrado no cidadão, com níveis de oferta ajustados às necessidades efetivas em saúde. A compartimentação das unidades de saúde, que impede que o doente circule agilmente pelo SNS, deve ser combatida.

- A pessoa deve poder circular com agilidade entre os CSP (entrada no sistema) e as unidades de cuidados secundários e terciários, tendo um profissional que o acompanha no percurso - sugere-se o enfermeiro que o acompanha nos CSP ou o enfermeiro de família, quando criado.

- Deve existir um planeamento adequado ao nível da distribuição de equipamentos e da concentração de serviços, devidamente suportados por redes de referência efetivas.

- Devem ser criados serviços de ambulatório fora dos hospitais.

- Deve promover-se uma melhor articulação entre os hospitais e os CSP, Cuidados Continuados, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras instituições sociais.



Benefícios:

- A pessoa fica menos tempo longe de casa e da família;
- Diminui o risco de IACS;
- Gestão da doença de um maior número de pessoas;
- Diminuição dos custos hospitalares;
- Maior autonomia e prevenção de complicações.

Instrumentos de apoio:

- Ordem dos Enfermeiros.
- Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011.
- Fundos Europeus: O Ministério deve aproveitar oportunidades deste tipo de financiamento, conforme o exemplo que se descreve: na República de Malta foi aprovado um projeto financiado pelos Fundos Europeus de Coesão sobre continuidade de cuidados. A finalidade é reduzir o número de doentes internados nos corredores do Hospital Mater Dei e será financiado pela União Europeia com 1,2 milhões de euros. Os objetivos do projeto são implementar sistemas integrados baseados em cuidados pró-ativos e cuidados personalizados na comunidade/domicílio; melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida da população alvo; e apoiar a sustentabilidade e eficiência a longo prazo do Sistema de Saúde da Região²¹.

²¹ Para mais informações consultar <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/09/EFN-Press-Release-1.2-Million-Euros-to-upscale-and-implment-Integrated-Care-and-early-discharge-in-Malta-27-08-2012.pdf>



2.2.2 - Gestão de doentes crónicos com risco elevado de internamento

A Organização Mundial da Saúde²² (OMS) indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Afetam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento, pelo que a sua gestão tem um potencial muito significativo de redução de internamentos desnecessários e dos consequentes custos para o Estado.

Um estudo-piloto realizado numa instituição de saúde na Irlanda do Norte incidiu sobre um serviço denominado *chronic illness case management service* (CICM) – serviço de gestão de caso de doença crónica. Nesta instituição foram contratados 16 enfermeiros a tempo completo a quem foi facultada formação especializada para apoiar idosos com elevado risco de internamento hospitalar a gerirem a sua multimorbilidade no domicílio.

Para avaliação desta experiência-piloto foi realizado um ensaio clínico controlado²³ com duração de nove meses, em que metade das pessoas recebia os cuidados habituais e a outra metade usufruía da gestão do seu caso clínico por enfermeiros.

O estudo permitiu identificar uma redução de 59% de internamentos hospitalares no segundo grupo, com uma poupança de custo por idoso de 1.493 libras (cerca de 1.800 euros) no período referido. Considerando a totalidade dos idosos que receberam este apoio, o sistema local de saúde poupou em nove meses 400 mil libras (482 mil euros). Acresce que os beneficiários dos cuidados referiram sentir-se melhor e com maior funcionalidade com o apoio fornecido pelos enfermeiros.

Em sintonia com esta ideia está o Programa *Harvard Medical School Portugal*, que na sua página oficial faz referência à importância deste modelo de gestão da doença crónica²⁴.

Em Portugal calcula-se que haja 500 a 600 mil pessoas com cinco ou mais doenças crónicas²⁵, tornando a gestão efetiva da doença crónica incontornável num contexto de recursos escassos.

Descrição da proposta:

INTRODUÇÃO DA GESTÃO DE CASOS DE RISCO NO SNS PORTUGUÊS.

O internamento de pessoas por doenças crónicas descompensadas continua a ter um impacto importante nos sistemas de saúde. Em 2011⁶, ocorreram 23.191 internamentos por agravamento de diabetes, DPOC, bronquite ou asma em adultos, hipertensão arterial e insuficiência renal. Estes internamentos corresponderam a cerca de 140 mil dias de internamento²⁶. Estes valores fazem uma estimativa por defeito do impacto destas quatro doenças crónicas por não considerar todos os outros internamentos que foram consequência destas patologias – por exemplo a diabetes e a hipertensão são fatores de risco para o AVC.

O custo para o SNS destes internamentos estima-se ser superior a 36 milhões de euros, dividido entre 5,63 milhões de euros, 8,66 milhões de euros, 13,19 milhões de euros, 1,35 milhões de euros, e 7,69 milhões de euros respetivamente para o internamento por diabetes, DPOC, bronquite/asma em adultos, hipertensão arterial e insuficiência renal²⁷.

A identificação sistematizada de pessoas em situação de risco, a avaliação das suas necessidades e estabelecimento de planos de cuidados personalizados permite intervir de forma a resolver o problema da pessoa antes de ser necessário o recurso a unidades hospitalares.

Portugal tem nos enfermeiros recursos competentes para assumir esta responsabilidade, mas necessita de introduzir nos serviços a dinâmica para que este método de trabalho possa ter lugar.

²² Reinhard Busse, Miriam Blümel, David Scheller-Kreinsen, Annette Zentner; Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges; European Observatory on Health Systems and Policies; 2010; Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2010/05/Doencas-cronicas_EU_Maio_2010-2.pdf.

²³ Lupari Marina; An investigation of the effectiveness and cost-effectiveness of the case management approach for older people with multiple chronic conditions within a community healthcare; Faculty of Life and Health Sciences of the University of Ulster setting. Março 2011.

²⁴ Harvard Medical School Portugal: <http://hmsportugal.wordpress.com/tag/doencas-cronicas/>.

²⁵ Diário de Notícias citando estimativa apresentada no Fórum Nacional de Doenças Crónicas 2010 http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1557101.

²⁶ Explicação de cálculo: total de dias de internamento = somatório da multiplicação do n.º de internamentos pela média de tempo de internamento em 2011 para os GDH 88, 96, 97, 542, 134, 294, 295 e 316.

²⁷ Explicação de cálculo: valor total = multiplicação do preço do internamento dos GDH 88, 96, 97, 542, 134, 294, 295 e 316 pelo respetivo número de internamentos em 2011, com base nos referenciais constantes na Portaria n.º 163/2013.



Como fazer:

- Aplicação de mecanismos que introduzam este método de trabalho aos enfermeiros nos cuidados primários (nas Unidades de Cuidados na Comunidade por exemplo), incluindo a formação que seja necessária;
- Criar, ou reforçar sistemas, preferencialmente digitais, que permitam a referenciação através do hospital para este recurso;

Benefícios^{28,1}

- Com base no ensaio clínico referido no enquadramento, poder-se-ia obter uma redução de 59% de internamentos de doentes de risco e poupança de 1.800 euros por doente. Assumindo como sendo de risco 20% dos 23.191 internamentos que ocorreram em 2011 por agravamento simples de diabetes, DPOC, bronquite/asma em adultos, hipertensão arterial e Insuficiência Renal, obter-se-iam 4.638 internamentos de risco. A redução de 59% destes internamentos corresponderia a uma redução de 2.736 internamentos e a uma poupança superior a 4,92 milhões de euros anuais²⁹.

Outros benefícios:

- Melhoria da qualidade de vida das pessoas e cuidadores;
- Evita reinternamentos e diminui o tempo de internamento;
- Deteta precocemente a deterioração do estado de saúde;
- Intervenção proativa;
- Melhor *compliance* medicamentosa com a consequente poupança no uso de medicamentos;
- Permite uma maior perceção da progressão da doença e contribui para a capacitação do doente e família;
- Permite um uso mais eficiente dos recursos.

Recursos:

- A Ordem dos Enfermeiros encontra-se disponível para apoiar a introdução destas medidas.

Podem consultar-se os seguintes documentos de suporte:

- *Department of Health, Social Services and Public Safety; Case Management - a position statement* - Reino Unido; 26 Junho 2006; http://www.dhsspsni.gov.uk/case_management.pdf;

- *Department of Health, Social Services and Public Safety - Reino Unido - Modelo para implementação de gestores de caso*; http://www.dhsspsni.gov.uk/a_model_framework_for_the_implementation_of_a_case_management_approach_january_2008_v2.pdf.

²⁸ Department of Health, Social Services and Public Safety; Case Management - a position statement - Reino Unido; 26 Junho 2006; http://www.dhsspsni.gov.uk/case_management.pdf.

²⁹ Explicação do cálculo: Dado ser difícil neste contexto a identificação de que áreas seriam reduzidas, assume-se o valor identificado no ensaio clínico de poupança de 1800€ por doente. Assim, o valor de poupança = 1.800€ x 2736 internamentos.

2.2.3 - Tratamento de úlceras de perna

A prevalência de úlceras de perna crónica em Portugal foi estimada³⁰, em 2004, em cerca de 14 mil doentes. Num estudo realizado em cinco centros de saúde em Lisboa, Pina, E. *et al* (2004) identificaram que 66% dos doentes com úlcera de perna tinham a lesão há mais de um ano e 17% há mais de cinco anos, apesar de já terem consultado vários especialistas (dermatologistas e cirurgiões vasculares, por exemplo). Segundo este estudo a maioria dos cuidados são prestados na comunidade, com uma média de três tratamentos por semana.

Em 2011⁶, as amputações dos membros inferiores por doença do aparelho circulatório (GDH 113) correspondiam a 1.572 internamentos, com uma demora média de 18,14 dias. O custo por cirurgia paga pelo Estado desde 2009 para este procedimento é de 5.420,32 euros. Admite-se que outros GDH incluam internamentos decorrentes do tratamento de úlceras de perna, nomeadamente da categoria de diagnóstico que enquadra as Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama, mas que aqui não se incluem por ser difícil a identificação do número correto de internamentos associado a este problema.

A cronicidade da doença, as suas implicações na vida social e profissional da pessoa e os custos de tratamentos muito prolongados ou cirúrgicos justifica a intervenção nesta área.

Descrição da proposta:

INTRODUÇÃO SISTEMATIZADA DE BOA PRÁTICA NO TRATAMENTO DE ÚLCERA DE PERNA, INCLUINDO A FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS E A AQUISIÇÃO DO MATERIAL ADEQUADO.

O estudo de Pina, E. *et al* (2004) referido consistiu na implementação de boas práticas (formação aos enfermeiros; articulação entre CSP e hospitais; aquisição de *doppler* manual e ligaduras) e a identificação de mais-valias com os novos procedimentos. Os ganhos em saúde e financeiros foram muito significativos.

Procedimento sugerido:

O Ministério da Saúde, em conjunto com a Ordem dos Enfermeiros e com os investigadores na área, deve criar um programa específico para introduzir boas práticas nesta área nos CSP a nível nacional, incluindo a aquisição do material necessário.

Deve ser criado um grupo de trabalho neste sentido.

Benefícios:

Este estudo permitiu uma redução de 21% no total de lesões abertas, a antiguidade da ulceração passou de 18 meses para 5 meses; reduziu-se os tratamentos por semana (3.0 para 2.4), sendo que a análise custo/efetividade revela que o custo por úlcera cicatrizada pode ser reduzido em 25%. A estes ganhos deve ser acrescentado a redução da prescrição de analgésicos e antibióticos, a redução de absentismo laboral e o aumento da qualidade de vida dos utentes - Pina, E. *et al* (2004).

O custo anual direto (gasto com material, horas de cuidados de Enfermagem) por cada um destes doentes ronda os 500 euros, o que multiplicado por 14 mil (prevalência estimada³¹), representa cerca de 7 milhões de euros gastos anualmente, que poderiam ser reduzidos em 25%, ou seja em 1,75 milhões de euros com uma intervenção sistemática, já considerando o investimento necessário para introduzir as boas práticas - Pina, E. *et al* (2004).

A estes valores acresce a previsível redução de necessidade de amputação associada à cronicidade e agravamento deste tipo de lesões. Assim, assumindo uma redução de 20% de amputações, considerando os valores de 2011, reduzir-se-iam 314 amputações anuais, correspondendo a menos 5.695 dias de internamento e a uma poupança 1,47 milhões de euros. A estas poupanças poderia ainda acrescentar-se poupanças em dias de internamento e custos associados para intervenções para colocação de excertos cutâneos e outros que por não ser possível diferenciar dentro do mesmo GDH não se transcrevem para este documento.

Sistematizando os ganhos:

- Redução de custos diretos anuais em 3,22 milhões de euros;

³⁰Pina, E.; Furtado, K.; Franks, P.; Moffatt, C.; *Úlceras de Perna em Portugal: um Problema de Saúde Subestimado*; Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vasculár; Rev Port Cir Cardiorac Vasc. 2004 Oct-Dec;11(4):217-21; <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/293>.

³¹ Explicação do cálculo: valor de poupança: redução do número de internamentos pelo GDH 113 x preço por internamento deste GDH com base nos referenciais constantes na Portaria n.º 163/2013.



- Redução dos internamentos por necessidade de amputação em 5695 dias;
- Redução do uso e custos de antibióticos e analgésicos;
- Menor absentismo laboral;
- Melhora a qualidade de vida.

Recursos:

- Ordem dos Enfermeiros.
- Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas.



2.2.4 - Melhorar as respostas ao nível dos Cuidados Continuados

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006 determinou uma mudança de paradigma na saúde consubstanciada numa abordagem do doente no seu todo e num contínuo de cuidados que este necessita, englobando uma perspetiva social e de saúde.

Contudo, o processo de referenciação é complexo não só por envolver vários intervenientes, mas também pela necessidade de ser realizado o mais precocemente possível, de modo a viabilizar a continuidade de cuidados e a utilização eficiente dos recursos hospitalares e comunitários, potenciando a adequação da resposta às necessidades do doente.

São sinalizados para a RNCCI doentes que necessitem de cuidados de reabilitação/manutenção após um internamento hospitalar para tratamento de uma situação aguda que não permita à pessoa o regresso ao domicílio em condições de segurança.

O relatório de monitorização da RNCCI³² revela que no final do primeiro semestre de 2012, existiam 5.948 camas de internamento na Rede e 6.964 lugares domiciliários apoiados por ECCI. Em 2012, houve acréscimo de 46% de utentes a aguardar vaga na rede, o que revela uma necessidade de aumentar o número de vagas, mas igualmente de redefinir critérios de inclusão. Sendo o aumento de estruturas mais complexo, embora tenha sido recentemente anunciado, parece fundamental o aumento das ECCI, principalmente considerando que os motivos de referenciação mais frequentes podem ser resolvidos por enfermeiros e enfermeiros especialistas.

Por sua vez, a variação geográfica dos tempos de espera desde a avaliação das propostas pelas equipas coordenadoras locais até à identificação das vagas pelas equipas regionais é muito significativa. Lisboa e Vale do Tejo (LVT) é a região do País onde estes tempos são mais alargados, com tempos de espera que chegam a ser superiores em 133 vezes o valor da região com menor tempo de espera. Como exemplo, a identificação de uma vaga para Cuidados Paliativos demora menos de um dia no Algarve e 40 dias na região de LVT. A este tempo acresce pelo menos o triplo do tempo de avaliação pelas equipas coordenadoras locais. Ou seja, um doente que necessite de cuidados de convalescença em LVT demorará em média 4,4

dias a ser avaliado, enquanto no Algarve terá a avaliação feita em menos de um dia³².

Descrição da proposta:

- GARANTIR MELHORAR CONTINUAMENTE A QUALIDADE DA RESPOSTA A NÍVEL DOS CUIDADOS CONTINUADOS.
- REDUZIR EM 15% OS INTERNAMENTOS PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS ATÉ 2015.

Em 2011 tiveram lugar no SNS português 6.086 internamentos realizados para a continuidade de cuidados correspondendo a uma duração média de 9,53 dias e a um custo por internamento de 1.873,87 euros³³.

Garantir e melhorar continuamente a qualidade da resposta a nível dos Cuidados Continuados, nomeadamente no acesso à RNCCI, na prestação de Cuidados Continuados nas unidades e ECCI e na consolidação da Rede pode ajudar a reduzir estes valores.

Áreas de intervenção:

- Redefinição dos critérios de referenciação para a RNCCI e alteração de procedimentos;
- Gestão das vagas para admissão;
- Incremento das ECCI e redução de assimetrias regionais na sua distribuição;
- Ensino, formação e investigação;
- Articulação interinstitucional.

Procedimento:

- Aumentar disponibilidade de cuidados domiciliários (ECCI) a nível nacional e dotá-los de recursos especializados, nomeadamente de enfermeiros especialistas;

³² UMCCI; Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI; 1º Semestre de 2012; Julho 2012; disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf.

³³ ACSS; Produção Nacional por GDH 2011, com base nos referenciais constantes na Portaria n.º 132/2009.



- Reduzir as assimetrias na disponibilidade de ECCL *per capita* entre regiões do País (principal área de atuação deve ser em LVT considerando o elevado número de doentes a aguardar vaga);

- Criar grupo de trabalho multidisciplinar com o objetivo de refletir sobre os critérios de referenciação e admissão na RNCCI:

Os constrangimentos verificam-se, nomeadamente na referenciação para Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) em que os critérios de referenciação por serem muito gerais abrangem a quase totalidade dos doentes. Subsiste dificuldade em diferenciar os doentes que necessitam de cuidados nas ULDM ou que podem ingressar num lar;

- Integração na RNCCI deve ser feita pela Equipa Coordenadora Local (ECL):

Atualmente os doentes são colocados na RNCCI pela Equipa Coordenadora Regional, todavia, considera-se que a Equipa Coordenadora Local, pela proximidade e conhecimento dos doentes, famílias e contexto socioeconómico, pode otimizar este processo;

- Garantir a referenciação adequada - tornar o aplicativo, bem como os procedimentos, menos burocráticos:

A informação necessária para a referenciação é bastante exaustiva tornando-se por vezes impraticável a sua obtenção;

- Realizar reavaliações periódicas dos doentes que aguardam vaga, para identificar se o doente mantém os critérios para a tipologia que foi referenciado na altura do internamento;

- Garantir a mobilidade nas diferentes respostas da Rede:

Através de uma avaliação do doente, contínua e sistemática pela equipa multidisciplinar, de forma a otimizar os recursos e mobilizar o doente para a unidade que corresponde as suas necessidades efetivas;

- Integrar a oferta de cuidados com os diversos serviços e equipamentos do sistema de Segurança Social (apoio domiciliário, lares, centro de dia);

- Melhorar a resposta social regional:

Nomeadamente número de lugares em lar, para que os doentes com critérios fundamentalmente sociais não ocupem camas da rede inadequadamente. Os lares devem

ver reforçada a sua regulamentação no que respeita aos cuidados de saúde que prestam;

- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e articulação com a rede nacional de cuidados paliativos;

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela Rede através obrigação de integração de profissionais especializados (enfermeiros especialistas por exemplo) que permitam altas precoces sempre que possível.

Benefícios:

- Uma redução de 20% dos internamentos para continuidade de cuidados permitiria reduzir cerca de 11.600 dias de internamento³⁴ e mais 1,34 milhões de euros em gastos com o internamento hospitalar³⁵;

- A redução do tempo médio de internamento hospitalar em dois dias (por redução do tempo de espera por vaga na RNCCI ou ECCL) permite reduzir cerca de 12.172 dias de internamento³⁶;

- Critérios mais adequados de referenciação permitem uma melhor resposta com maior número de vagas disponíveis;

- Maior diferenciação nos cuidados de Enfermagem prestados na RNCCI e ECCL permite reduzir a necessidade de cuidados hospitalares por descompensação;

- Maior número de ECCL permite maior número de pessoas apoiadas no domicílio.

Recursos:

- Recomendações da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados e da DGS;

- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados

³⁴ Explicação do cálculo: redução de dias de internamento = n.º internamentos 2011 pelo GDH 466 x demora média do GDH x 20%.

³⁵ Explicação do cálculo: valor de poupança financeira = redução do número de internamentos pelo GDH 466 x preço por internamento deste GDH com base na Portaria n.º 163/2013.

³⁶ Explicação do cálculo: redução de dias de internamento = 2 dias de redução da média de internamento x n.º internamentos 2011 pelo GDH 466.



Integrados;

- Apoio da Ordem dos Enfermeiros.



2.3 - SAÚDE MENTAL:

A redução de camas hospitalares no âmbito da Saúde Mental passa essencialmente pela capacidade dos serviços de saúde em:

a) Evitar o número de internamentos através da intervenção nas alterações comportamentais/cognitivas breves ou patologia mental comum (depressão ligeira, défice cognitivo ligeiro,...);

b) Reduzir os internamentos melhorando o apoio a situações de doença, em regime de ambulatório, com apoio na gestão dos sintomas comportamentais, apoio na gestão à adesão ao regime terapêutico, apoio aos familiares prestadores de cuidados;

c) Apoio e continuidade de cuidados de pessoas com doença mental grave, criando serviços que permitam a conciliação da vida familiar com o papel de prestadores de cuidados: serviços de apoio aos doentes com doença mental grave, unidades sócio-ocupacionais, equipas de apoio domiciliário.

Concretizando, a redução do número de camas de internamento em Psiquiatria nos hospitais do SNS pode ser conseguida através de duas vias. Por um lado melhorando as respostas comunitárias de continuidade de cuidados (internamento parcial em Hospital de Dia, Equipas de Saúde Mental Comunitárias, Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, unidades sócio-ocupacionais); por outro lado, diminuindo a necessidade de internamento através da deteção e intervenção precoce em situações de risco de instalação da doença, nos CSP. Nestes desideratos, os papéis dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários podem ser potenciados e rentabilizados.

A proposta da Ordem dos Enfermeiros, tomando por base o Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, organiza-se em dois eixos que se complementam:

Eixo 1 - Melhorar respostas comunitárias para doença mental instalada: continuidade de cuidados.

Eixo 2 - Prevenção de instalação da doença e da necessidade de internamento: deteção e intervenção precoce em situações de risco de instalação de doença mental.

2.3.1 - Melhorar respostas comunitárias para doença mental instalada: continuidade de cuidados

Nos Centros Hospitalares, Centros Hospitalares Psiquiátricos e Ordens Religiosas é possível reduzir o número de camas de internamento em Psiquiatria (internamento total), aumentando a resposta em Hospital de Dia (internamento parcial) e em equipas comunitárias multidisciplinares. A intervenção terapêutica em internamento parcial oferece cuidados mais ajustados às necessidades das pessoas, mantendo as capacidades sociais das crianças e adolescentes em ambiente escolar, dos adultos em contexto profissional e dos idosos nas estruturas e redes de apoio, assegurando a integração na comunidade ao longo do ciclo de vida.

Garantir a integração e apoio à família através das equipas comunitárias, em particular no apoio domiciliário, apresenta-se como uma resposta eficaz para evitar internamentos e proporcionar altas precoces e seguras. Esse apoio domiciliário pode ser assegurado pelas ESMC (Equipas de Saúde Mental Comunitária), que integram os Serviços Locais de Saúde Mental nos casos previstos no Plano Nacional de Saúde Mental para estas equipas; e podem ser assegurados pelas equipas de apoio domiciliário previstas na rede de cuidados continuados integrados em saúde mental (CCISM), integradas na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

A diminuição do número de horas de cuidados em internamento total só é possível transferindo para internamento parcial e cuidados domiciliários, sendo necessário aumentar o número de horas de cuidados de Enfermagem nestes contextos. Sendo os cuidados de Enfermagem os indicados para satisfazer as necessidades das pessoas nestes contextos, o trabalho em Hospital de Dia e na comunidade requer maior autonomia e capacidade de intervenção, sendo o perfil de competências do enfermeiro especialista em Saúde Mental o indicado para esta transferência de cuidados.

Descrição da proposta:

- CRIAR SERVIÇOS DE HOSPITAL DE DIA E ESMC EM TODOS OS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE MENTAL.
- CRIAR EQUIPAS DE APOIO DOMICILIÁRIO EM CCISM EM TODOS OS ACES.
- CRIAR UNIDADES SÓCIO-OCUPACIONAIS.

Procedimento:

- Cada instituição individualmente deve apresentar durante



o segundo semestre de 2013 um relatório onde constem os motivos de internamento em Psiquiatria (incluindo reinternamentos), diagnóstico médico, de Enfermagem e social à saída da unidade, tempo de internamento, encaminhamento e consumo de psicofarmacologia;

- Deve apresentar um programa de intervenção específico para dar resposta às situações de internamentos prolongados, reinternamentos e pessoas com incapacidade, autonomia diminuída e/ou em risco social.

Benefícios:

- Redução de internamentos e reinternamento;
- Alta mais precoce e segura;
- Aumento da adesão ao tratamento (medicamentos, consulta, etc.);
- Diminuição do isolamento, desinserção e estigma social;
- Maior prevenção em saúde mental;
- Redução de consumo de psicofármacos;
- Redução de custos.

Instrumentos de apoio:

O Ministério da Saúde deve criar um grupo de acompanhamento destas medidas, devendo o mesmo ser constituído por dois médicos (um psiquiatra e um psiquiatra da Infância e Adolescência), dois enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (um com experiência clínica com crianças e adolescentes e um com adultos), assim como assistentes sociais e psicólogos clínicos.



2.3.2 - Prevenção de instalação da doença e da necessidade de internamento: deteção e intervenção precoce em situações de risco de instalação de doença

Nos Centros Hospitalares, Centros Hospitalares Psiquiátricos e Ordens Religiosas é possível reduzir o número de camas de internamento em Psiquiatria (internamento total), reduzindo a necessidade de internamento, através da melhoria da acessibilidade aos cuidados de Saúde Mental, a partir dos CSP, nomeadamente melhorando a deteção precoce de situações de risco de instalação de doença e oferecendo intervenção precoce especializada em Saúde Mental nos CSP, para a doença mental comum, sem necessariamente recorrer a serviços de Psiquiatria.

A intervenção terapêutica em contexto comunitário (em contexto familiar, em contexto escolar, nos locais de trabalho, etc.) oferece cuidados mais ajustados às necessidades das pessoas, permitindo a deteção e encaminhamento precoce, a promoção da Saúde Mental e a prevenção da instalação ou agravamento da doença mental, tendo como um dos efeitos a diminuição da necessidade de internamento, portanto reduzindo a necessidade de camas em Psiquiatria.

A diminuição do número de horas de cuidados em internamento hospitalar só é possível através de um maior investimento nos cuidados comunitários, tanto na continuidade de cuidados e apoio familiar na doença já instalada, como na deteção precoce, prevenção e promoção da Saúde Mental.

O trabalho específico em Enfermagem de Saúde Mental na comunidade requer maior autonomia e capacidade de intervenção, sendo o perfil de competências do enfermeiro especialista em Saúde Mental o indicado para este nível de cuidados.

Descrição da proposta:

DESENVOLVER PROJETOS DE SAÚDE MENTAL EM TODOS OS ACES, QUE PERMITAM A DETEÇÃO PRECOZE DE SITUAÇÕES DE RISCO E DE INSTALAÇÃO DE DOENÇA MENTAL, ENCAMINHAMENTO E INTERVENÇÃO.

Procedimento:

- Cada ACeS deve apresentar durante o segundo semestre de 2013 um relatório onde constem a taxa de procura de consulta de médico de família por motivos sócioemocionais, baixas associadas, consumo de exames complementares de diagnóstico, consumo de psicofármacos, encaminhamento, internamento em Psiquiatria (incluindo novos casos,

internamentos compulsivos e reinternamentos);

- Deve apresentar um programa de intervenção específico para dar resposta às situações de risco de instalação de doença mental, articulação e encaminhamento, intervenção nas situações de doença mental comum, baixa prolongada, reinternamentos e pessoas com incapacidade, autonomia diminuída e/ou em risco social;

- Cada ACeS deve identificar e rentabilizar as potencialidades que têm em recursos para a área da Saúde Mental:

- O aumento de enfermeiros de cuidados gerais nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) permitiria libertar os enfermeiros especialistas em Saúde Mental, de forma a terem condições para desenvolver a sua área especializada nas UCC;

- Existe uma assimetria muito significativa na distribuição dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica a exercer no hospital e nos CSP. Deveria ser reduzida esta assimetria, reforçando os centros de saúde;

- Utilização efetiva das competências dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica que estão a ser utilizados para a prestação de cuidados gerais de Enfermagem nas USF e UCSP, o que representa um desperdício de recursos humanos, de conhecimento, económicos e de ganhos em saúde para as populações;

- Contratualização de indicadores para os projetos de intervenção já existentes em Saúde Mental nos CSP.

- Desenvolver uma melhoria no circuito de referência implementado (*Allert*), incluindo o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica nessa melhoria.

Benefícios:

- Cuidados mais ajustados às necessidades das pessoas;

- Deteção e encaminhamento precoce de casos agudos;

- Promoção da Saúde Mental e a prevenção da instalação ou agravamento da doença mental;

- Diminuição da necessidade de internamento, portanto reduzindo a necessidade de camas em Psiquiatria.



Recursos:

- O Ministério da Saúde deve criar um grupo de acompanhamento destas medidas, devendo o mesmo ser constituído por um médico de Medicina Geral e Familiar, um Psiquiatra, enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como assistentes sociais e psicólogos clínicos.



2.4 - REABILITAÇÃO PRECOCE

Os acidentes vasculares cerebrais constituem, nos países industrializados, a terceira causa de mortalidade depois do cancro e das doenças cardiovasculares. Portugal é sexto país da Europa que mais gasta com o AVC em termos absolutos (cerca de 2,5 mil milhões de euros) e o segundo com custos *per capita* mais elevados (cerca de 240 euros), segundo um relatório divulgado recentemente na comunicação social³⁷.

Em 2011, os GDHs relativos ao AVC, com e sem enfarte, identificaram 15.502 doentes internados nos hospitais públicos portugueses, com uma demora média de 9,76 dias e de 7,38 dias, respetivamente para os GDH 14 e 15³⁸.

O AVC é geralmente impeditivo de um regresso ao trabalho da pessoa, obrigando a uma conseqüente necessidade de apoio no desempenho das atividades de vida diárias.

Um programa de reabilitação iniciado precocemente, eficaz e baseado em evidência científica, pode reduzir significativamente o grau de disfunção motora ou diminuir a disfunção do movimento. Segundo Carr & Shepherd (2008)³⁹ e Gonçalves, L. (2012)⁴⁰ o processo de reabilitação deverá iniciar-se o mais precoce possível, a partir do momento em que o doente esta hemodinamicamente estável.

Uma comparação entre dois grupos de doentes, um iniciando a reabilitação três dias após a entrada no hospital e outro iniciando a reabilitação de quatro a 15 dias, mostrou que o grupo com intervenção mais precoce teve alta mais cedo e obteve uma maior probabilidade de andar independentemente. Uma revisão da literatura sobre as conseqüências do AVC correlacionou a demora no início da reabilitação com resultados negativos em vários estudos. A reabilitação precoce do AVC está relacionada com menores custos sociais e económicos - Carr & Shepherd (2008).

³⁷<http://www.tvi24.iol.pt/503/sociedade/avc-saude-relatorio-doencas-tvi24/1433454-4071.html>. ACSS; Produção Nacional por GDH 2011.

³⁸ ACSS; Produção Nacional por GDH 2011.

³⁹ Carr, J. & Shepherd, R. (2008). Reabilitação Neurológica - Otimizando o Desempenho Motor. Brasil. Editora Manole.

⁴⁰ Gonçalves, L. (2012), «Reabilitar para integrar», Saber Viver. Julho. P.55-56.

2.4.1 - Criação de Unidades de Tratamento de AVC

Descrição da proposta:

criação de unidades de AVC.

Criação de unidades de AVC em todos os hospitais - recomendação da *European Stroke Organisation (ESO)*⁴¹ que incluam na sua equipa pluridisciplinar enfermeiros com a especialidade de reabilitação.

Procedimento:

As unidades de AVC devem integrar equipas multiprofissionais com enfermeiros e em especial enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeuta ocupacionais.

Barbosa (2012)⁴² refere que «encontrou-se forte evidência científica de que os planos efetuados por equipas pluriprofissionais e intensivos têm ganhos na independência funcional dos doentes».

Benefícios:

- Prevenção de complicações;
- Diminuição do número de dias de internamento;
- Diminuição de custos a médio prazo;
- Otimização de recursos;
- Diminuição dos défices, melhoria da qualidade de vida.

Recursos:

- *European Stroke Organisation*;
- Fundos estruturais de apoio da Comissão Europeia;
- Ordem dos Enfermeiros.

⁴¹ www.eso-stroke.org.

⁴² Barbosa, Maria Tereza Lima Mendes Julião - Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. Coimbra, 2012.



2.4.2 - Alta precoce em doentes com AVC

Descrição da proposta:

ALTA PRECOCE APOIADA

A maioria dos doentes que sofreram um AVC realiza a globalidade do programa de reabilitação no hospital. Contudo, existe evidência científica que suporta uma alta hospitalar precoce, decorrendo o processo de reabilitação na comunidade.

Uma revisão sistemática de literatura⁴³ que incluiu 12 ensaios clínicos controlados (1.659 doentes) identificou uma redução da probabilidade de morte ou dependência equivalente a menos cinco eventos adversos por cada 100 pessoas a receber alta precoce apoiada (intervalo de confiança de 95%) nas pessoas com alta precoce. Estes doentes apresentaram uma redução de oito dias na média de internamento hospitalar.

Os melhores resultados nesta revisão foram encontrados em doentes com incapacidade leve a moderada com alta precoce apoiada por uma equipa multidisciplinar bem coordenada.

Benefícios:

Se for considerada uma redução da média de internamento de quatro dias (metade do referido na revisão de literatura), poder-se-ão reduzir mais de 85.965 dias de internamento por ano em serviços de agudos⁴⁴.

Acresce a melhoria dos resultados em saúde, nomeadamente da qualidade de vida e autonomia dos doentes; e a diminuição de custos a médio-longo prazo com a evicção da descompensação de doentes com mobilidade reduzida e a diminuição do gasto de recursos por internamento.

Recursos:

- Guia para uma alta precoce e reabilitação: http://www.wales.nhs.uk/documents/How_to_Guide_for_Early_Recovery_and_Rehabilitation.pdf

- Ordem dos Enfermeiros.

⁴³ Early Supported Discharge - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17351690>.

⁴⁴ Explicação do cálculo: dias de internamento reduzidos = n.º internamentos pelo GDH 14 e 15, multiplicado por 4 (correspondente ao n.º de dias de redução da demora média proposto).



03. Gestão da qualidade e eficiência

3.1 - A QUALIDADE E A EFICÁCIA CLÍNICA

A qualidade e eficácia clínica devem ter uma abordagem sistemática e racional por parte do sistema. O Relatório Mundial de Saúde de 2010 identificava como causa de ineficiência nos serviços de saúde os erros médicos e qualidade dos cuidados subótima, assim como a sobre utilização ou excesso de oferta de procedimentos, equipamentos e meios complementares de diagnóstico.

Segundo a OMS, isto ocorre devido ao conhecimento insuficiente ou à não aplicação dos protocolos e padrões clínicos; à falta de orientações e supervisão inadequada; à indução da procura pela oferta; a mecanismos de pagamento por serviço; e ao receio de litígio.

As soluções apresentadas no Relatório Mundial identificavam a reforma das estruturas de incentivo e pagamento; o desenvolvimento e implementação de orientações clínicas; melhorar os padrões de higiene nos hospitais; proporcionar maior continuidade nos cuidados; realizar mais auditorias clínicas; e monitorizar o desempenho hospitalar.

A OMS refere ainda a existência de financiamento de intervenções com elevados custos e baixos resultados, enquanto outras opções com baixo custo e elevado impacto não são financiadas, revelando um desequilíbrio entre níveis de cuidados, e/ou entre a prevenção, promoção e tratamento. Segundo a OMS «não existe nenhuma regra universal para que as intervenções sejam mais custo-efetivas num país (...) [e] nem sequer é verdade que a prevenção tenha sempre um maior rácio de custo-efetividade do que o tratamento»⁴⁵.

Aquela organização internacional aconselha cada país a identificar o custo-efetividade e a eficiência dentro do seu contexto, disponibilizando contudo instrumentos de apoio a esta análise⁴⁶. O Relatório sugere que o sistema de saúde seja avaliado regularmente e incorporadas nas políticas as evidências sobre os custos e impacto das intervenções, tecnologias, medicamentos e opções políticas alternativas.

Recentemente o Reino Unido viu-se a braços com o drama de descobrir que um hospital do seu sistema de saúde prestava cuidados com um nível de qualidade muito reduzido, em alguns casos atentatória da dignidade da pessoa e revelando uma mortalidade elevada⁴⁷.

Os motivos para estas falhas, identificados no primeiro relatório realizado em 2010 foram uma dotação historicamente baixa de enfermeiros registados, uma cultura de perseguição em relação às reclamações e de negação em relação à extensão do problema; uma obsessão na reorganização das unidades centrada na poupança financeira e esquecendo a qualidade e segurança dos cuidados e um falhanço histórico de todos os reguladores envolvidos no Reino Unido.

O relatório inglês publicado em fevereiro de 2013 assinalou estas falhas identificando numerosos sinais de aviso que, cumulativamente, ou em alguns casos individualmente, deveriam ter alertado o sistema para os problemas que existiam. Entre estes, destacam-se o fenómeno de uma cultura focada apenas em atingir os objetivos que o sistema solicitava, colocando em segundo plano o processo de cuidar das pessoas; padrões e métodos de medição de resultados que não focam o efeito dos serviços prestados nos doentes; um grau de tolerância demasiado elevada para cuidados prestados com baixa qualidade e para com os fatores de risco; a atitude que assume que a monitorização, gestão do desempenho e intervenção são da responsabilidade de outros; e um falhanço em enfrentar o desafio de construir uma cultura hospitalar de envolvimento dos profissionais de saúde de forma positiva e construtiva.

As recomendações apresentadas neste relatório inglês incluem a implementação de processos para incentivar uma cultura que coloque a pessoa em primeiro lugar; desenvolver um conjunto de standards básicos, facilmente compreensíveis e aceites pelos utentes, público e profissionais de saúde, cuja quebra não pode ser tolerada; fornecer meios de cumprimento dos *standards* básicos que sejam reconhecidos pelos profissionais e baseados na evidência e que possam ser facilmente compreendidos e adotados pelos profissionais que prestam o serviço; assegurar abertura e transparência por todo o sistema no que se refere a matérias de preocupação; assegurar que o foco dos reguladores de cuidados de saúde é a inspeção do cumprimento destes *standards* e tornar todos os que

⁴⁵ OMS; Relatório Mundial de Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde; 2010; pág. 74 e 75 disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>.

⁴⁶ WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost Eff ective) <http://www.who.int/choice/en/> e Projeto de Prioridade para o Controlo de Doenças (Disease Control Priorities Project) <http://www.dcp2.org/main/Home.html>.

⁴⁷ Ver relatório integral do Inquérito Público à instituição Mid Staffordshire, disponível em: <http://www.midstaffspublicinquiry.com/report>.



prestam cuidados às pessoas, indivíduos e organizações, responsabilizáveis pelo que fazem e assegurar que o público é protegido daqueles que não estão aptos a assegurar este tipo de serviço.

Este tipo de fenómenos, por ocorrerem no Reino Unido que inspirou em larga medida o SNS em Portugal, é especialmente alarmante e merece ser discutido em Portugal na nossa especificidade e atualidade.

O próprio Reino Unido desenvolveu um programa de transformação em grande escala que pretendia melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo NHS em sintonia com uma poupança de 20 milhares de milhões de libras até 2014-2015. O programa denominado QIPP⁴⁸ - Qualidade, Inovação, Produtividade e Prevenção pode ser um exemplo a inspirar Portugal.

Em Portugal, a DGS tem grupos dedicados à qualidade dos cuidados de saúde e tem produzido normas de orientação clínica em diversas áreas, mas o afastamento que estes grupos têm da vertente do financiamento e a incapacidade de auditoria à qualidade dos cuidados que são prestados e ao cumprimento das normas impossibilita uma imagem real da qualidade dos cuidados que são prestados no SNS.

Tal como demonstrado no caso do hospital britânico, ter sistemas de informação que recolhem os procedimentos que são realizados consoante o diagnóstico não é sinónimo de ter uma descrição da qualidade dos cuidados que são prestados a cada cidadão que recorre a um serviço de saúde. E, tal como refere o Relatório Mundial de Saúde da OMS, são necessárias mais auditorias clínicas para monitorização do desempenho hospitalar

Descrição da proposta:

CRIAÇÃO DE ESTRUTURA DEDICADA À MELHORIA SISTEMÁTICA DA QUALIDADE E EFICIÊNCIA.

O Ministério da Saúde deve criar uma estrutura especialmente dedicada a melhorar a qualidade e eficiência do Serviço Nacional de Saúde que esteja dotada de meios adequados a um trabalho efetivo.

Para esta estrutura deve ser transferida a responsabilidade de criar e gerir as normas de orientação clínica e o poder para a auditoria da sua aplicação, estando interligada com o estabelecimento de contratos-programa com as instituições, que é realizado pela ACSS.

Esta estrutura deve criar ainda metas de poupança através da promoção da qualidade, inovação, produtividade e prevenção, à semelhança de outros países.

Procedimento:

- A estrutura a criar deve ser multidisciplinar, envolvendo peritos nas diversas áreas;
- Deve interligar o papel da DGS, com o da ACSS, com o da Inspeção-Geral das Atividades de Saúde (IGAS) e com o das Ordens Profissionais;
- Deve ter um orçamento e os recursos suficiente para que seja possível atingir os objetivos definidos.

Benefícios:

- O investimento inicial e os custos de manutenção podem ser recuperados com ganhos de eficiência do SNS;
- A promoção da qualidade tem ganhos claros nos resultados em saúde dos cidadãos e como tal poupam gastos futuros;
- Origina poupanças nos gastos estruturais do Estado;
- Permite o enquadramento e avaliação clínica de parcerias público privadas na área da Saúde.

Recursos:

- *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)
- Reino Unido - <http://www.nice.org.uk/>;
- Programa de qualidade do Reino Unido QIPP - http://www.institute.nhs.uk/establishing_evidence/establishing_evidence/background.html;
- Fundos comunitários de apoio.

⁴⁸ Para mais informações consulte: http://www.institute.nhs.uk/establishing_evidence/establishing_evidence/background.html.



3.2 - EFICIÊNCIA ENERGÉTICA

Os cuidados de saúde e as instituições que os prestam deixam uma pegada ambiental significativa. Os hospitais, em particular, constituem-se como empresas com um elevado consumo de recursos humanos, financeiros, materiais e energéticos.

Nos EUA estima-se que os hospitais criem 6.600 toneladas de lixo diariamente e utilizem uma larga quantidade de químicos tóxicos, expelindo uma quantidade significativa de dióxido de carbono e de gases com efeito estufa. Só por si, a redução desta poluição traria ganhos em saúde e poupanças aos sistemas de saúde ao reduzir a incidência da doença no ser humano.

A Agência de Proteção Ambiental dos EUA⁴⁹ estima que o consumo elevado de eletricidade pelo setor da saúde norte-americano origine gastos anuais superiores a 600 milhões de dólares (cerca de 460 milhões de euros) em cuidados de saúde de doentes com asma e outras doenças respiratórias, considerando que a maioria desta energia é produzida a partir de combustíveis fósseis.

Já é possível estimar o impacto na saúde das pessoas por kW consumido por unidade hospitalar⁵⁰. Como exemplo, um hospital com 200 camas que utilize 7 milhões kW por ano - Centro Hospitalar da Cova da Beira⁵¹ por exemplo, é responsável por um impacto na saúde pública de 1 milhão de dólares por ano (770 mil euros) e 107 mil dólares (82 mil euros) em custos diretos em cuidados de saúde.

Contudo, a mais-valia de investir em instituições de saúde com eficiência energética e amigas do ambiente não se esgota na prevenção de doenças futuras. Um estudo recente (2012) publicado pelo *Commonwealth Fund* procurou identificar se hospitais sustentáveis em termos ambientais poderiam ajudar a inverter a curva de crescimento dos gastos em cuidados de saúde⁵², considerando que as despesas energéticas representam nas instituições norte-americanas entre 1 a 3 % dos orçamentos hospitalares.

O estudo foi elaborado com base em 18 hospitais que tinham implementado medidas de redução de uso de energia, de redução de lixos e de compra eficiente de material de bloco operatório (considerado pelos autores uma das áreas que mais energia e recursos consome num hospital).

A generalização dos resultados obtidos por estas medidas a todos os hospitais do país (EUA) permitiria, segundo os autores, uma poupança de 5,4 mil milhões de dólares (cerca de 4 mil milhões de euros) em 5 anos e 15 mil milhões de dólares (cerca de 12 mil milhões de euros) em 10 anos, contrariando a ideia pré-concebida que o investimento na sustentabilidade ambiental dos hospitais não compensa as eventuais poupanças.

Construir uma saída

A generalidade dos sistemas de saúde defronta-se com o ciclo: mais cuidados de saúde, leva a maior consumo energético, que origina necessidade de maior produção de energia causadora de doença; que leva a mais cuidados de saúde, reiniciando o ciclo. Construir uma saída para este ciclo vicioso causador de grandes desperdícios para o País e para o SNS é uma prioridade global.

Do mesmo modo, os custos estruturais nos serviços públicos de prestação de cuidados de saúde obrigam à manutenção de orçamentos históricos elevados, que não privilegiam a gestão e financiamento com base na produção e eficiência.

Nos Estados Unidos diversas instituições têm construído e aplicado estratégias custo-efetivas que podem ser aplicadas em todo o país. Algumas delas apresentam avaliações e medidas muito concretas de mudança⁵³.

Em Portugal alguns hospitais iniciaram projetos de eficiência energética⁵⁴, e em 2010 iniciou-se algum trabalho nesta área no âmbito do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e o Programa de Eficiência Energética na Administração Pública (ECO.AP)⁵⁵. Contudo, importa aprofundar este trabalho, em especial na área de poupança e eficiência clínica.

O processo de mudança de comportamentos clínicos com influência no ambiente merece uma análise cuidada. Neste

⁴⁹ <http://www.sustainabilityroadmap.org>.

⁵⁰ Ver Healthcare Energy Impact Calculator <http://www.eichealth.org/>.

⁵¹ Centro Hospitalar da Cova da Beira; Sustentabilidade energética; [em linha] 2012 - [acedido a 10/12/2012], disponível em: <http://www.chcbeira.pt/index.php/2012-04-03-08-00-47/2012-06-07-02-35-53/2012-06-07-02-41-13>.

⁵² Kaplan S., Sadler B., Little K., Franz C., Orris P., Can Sustainable Hospitals Help Bend the Health Care Cost Curve? [em linha]; Commonwealth Fund 2012, pub. 1641 Vol. 29; [acedido a 07/12/2012]; Disponível http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2012/Nov/1641_Kaplan_can_sustainable_hospitals_bend_cost_curve_ib.pdf.

⁵³ Ver <http://www.sustainabilityroadmap.org/> e http://www.gghc.org/documents/Reports/GGHC_PrescriptivePath.pdf.

⁵⁴ Ver projeto dos Hospitais da Universidade de Coimbra - <http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/isa-instala-solu-o-para-gest-o-energetica-nos-hospitais-da>.

⁵⁵ <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/PlanoEstrat%C3%A9gicodoBaixoCarbonoeECOAP/PEBCeECOAP/tabid/491/lan-guage/pt-PT/Default.aspx>.



sentido, propõe-se um plano de ação nacional que permita uma intervenção sistemática sobre esta área, cortando em gorduras reais do nosso sistema de saúde. Este processo deve ser obrigatório, devendo ser integrado nos contratos programa dos hospitais.

Este processo deve ter objetivos de curto, médio e longo prazo. Os objetivos de curto e médio prazo devem poder iniciar-se sem investimento significativo, permitindo poupanças imediatas. Os objetivos de longo prazo devem permitir adaptar as instituições de saúde, tornando-as sustentáveis a nível energético, reduzindo a sua pegada ambiental e os seus custos operacionais.

Assim, sistematizando o Plano de Ação para hospitais sustentáveis:

1.ª fase	
1 - Criação de equipa abrangente para liderar este processo ao nível ministerial.	1.º semestre 2013
1.1 - Compromisso com hospitais e outras instituições de saúde sobre:	
1.1.1 - Adesão a comportamentos de eficiência energética (inclui a constituição de equipas locais responsáveis por esta área);	1.º semestre 2013
1.1.2 - Mudanças de âmbito comportamental (nesta fase sugere-se três áreas - gestão de lixos; gestão de compras; gestão energética - ver adiante);	Início 1.º semestre 2013 e continuidade.
1.1.3 - Criação de processos de diagnóstico de situação e monitorização da evolução.	1.º semestre 2013
1.2 - Preparação de documento de trabalho de um plano estratégico nacional obrigatório de eficiência nas instituições públicas de saúde;	1.º semestre 2013
2.ª fase	
2.1 - Identificação, discussão e inclusão de aportes de parceiros relevantes no documento de trabalho do plano estratégico (LNEC, por exemplo);	2.º semestre 2013
2.2 - Envolvimento de empresas e sociedade civil na discussão;	Após ponto anterior
3.ª fase	
3.1 - Implementação do plano estratégico nacional obrigatório.	A partir de 2014

Operacionalização da primeira fase

Considerando a urgência de alcançar poupanças no Serviço Nacional de Saúde sugere-se que a estratégia de curto prazo seja definida quanto antes. Assim, a operacionalização da primeira fase, em especial, o ponto 1.1.2 - Mudanças de âmbito comportamental, poderia ser efetuada do seguinte modo:

Finalidade: Obter poupança financeira para o Estado, reduzindo a pegada ambiental e impacto na saúde pública.

Objetivo: introduzir três medidas de sustentabilidade energética nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde até ao final de 2013.

As medidas serão descritas nos subcapítulos seguintes.



3.2.1 - Redução do uso de energia nos hospitais do SNS até final de 2015.

Nos cuidados de saúde existem práticas de desperdício energético, nomeadamente: o aquecimento ou arrefecimento e a iluminação de salas desocupadas, equipamentos ligados desnecessariamente, falhas na manutenção de equipamentos e a negligência na verificação de fugas de água ou ar.

Aceitando o valor médio referido acima para o Centro Hospitalar da Cova da Beira, os hospitais portugueses são responsáveis por um impacto na saúde pública superior a 45 milhões de euros por ano e 4,8 milhões de euros em custos diretos em cuidados de saúde devido unicamente ao seu consumo energético⁵⁶.

Um estudo recente em 12 hospitais do Wisconsin - EUA, revela ser possível reduzir o consumo energético entre 9 a 10% sem investimento de capital⁵⁷. Assumindo 10% de redução de consumo energético poderiam ser alcançadas poupanças anuais em Portugal de 4,5 milhões de euros de impacto em saúde e 480 mil euros de redução de custos diretos dos hospitais.

Descrição da proposta:

ESTABELECEM O PONTO DE PARTIDA.

Medir a eletricidade, água, gás ou outro combustível consumido em todas instituições aderentes para estabelecer uma base inicial. A partir deste ponto cada unidade deve estabelecer os seus objetivos, que podem ser comparados no início e futuramente para avaliar o desempenho.

Este processo deve ser público e divulgado à comunicação social.

Procedimento:

- As instituições individualmente devem avaliar os seus consumos com base nas contas de água, luz, gás ou outro combustível;

⁵⁶ Assumindo 6 ULS, 27 hospitais, 20 Centros Hospitalares, 3 institutos oncológicos e 3 instituições de saúde mental, como estrutura do SNS, constando no Relatório e Contas de 2010 da ACSS, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf>

⁵⁷ Kaplan S., Sadler B., Little K., Franz C., Orris P., *Can Sustainable Hospitals Help Bend the Health Care Cost Curve?* [em linha]; Commonwealth Fund 2012, pub. 1641 Vol. 29; [acedido a 07/12/2012]; Disponível em:

- Interligação com o Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e o Programa de Eficiência Energética na Administração Pública.

Benefícios:

- Capacidade de categorizar a energia utilizada;
- Comparação entre instituições semelhantes e identificação de boas práticas e práticas ineficientes;
- Permite priorizar as intervenções e avaliar a evolução ao longo dos anos.

Recursos:

- O Ministério da Saúde deve criar os instrumentos para a colheita e compilação da informação, dando suporte em todo o processo.
- Para apoiar esta área pode ser consultado o site *Sustainability Roadmap* - <http://www.sustainabilityroadmap.org/> ou solicitando apoio aos operadores da área.

Descrição da proposta:

REDUZIR OU DESLIGAR ILUMINAÇÃO E EQUIPAMENTOS EM HORAS SEM UTILIZAÇÃO.

Cada instituição deve identificar que áreas das suas unidades necessitam de energia e em que períodos, permitindo desligar ou reduzir a iluminação e equipamentos quando estes não são necessários.

Procedimento:

- Deve ser criado um processo sistemático e periódico (uma *checklist* por exemplo) que avalie a utilização dos espaços da instituição;
- Esta avaliação deve permitir estabelecer os locais e os períodos que devem ter a iluminação e os aparelhos em funcionamento reduzido ou desligados;
- Onde possível, podem ser aplicados temporizadores ou sensores que desliguem automaticamente os aparelhos quando estes não forem utilizados;



- Os computadores podem ter definido o encerramento ao fim de uma hora sem utilização;

- Os profissionais devem ser sensibilizados para desligarem os aparelhos quando estes não são necessários.

Benefícios:

- Poupança imediata de energia e dinheiro;
- Consciência da utilização dos espaços e adequação dos recursos energéticos alocados.

Recursos:

- EDP ou outros operadores energéticos;
- LNEC ou outros institutos similares.

Descrição da proposta:

DEFINIR OS TERMOSTATOS E/OU AR CONDICIONADO PARA BALANCEAR A EFICIÊNCIA E O CONFORTO.

Em diversas ocasiões existe um desperdício de energia que decorre de ligar e desligar os aparelhos de controlo da temperatura constantemente. Isto ocorre porque não está definida uma temperatura base e práticas recomendadas.

Procedimento:

- Estabelecer uma temperatura padrão por estação (inverno, primavera, verão e outono);
- Sensibilizar os profissionais para evitar desligar os aparelhos ou colocá-los em temperaturas extremas para responder rapidamente ao frio ou ao calor;
- Procurar ter janelas e portas fechadas quando os aparelhos estejam a funcionar;
- Identificar e corrigir fugas de calor/frio/energia.

Benefícios:

- Poupança imediata de energia e dinheiro.

Recursos:

- Solicitar apoio à EDP que tem unidades próprias para este efeito.



3.2.2 - Melhor gestão dos lixos produzidos, em especial redução do lixo contaminado e reciclagem do lixo viável para este fim.

De acordo com a Agência de Proteção Ambiental dos EUA (Kaplan S, 2012), cerca de 85% dos resíduos hospitalares não são perigosos, sendo que apesar disso muitos deles são colocados em sacos vermelhos ou brancos (lixo médico contaminado), cujo custo de tratamento é consideravelmente superior. Do mesmo modo, não existe a reciclagem sistemática de papel e plástico aumentando os danos ambientais e custos de tratamento de lixo para o País.

Descrição da proposta:

IMPLEMENTAÇÃO APROFUNDADA E REVISÃO SE NECESSÁRIO DO PLANO ESTRATÉGICO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES 2010 -2016⁵⁸.

As instituições de saúde devem ser responsáveis e responsabilizáveis pelo lixo que produzem, considerando o seu impacto ambiental e financeiro.

Deve incentivar-se o rigor na separação de lixos que permita reduzir a categorização de resíduos hospitalares perigosos, quando não se cumprem os critérios para tal.

Neste sentido, devem criar-se procedimentos de auditoria/ estudo que estimem a percentagem de erro na categorização de lixos. Com base nesta identificação devem criar-se procedimentos de intervenção.

Benefícios:

- Poupança imediata de energia e dinheiro;
- Redução dos gastos estruturais;
- Menor poluição;
- Maior reciclagem.

Recursos:

- Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares 2010-2016.

⁵⁸ Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares 2010-2016 <http://www.portal.dasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/perh+ii.htm>.



3.2.3 - Compra eficiente de material de bloco operatório e gestão adequada do consumo energético destas unidades.

Nos EUA, os blocos operatórios correspondem a cerca de 33% dos custos de material e têm custos largos de uso energético e gestão de lixos. Entre as práticas causadoras de desperdício nestas unidades encontra-se: utilização de muitos produtos descartáveis em vez de produtos reutilizáveis (por exemplo: a maioria dos campos estéreis poderiam ser de material reutilizável, assim como o pano que envolve alguns materiais esterilizados); a utilização de *packs* pré-preparados de material cirúrgico que estão desadequados e que originam o desperdício de instrumentos que não são utilizados. Criar um grupo multiprofissional que permita a criação de guias

Descrição da proposta:

REDUZIR OS CUSTOS OPERACIONAIS DOS BLOCOS OPERATÓRIOS (BO).

operacionais (*checklist*) de opções/alterações que podem ser feitas para permitir reduzir os custos.

Os guias orientadores devem ser adotados e utilizados pelas administrações hospitalares e chefias de BO.

Com base na literatura criar ações concretas a implementar.

Benefícios:

- Poupança a médio-longo prazo de dinheiro;
- Redução do lixo produzido;
- Redução da necessidade de adquirir material.

Recursos:

Consultar:

<http://www.sustainabilityroadmap.org/> e http://www.gghc.org/documents/Reports/GGHC_PrescriptivePath.pdf.



4. Planeamento estratégico de recursos humanos

As poupanças referidas nos capítulos anteriores só serão viáveis se forem acompanhadas de um planeamento estratégico de recursos humanos no setor da saúde. Reduzir camas hospitalares só reduz custos se a estrutura for igualmente reduzida. Caso não o seja o custo por doente poderá ainda aumentar, originando uma utilização menos eficientes dos recursos.

A maioria das propostas elaboradas ao longo deste documento implica que haja uma transferência de recursos do hospital para os cuidados na comunidade. Existem atualmente e na área da Enfermagem especializada um número considerável de enfermeiros especialistas cujas competências estão a ser desperdiçadas no hospital, considerando que estes não exercem a sua especialidade. Tal facto representa um desperdício de capacidade instalada que não é aceitável num país alvo de intervenção financeira.

À semelhança do que referia o Relatório Mundial de Saúde de 2010, existe no SNS uma estrutura de pessoal inapropriada, dispendiosa e rígida. A criação de Unidades Locais de Saúde poderia tornar-se uma saída, mas para isso era necessário que fosse criado o incentivo a transferência dos cuidados para a comunidade.

O documento da OMS apresentou vários problemas que afetavam os profissionais de saúde, nomeadamente contratos fixos/inflexíveis; salários inapropriados; recrutamento baseado em favoritismos, orientações pouco claras sobre afetação de recursos; fracos mecanismos de responsabilidade e governação; baixos salários. A OMS sugeria como soluções realizar levantamentos com base nas necessidades e formação; rever as políticas remuneratórias; introduzir contratos flexíveis e/ou pagamentos relacionados com o desempenho; implementar delegação de tarefas e outras formas de adequar as competências às necessidades, melhorar a regulamentação e a governação, incluindo fortes mecanismos de sanção; verificar a vulnerabilidade à corrupção, realizar inquéritos para monitorizar as despesas públicas e promover códigos de conduta na área.

A 18 de abril de 2012, a Comissão Europeia divulgou um Plano de Ação para o Planeamento de Recursos Humanos em Saúde⁵⁹ que identificava três ações a realizar neste

campo: (1) Prever as necessidades de força de trabalho e melhorar as metodologias de planeamento desta força de trabalho; (2) Antecipar as necessidades futuras de competências/perícia nas profissões de saúde; (3) Partilhar boas práticas no recrutamento efetivo e estratégias de retenção nas profissões de saúde.

O trabalho desenvolvido neste âmbito deve ser acompanhado com o objetivo de construir em Portugal um pensamento estratégico consciente e deliberado sobre que profissionais de saúde se querem no Portugal de 2020. Esta matéria não deve estar separada do planeamento do sistema educativo de acesso às profissões de saúde⁶⁰.

A OE sugere a criação de um grupo de trabalho que interligado com o Plano de Ação Europeu possa construir um Planeamento Estratégico de Recursos Humanos em Saúde que seja promotor de um força de trabalho altamente motivada, produtiva, inovadora, eficiente, e responsável por cuidados de elevada qualidade.

Este grupo de trabalho deve poder preparar a candidatura a fundos comunitários que estão a surgir no âmbito do Plano de Ação Europeu nesta área, o que pode constituir-se como uma fonte de financiamento importante para a reestruturação do SNS.

⁵⁹ Consultar: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/andor/headlines/news/2012/04/20120418_en.htm.

⁶⁰ Ver Planeamento Estratégico Ensino de Enfermagem 2008-2012 http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanEEEnfermagem.pdf. A OE está neste momento a desenvolver um novo documento neste âmbito.

5 - Nota conclusiva

A Ordem dos Enfermeiros visou com este documento responder com propostas concretas à intenção pública do Ministério da Saúde de reduzir camas hospitalares, indo ao encontro ao previsto no memorando de entendimento com o Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia a respeito da transferência de cuidados para os cuidados de saúde primários e redução de custos hospitalares.

Ao longo do texto a OE apresenta 15 propostas que potenciam poupanças diretas e indiretas estimadas em vários milhões de euros e que podem traduzir uma redução importante dos gastos estruturais do SNS.

Analisando apenas oito propostas cuja estimativa de redução de dias de internamento e de poupança financeira é possível realizar nesta altura e dentro dos objetivos deste documento, é possível identificar **uma redução superior a 165 mil dias de internamento e 18,6 milhões de euros de custo direto para o SNS por ano.**

Estes valores estão claramente subestimados pois não conseguem avaliar a poupança indireta obtida com estas medidas e a poupança direta e indireta das restantes oito propostas que se traduzem numa mudança estrutural da prática assistencial em Portugal, incidindo nos cuidados na comunidade, na promoção da saúde dos cidadãos, na qualidade e na eficiência das instituições de saúde.

Mais importante do que contabilizar o que se poupará com estas medidas, foi intenção deste documento apresentar um conjunto de propostas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, ao mesmo tempo que se reduz os custos do Estado, procurando fazer mais e melhor com menos desperdício.

Qualquer uma das propostas apresentadas merece uma análise detalhada e uma operacionalização que não cabia no âmbito deste documento. Por este motivo a OE demonstrase desde já disponível para apoiar a operacionalização das propostas apresentadas.



Avenida Almirante Gago Coutinho, n° 75
1700-028 Lisboa

Tel: (+351) 218 455 230
Fax: (+351) 218 455 259

mail@ordemenfermeiros.pt
www.ordemenfermeiros.pt

