



SNS EM FOCO

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS CENTRADA NA PESSOA E NOS SEUS PERCURSOS DE SAÚDE

RELATÓRIO 2021 FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE - SNS

SNS EM FOCO

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS CENTRADA NA PESSOA E NOS SEUS PERCURSOS DE SAÚDE

RELATÓRIO 2021 FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE - SNS

Ficha Técnica:

Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde, 2021

ISBN - 978-989-33-2527-8

Organização:

Isabel Abreu

José Carlos Santos

Patrícia Barbosa

Pedro Maciel Barbosa

Contributos:

Adelaide Belo

Alcindo Maciel Barbosa

Ana Adivinha

Ana Jorge

Ana Mota Soares

António Leuschner

António Rodrigues

Cipriano Justo

Diana Costa

João Carlos Moreira

João Rodrigues

José Luís Biscaia

Manuel Lopes

Maria Augusta Sousa

Maria do Céu Rocha

Rui Lourenço

Rui Monteiro

Rute Borrego

Teresa Costa Leão

Teresa Gago

Victor Ramos

Vítor Herdeiro

Lista de Siglas e Abreviaturas:

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades da Vida Diária
BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CMS – Câmara Municipal de Sintra
CPCJ – Comissão de Proteção das Crianças e Jovens
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EAD – Equipa de Apoio Domiciliário
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECP - Equipa de Cuidados Paliativos
ECR – Equipa Coordenadora Regional
EGA – Equipa de Gestão de Altas
ESDCC- Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos
DGS – Direção Geral da Saúde
HAP – Hospital de Apoio Perinatal
HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
HFF – Hospital Fernando da Fonseca
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
INEM – Instituto de Emergência Médica
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MF – Médico de Família
MGF - Medicina Geral e Familiar
OMS – Organização Mundial da Saúde
PIC – Plano Individual de Cuidados
PNPAF – Plano Nacional de Promoção da Atividade Física
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
RA – Residência Autónoma
RAMa – Residência de Apoio Máximo
RAMo – Residência de Apoio Moderado
RN – Recém-Nascido
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RTA – Residência de Treino da Autonomia
SLS – Sistema Local de Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU - Serviço de Urgência
TA normais – Tensões arteriais normais
UC – Unidade de Convalescença
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCF – Unidade Coordenadora Funcional
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UDPA – Unidade de Dia e Promoção da Autonomia
EU – União Europeia
UF – Unidade Funcional
UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária
ULDM – Unidade Longa Duração e Manutenção
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
USF – Unidade de Saúde Familiar
USO – Unidade Socio Ocupacional
WHO – World Health Organization

Nota: Os conteúdos dos textos são da inteira responsabilidade dos seus autores.

CONTEÚDO

PREÂMBULO	6
SUMÁRIO EXECUTIVO	8
A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS.....	12
MODELOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS – PRÁTICAS PRECURSORAS	20
AS UCF DA SAÚDE MATERNO E INFANTIL UMA PRÁTICA PRECURSORA DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - ANA JORGE.....	21
SAÚDE MENTAL EM AMADORA E SINTRA - TERESA MAIA CORREIA.....	25
COMENTÁRIO - VÍTOR HERDEIRO.....	30
MODELOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS – DESAFIOS.....	32
SOBREUTILIZAÇÃO DE URGÊNCIAS: INTERVENÇÕES POSSÍVEIS - RUI LOURENÇO	33
INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS NA ULSM: A EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS - MARIA DO CÉU ROCHA	36
SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - CIPRIANO JUSTO	41
COMENTÁRIO - ANTÓNIO RODRIGUES	43
INSTRUMENTOS FACILITADORES DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS.....	46
PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS - ANA ADVINHA.....	47
SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SOLUÇÕES DIGITAIS INTELIGENTES - JOSÉ LUÍS BISCAIA.....	51
EXPERIÊNCIA DAS EQUIPAS DE COORDENAÇÃO DA RNCCI - ANA MOTA SOARES.....	55
COMENTÁRIO - JOÃO RODRIGUES.....	58
INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PERSPETIVAS SISTÉMICAS.....	60
SAÚDE PÚBLICA E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS -TERESA COSTA LEÃO	61
SAÚDE E INTERSETORIALIDADE - MANUEL LOPES.....	65
TENDÊNCIAS EVOLUTIVAS DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - ADELAIDE BELO.....	71
COMENTÁRIO - ALCINDO MACIEL BARBOSA	74
PERSPETIVAS FUTURAS.....	76



Victor Ramos

Presidente do Conselho de Administração

A iniciativa de criar uma Fundação cívica com os propósitos de proteger, promover e desenvolver o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi apresentada publicamente na

Conferência “SNS – Cidadania e Responsabilidade” que teve lugar no Auditório da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, no dia 26 de outubro de 2011.

Há precisamente 10 anos.

Entre a centena de proponentes figuram vários ministros da saúde, o Presidente Jorge Sampaio e o Dr. António Arnaut, justamente apelidado de pai do SNS.

A concretização formal e jurídica da Fundação foi facilitada pela oferta por parte da Fundação Oriente de uma fundação já constituída, sua afiliada, então inativa - a Fundação para a Saúde. Esta, fora criada em abril de 2000 para se dedicar a ações na área da saúde.

A convergência entre a ideia de criar uma Fundação SNS nova e o pragmatismo de aproveitar uma entidade já com existência jurídica, mas inativa, ambas visando a saúde das pessoas e da população, permitiu colocar rapidamente de pé a Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde (FSNS). Esta nova designação fundamenta-se na ideia de que o SNS, sendo património de todos, tem um papel central e estruturante no processo solidário e equitativo de proteger e de promover a saúde de todos os cidadãos, de todas as comunidades e da população de Portugal.

Nos últimos 10 anos, a FSNS promoveu numerosos debates, seminários, workshops e organizou quatro Congressos (2013, em Lisboa; 2016, no Porto; 2018, em Coimbra; e “on-line” em 2020). Durante a pandemia COVID-19 a FSNS manteve e até reforçou as suas atividades, embora sob a forma de “webinars”, ou recorrendo a artigos, comunicados e outros textos.

Durante o mesmo período foram publicados quatro livros: “Para uma Conversação Construtiva” (2014); “Porto Saúde – Momento e Movimento” (2016); “Serviço Nacional de Saúde – Breve Interpretação e Linhas para a Sua Transformação” (2019); e “Contributos para um SNS (ainda) Melhor” (2020).

Um fio condutor perpassa por toda a atividade da FSNS nos seus 10 anos de existência: construir e consolidar esperança e uma visão de futuro para a saúde de todos e para o SNS enquanto instrumento que pode garantir uma melhor concretização dessa visão. E fazer com que essa visão se transforme em realidade.

Destaque e uma palavra de gratidão são devidos a todos os que têm mantido uma colaboração regular na FSNS por se identificarem com a suas visão e missão.

Esta obra, sob a forma de “Relatório 2021” é mais um passo nessa caminhada. Pretende-se que seja o primeiro dos Relatórios anuais a publicar no aniversário da Fundação. Cada um destes relatórios será dedicado a um tema relevante para o SNS e a saúde, de acordo com o plano de atividades definido. Este ano centra-se na prioridade de estudo e análise escolhida para 2021: o desafio da Integração de Cuidados. Esta escolha deve-se a esta ter sido considerada a fragilidade mais crítica do SNS, e do sistema de saúde em geral, tendo-lhe sido dedicado um ciclo de quatro webinars que decorreu em junho e julho de 2021: “Como evoluir da referenciação para a integração de cuidados centrada na pessoa e nos seus percursos de saúde?”.

Aqui se reúnem os diversos contributos e se sistematiza o conteúdo daquele ciclo.

Também se avançam perspetivas e sugestões de ação para o futuro. Acreditamos ser um exercício de inteligência colaborativa e um contributo útil para o reforço e a transformação, cada vez mais urgentes, do SNS.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Integração de cuidados significa uma abordagem inovadora de obter melhores resultados em saúde, contribuindo para sistemas de saúde mais robustos, eficientes, sustentáveis, com melhores desempenhos e resultados em saúde.



Nos últimos anos têm sido publicados vários trabalhos, por todo o mundo, relacionados com a integração de cuidados, variando as suas definições e formas. Partilham todos, porém, a visão de que sistemas de saúde integrados são o fator chave para a reforma dos sistemas, para garantir a eficiência e a sua sustentabilidade, promovendo ainda melhores resultados em saúde para as populações.

A Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde, partilha esta visão e não fica de fora naquilo que se refere à tentativa de apoiar o SNS a operacionalizar experiências de integração de cuidados centrados nos percursos das pessoas.

Ao longo destes 10 anos de vida a Fundação tem chamado a atenção para a temática.

Desde logo, na sua primeira publicação em 2014, resultado do I Congresso SNS: Património de Todos (2013 em Lisboa), onde se refere que *“Das organizações verticais para os processos de cuidados – os serviços de saúde têm vindo a transformar-se da sua vocação original – responder à doença aguda – adquirindo um conjunto de novas competências no domínio das situações de evolução prolongada. Para tal é necessário acrescentar à atual abordagem centrada nas organizações (hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e de saúde pública) uma outra, centrada nos processos de cuidados que atravessam transversalmente aquelas organizações. O que passa agora a interessar é o trajeto das pessoas através das diversas organizações de saúde de que necessitam e o resultado desse trajeto. Esta nova organização horizontal, virtual, ao contrário o que acontecia há algumas décadas, é hoje técnica e tecnologicamente viável.”* (FSNS. (2014). Serviço Nacional de Saúde: para uma conversa construtiva).

Em 2019, numa publicação que pretendia explicar o que é o SNS, apresentando algumas linhas para a sua transformação, refere-se que *“os modelos de organização e de prestação de cuidados de saúde na maioria das instituições do SNS já não são os mais adequados para antecipar e responder às novas necessidades decorrentes, em especial, das novas realidades demográficas e epidemiológicas, bem como às novas expectativas dos cidadãos e preferências da sociedade.”* (FSNS. (2019). SNS: Breve interpretação e linhas para a sua transformação).

A rede de serviços de proximidade é a chave para melhorar a efetividade, a eficiência e a capacidade de resposta do SNS em todos os níveis, a par de mecanismos efetivos de comunicação e interação entre centros de saúde, hospitais e outros serviços de saúde, sociais e organizações da comunidade. Este patamar será o que melhor potencia a participação cidadã, mas também a articulação de respostas envolvendo outros atores públicos (educação, segurança social e autarquias), bem como atores do sector social”. (FSNS. (2019). SNS: Breve interpretação e linhas para a sua transformação).

“Um dos desafios atuais nos sistemas de saúde, talvez o principal, é o da prestação de cuidados centrados nas necessidades das pessoas e nas preferências da sociedade e não nas organizações. Por sua vez, a integração de cuidados requererá transformar o SNS como um todo e a sua governação, bem como descentralizar a gestão, assegurar a sua competência, e repor e acrescentar meios nos pontos mais críticos. O SNS tem sido uma organização desligada, fragmentada por “níveis” e silos de instituições que comunicam e interagem mal e que cooperam pouco. Estas separações repetem-se relativamente à ligação com as instituições sociais e da comunidade. Com a evolução das necessidades da população e as novas capacidades técnicas este modelo de organização não é mais compatível com dar boas respostas aos cidadãos. Assim, uma das tarefas imediatas é a de melhorar a integração de cuidados a partir de uma boa rede e serviços de proximidade com serviços e tecnologias adequadas de apoio, e esbater a separação entre saúde, proteção social e participação comunitária”. (FSNS. (2019). SNS: Breve interpretação e linhas para a sua transformação).

No ano 2021 a Fundação publicou uma compilação dos seus artigos, manifestos e comunicados, dos quais destacamos:

“O tratamento das doenças deve deixar de ser fragmentado, desarticulado e, nalguns casos, desadequado, bem como o modo como as instituições e serviços de saúde são organizados e financiados. As instituições e as equipas de saúde devem cooperar, comunicar e interligar-se melhor entre si. O SNS não pode continuar estruturado nas tradicionais instituições de saúde, nem estar predominantemente centrado no tratamento de doenças. A integração dos cuidados centrados na pessoa ao longo do seu ciclo de vida tem de ter tradução concreta na atuação dos profissionais e na vida das pessoas e das famílias.” (José Aranda da Silva, Victor Ramos e Maria Augusta Sousa. SNS. Desafios, Constrangimentos e Oportunidades. Expresso, 20 de dezembro de 2019. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“Agora é importante mobilizar todas as capacidades e boas vontades disponíveis para iniciar um processo de profunda modernização do SNS. Amanhã pode já ser muito tarde. A realidade portuguesa e os conhecimentos atuais sobre a evolução dos sistemas de saúde na Europa indicam claramente que esta modernização terá que fazer-se em torno de duas ideias fundamentais: a integração de cuidados de saúde e a centralidade do cidadão nos sistemas de saúde. A integração de cuidados significa essencialmente assegurar às pessoas a gestão dos seus percursos no SNS de forma a passarem de um serviço para outro quando o necessitarem, sem barreiras ou descontinuidades desnecessárias. Isto é particularmente importante para aqueles que têm múltiplos problemas de saúde, de evolução prolongada. Mas também interessa fazer com que os episódios agudos de doença tenham uma resposta mais qualificada nos cuidados primários de saúde e que estes estejam continuamente em contacto com os hospitais para, quando necessário, decidirem em conjunto o melhor encaminhamento para as pessoas. Sem esquecer, contudo, que é em casa das pessoas que a maior parte dos cuidados, de saúde e outros, têm lugar.” Constantino Sakellarides. Queremos um SNS melhor. Jornal Público, 15 de agosto de 2017. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“Para revitalizar o SNS, este deve ser visto como um todo. Requer-se uma coordenação singular, unificada e integradora de todas as áreas atualmente em transformação. De igual modo parece inelutável um novo modelo de participação, de envolvimento e de mobilização dos cidadãos e dos recursos comunitários em torno da reorganização e do desenvolvimento do seu SNS. As questões relacionadas com a “navegabilidade” dos doentes no SNS são também questões que exigem uma resposta mais adequada”. José Aranda da Silva, Maria Augusta Sousa e Victor Ramos. Revitalizar o SNS. Jornal Público, 23 de novembro de 2017. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“A ausência de intercomunicabilidade entre os vários níveis de cuidados. (...) A organização por silos onde cada um pensa e gere de acordo com o seu umbigo cria entropias, despesismo e ausência de circuitos de facilitação para quem necessita de cuidados de saúde, ao invés de os circuitos estarem ao serviço das

necessidades dos cidadãos.” Maria Augusta Sousa. As doenças do SNS e o seu tratamento. Público, 07 de junho de 2018. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“Reorganização dos cuidados de saúde cada vez mais assente na cooperação multi institucional e no trabalho em equipa multiprofissional, para garantir a integração de cuidados centrada em cada pessoa, consoante as suas necessidades de saúde – trabalho em equipa onde as competências de cada um são, em conjunto com as dos restantes, a garantia de que os resultados esperados são alcançados. (...) Necessidade de adaptação organizacional do SNS aos novos desafios dos doentes com multimorbilidade, dando respostas em função das necessidades, focalizadas na pessoa e no seu percurso e não em doenças vistas isoladamente.” Maria Augusta Sousa, José Aranda da Silva e Victor Ramos. Emergência prolongada – a imposição da ameaça invisível e lições para o futuro. Público, 20 de abril de 2020. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“A experiência desta crise evidencia que as estruturas de proximidade são decisivas para implementar medidas que a todos dizem respeito. Por isso apela-se a que sejam tidas em conta as medidas que a FSNS tem proposto para reorganizar e reforçar o SNS e assegurar-lhe um financiamento adequado. Um SNS mais próximo dos cidadãos, das suas comunidades, que responda aos novos desafios da saúde e às necessidades da população. Que seja capaz de garantir integração de cuidados centrados efetivamente em cada pessoa, com maior colaboração interprofissional. Que garanta a formação e a motivação dos seus profissionais a todos os níveis e maior autonomia de gestão.” A pandemia de COVID-19, os cidadãos e o SNS. Comunicado da FSNS em 19 de março de 2020. In FSNS. (2020) Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“O cidadão tem dificuldade de “navegabilidade” no sistema atual compartimentado, fragmentado e com ineficiente comunicação interna e com os doentes. A sensibilidade em relação às necessidades das pessoas implica alterar formas de organização e de funcionamento dos serviços do SNS. As mudanças a fazer terão de ser adaptativas e combinar de modo inteligente e equilibrado um enquadramento estratégico central harmonizador com mudanças de proximidade”. José Aranda da Silva. Quais os desafios do SNS? Visão, abril de 2020. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“A crise há-de passar. Dela decorrerão muitos ensinamentos, mas já existem indícios claros do que tem de ser mudado para redesenhar o SNS do futuro. Desde o investimento, orçamentação e governação do SNS, à reorganização das suas instituições, serviços e equipas, por forma a assegurar continuidade e integração de cuidados, centrada na pessoa. Tal exigirá eliminar uma burocracia piramidal, com patamares intermédios díspares e desnecessários, que podem retardar decisões e comprometer a ação de quem está nas linhas da frente.” Felizmente temos um SNS em Portugal. Comunicado da FSNS, 4 de abril de 2020. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“O SNS deve ser visto como um todo sistémico integrado e coeso e não como um conjunto de elementos fragmentários desligados entre si. Está bem demonstrado que as ações tomadas a montante (literacia em saúde, promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, acompanhamento próximo de pessoas com morbilidade múltipla e dependências, o mais possível com apoios sociais e de saúde na sua comunidade), melhoram substancialmente os seus estados de saúde e as suas funcionalidades e bem-estar. Paralelamente, reduzem a necessidade de intervenções mais agressivas e menos efetivas a jusante – evitando hipertrofiar inadequadamente o final da cadeia de cuidados. A atual organização institucional do SNS por silos verticais separados: cuidados primários, serviços hospitalares e cuidados continuados – por sua vez desligados do tecido organizacional local do setor social e da comunidade multiplicam brechas, muros e espaços de ninguém onde os doentes se perdem, as redundâncias e desperdícios se multiplicam, os erros se potenciam e as oportunidades de obter ganhos em saúde se perdem. A integração de cuidados centrada nas pessoas e alicerçada na matriz comunitária exigirá a transformação do modelo organizativo e dos modos de gestão que se mantém

inalteráveis há mais de 40 anos. Atravessamos uma oportunidade ímpar para a transformação necessária. Seria um erro colossal deixá-la passar.” Uma oportunidade para transformar e reforçar o SNS. Comunicado da FSNS 18 de junho de 2020. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

“(Desafio:)Fragmentação e descontinuidade de cuidados – quer entre equipas, serviços e tipos de cuidados, quer entre setores, especialmente entre saúde e segurança social – afastando as pessoas da posição central que deveriam ter no seu SNS. (...) (causa) Organização desligada e descontínua, por silos ou tipos de cuidados (hospitalares, primários, continuados, paliativos, instituições do setor social público e privado, instituições do setor privado mercantil)- remetendo a integração de cuidados centrada na pessoa para um horizonte longínquo. Aniversário em tempo de pandemia – riscos, desafios e oportunidades para transformar o SNS. Comunicado da FSNS 8 de setembro de 2020. In FSNS. (2020). Contributos para um SNS (ainda) melhor.

No verão de 2020 a FSNS organizou três oficinas online relativas à importância da proximidade na gestão do SNS, onde se abordou a necessidade de reinventar a organização e garantir cuidados integrados.

No final do ano, o IV Congresso SNS: Património de Todos, em formato online pelas limitações impostas pela pandemia, decorreu em quatro sessões, com grande enfoque na integração de cuidados centrada na pessoa.

2021 começou também com dedicação ao mesmo tema, com a realização de um webinar sobre redes de proximidade, cuidados de saúde primários e integração de cuidados centrada na pessoa, apontado esta como a prioridade das prioridades de investimento na saúde.

Por fim, apresentamos a iniciativa que esteve na base desta publicação, decorrida no verão de 2021 através de um conjunto de quatro webinars que tiveram como finalidade discutir como se pode evoluir da referenciação para a integração de cuidados centrada na pessoa e nos seus percursos de vida e saúde. Para isso, organizaram-se quatro mesas, cujos temas fundamentam a organização da segunda parte deste relatório, onde constam os contributos dos oradores e comentadores convidados, em que nos dão as suas perspetivas relativas às práticas precursoras de modelos de integração de cuidados que há muito estão implementadas no SNS embora em pequena escala. Estes contributos permitem também ao leitor uma visão dos principais desafios da integração de cuidados, mas igualmente dos instrumentos que podem ajudar a ultrapassar as dificuldades. Por fim, uma visão sistémica para a integração de cuidados.

Terminamos apresentando algumas ideias para o futuro, não só do que a FSNS acredita ser essencial para o desenvolvimento do SNS, mas também qual o papel que pode desempenhar para potenciar esse desenvolvimento.

A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS



Atualmente, a União Europeia vive uma carência de modelos sustentáveis de prestação de cuidados de saúde e sociais. Os sistemas de saúde atuais enfrentam desafios para os quais não estão ainda preparados, apesar do conceito de integração de cuidados e centralidade do cidadão fazer parte do léxico da saúde há mais de duas décadas.

Isto porque foram concebidos em e para contextos muito diferentes daqueles que hoje encontramos, nomeadamente naquilo que respeita às alterações demográficas, especialmente a tendência para o envelhecimento da população e o aumento da carga de doença, fortemente relacionada com a múltipla morbilidade (European Commission, 2016).

Dados do INE estimam que a idade média dos portugueses aumente 8 anos até 2060, ano em que a esperança média de vida à nascença será de 84,2 anos para homens e 89,8 para mulheres. Estes dados apontam ainda que em 2013 registou-se um índice de envelhecimento da população de 136 idosos para cada 100 jovens (Santana & Marques (coord), 2016).

Nos últimos anos, tem-se tornado evidente que um dos principais desafios dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, é a múltipla morbilidade – pessoas com múltiplos problemas de saúde, habitualmente persistentes e de evolução prolongada, que requerem utilização frequente de cuidados de saúde (Sakellarides, 2021).

De acordo com a literatura, a multimorbilidade representa cerca de 50% da carga de doença dos países da OCDE, sendo que as pessoas com 75 ou mais anos, apresentam pelo menos uma, ou várias doenças crónicas (European Commission, 2016).

Já a OMS estima que as doenças crónicas correspondam a 60% do total de mortes por ano, sendo previsível um aumento de 17% nos próximos 10 anos (Santana & Marques (coord), 2016).

Segundo Santana & Marques (2016), em Portugal estima-se que o aumento anual das doenças crónicas seja entre 1% a 2,5% nas pessoas idosas.

Por outro lado, assiste-se a uma ausência de investimento na transformação dos sistemas de saúde, não se apostando em modelos verdadeiramente integrados, que respondam aos desafios atuais. Para isso tem contribuído a falta de uma abordagem coordenada e articulada das várias reformas da saúde, que até ao presente têm sido baseadas fundamentalmente em silos, o que não só prejudica e impede a integração, como bloqueia as tentativas de melhoria do acesso,

“As nossas organizações de saúde estão fechadas sobre si próprias, são uma espécie de novelo enrolado para dentro: falamos de hospitais, centros hospitalares, unidades locais de saúde, unidades de saúde familiar, centros de saúde ou unidades de cuidados continuados, sempre como unidades independentes, cada um destes, concentrado em objetivos próprios definidos independentemente uns dos outros; cada estrutura focada em desempenho e funções que pouco comunicam e pouco sabem umas das outras.”

Rosa Valente Matos, In
Santana & Marques, 2016

redução de custos, aumento da eficiência e da sustentabilidade do sistema (European Commission, 2016).

“A tradicional organização fragmentada e em silos das organizações de saúde, com respostas episódicas, reativas e orientadas para a doença, mostra-se cada vez mais desajustada à mudança do perfil epidemiológico das populações, aquilo a que a organização Mundial de Saúde (OMS) chamou de “silver tsunami”

Adelaide Belo, In Santana, 2021

A variada oferta de serviços de saúde e a multiplicidade de prestadores, públicos e privados, apontam o seu foco para o tratamento de situações agudas e crónicas, doença a doença, sem considerar a centralidade da pessoa e o indivíduo como um todo. Na maioria das vezes, não tem em consideração as necessidades da pessoa, conduzindo-o a um percurso desconectado e complexo, com escassa ou nenhuma articulação entre serviços e sem integração quer entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, quer entre estes e os cuidados sociais (European Commission, 2016).

Cuidados integrados, por definição, requerem cuidados multidisciplinares centrados na pessoa e orientados para a população. No entanto, os sistemas de atendimento e prestação não tem conseguido envolver e capacitar as pessoas de forma eficaz para se tornarem mais literadas, capazes de gerir o seu próprio plano de cuidados e, em última instância, partilharem o processo de tomada de decisão. Em Portugal, segundo Pedro, Amaral & Escoval (2016) 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado. Relativamente à dimensão cuidados de saúde, apenas 44,2% apresenta um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde.

Todas as evidências disponíveis para uma melhor gestão de doenças crónicas, comorbilidades e necessidades de cuidados de longo prazo destacam a necessidade de "envolvimento" dos indivíduos e comunidades na sua saúde e bem-estar. (European Commission, 2016).

É importante ultrapassar as grandes limitações do desempenho atual dos sistemas de saúde que decorrem da setorização e verticalização organizacional que tem caracterizado o seu desenho, superando a fragmentação, descoordenação e descontinuidade dos cuidados de saúde, promovendo a sua integração, através da boa gestão do percurso das pessoas pelos serviços de que necessitam.

A Integração de Cuidados é essencial para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. É uma estratégia multinível, multimodal, orientada para a prestação e acesso, projetada para atender a necessidades de saúde complexas, alcançando uma melhor coordenação de serviços em todo o continuum de cuidados. Não é um fim em si mesmo, é um meio de otimizar o desempenho do sistema e obter resultados de qualidade para o cidadão (Kodner & Spreuwenberg, 2002).

“É relativamente óbvio, que não se pode responder ao desafio da morbilidade múltipla a partir de serviços fragmentados e compartimentados verticalmente, como são os atuais. É necessário integrar os cuidados de saúde através da gestão do percurso das pessoas, bem como através dos serviços de saúde de que necessitam, articulando-os também com os de natureza social, sempre que necessário.”

Sakellarides, 2021, In Lopes & Sakellarides (coord), 2021

Integração de Cuidados

Considera-se Integração de Cuidados um princípio organizador que visa melhorar a prestação e a experiência do utente, através de uma resposta progressivamente coordenada. Trata-se da combinação e coordenação dos processos de planeamento, financiamento e prestação, enquanto estratégia de benefício direto sobre as comunidades e respetivos cidadãos. Quanto a uma definição do conceito, Santana & Marques (2016), apontam uma revisão de literatura realizada em 2009, que concluiu que o conceito de integração de cuidados é utilizado de 175 formas diferentes.

Destacam-se diferentes formas de integração de cuidados, de acordo com vários autores:

Integração organizacional - pode fazer-se horizontalmente, articulando as organizações de saúde que se situam ao mesmo nível de cuidados, ou verticalmente, integrando organizações que se situam em distintos níveis dos sistemas de saúde. Este tipo de integração faz-se habitualmente de “cima para baixo”, sendo por exemplo o caso das “unidades locais de saúde”.

Integração funcional - permite melhorar a articulação dos serviços de saúde, incluindo os sociais. Pode fazer-se de “baixo para cima”, estabelecendo coordenações funcionais entre um conjunto mais vasto de parceiros na prestação de cuidados de saúde, como os “sistemas locais de saúde” ou as “unidades funcionais de saúde”.

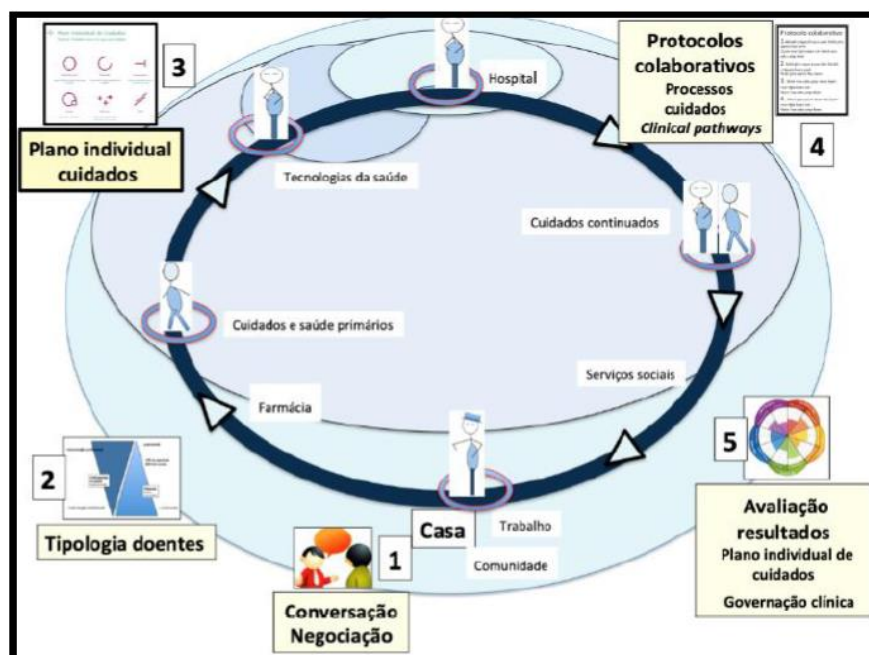
Integração de serviços - diferentes serviços clínicos são integrados em termos organizacionais, através de equipas de profissionais multidisciplinares.

Integração clínica - o atendimento/prestação de cuidados é integrado num processo único e coerente entre profissões, através de guidelines e protocolos partilhados.

Integração normativa - a partilha e o compromisso com um modelo de trabalho coordenado e integrado, estimula e favorece o aumento de confiança e colaboração na prestação de cuidados de saúde.

Integração sistémica - verifica-se coerência de regras e políticas em todos os níveis organizacionais denominado como "sistema de prestação integrado".

A integração de cuidados pela gestão dos percursos das pessoas através das organizações de saúde - possibilidade das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde, serem capazes de percorrer os vários serviços de que necessitam, em tempo útil, com bons resultados no final de cada percurso. Cada cidadão deve ser capaz de percorrer os vários serviços de que necessite, sem obstáculos ou barreiras no seu acesso (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzels, 2013; Sakellaires & Barbosa, 2021).



A integração de cuidados centrada nos percursos das pessoas

Fonte: Adaptado de Sakellarides & Barbosa, 2021

Na evolução dos sistemas de saúde, observa-se uma combinação das várias modalidades de integração atrás referidas. A tendência atual, no contexto dos desafios da alta prevalência de pessoas com morbilidade múltipla, parece ser a de evoluir da integração organizacional hierárquica, de cima para baixo, para articulações de carácter mais funcional, como são os “sistemas locais” e a gestão dos “percursos das pessoas”.

A Integração de Cuidados pode contribuir para o cumprimento da meta de “Triple Aim” nos sistemas de saúde (Berwick, Nolan & Whittington, 2008):

- Melhorar a experiência de atendimento do cidadão;
- Melhorar a saúde de pessoas e populações;
- Melhorar a relação custo-benefício dos sistemas de saúde.

Esta tripla finalidade está bem patente no conjunto das vantagens identificadas na literature (Santana & Marques, 2016):

- Reduz o volume de casos não urgentes no serviço de urgência hospitalar;
- Reduz o número de internamentos relacionados com doenças mentais;
- Diminui a taxa de abandono de cuidados de saúde mentais;
- Melhora a qualidade de vida dos doentes;
- Reduz a demora média de internamento;
- Reduz a utilização de cuidados hospitalares com benefícios para os doentes;
- Reduz a variação da prática clínica e erro médico;
- Reduz a taxa de readmissões hospitalares;
- Potencia a utilização de protocolos e guidelines clínicas no tratamento de doentes crónicos;
- Melhora os resultados em saúde;
- Permite um melhor desempenho financeiro;

- Melhora a custo-efetividade das intervenções clínicas;
- Reduz o número de atos ou procedimentos desnecessários ou duplicados;
- Diminui os custos da prestação de cuidados;
- Permite melhorar a satisfação dos trabalhadores e o trabalho em equipa;
- Melhora a satisfação dos utentes e suas famílias.

No entanto, apesar de reconhecidas as suas vantagens, para melhorar a experiência de cuidados e reduzir os custos associados à prestação, sabendo-se que a não concertação de esforços pelos diferentes atores pode levar a respostas desajustadas e duplicadas, com consequências na sobrecarga financeira do sistema de saúde (Santana, 2021), há um conjunto de barreiras que é necessário identificar e ultrapassar:

- Insustentabilidade do setor de prestação de cuidados agudos;
- Diferenciação de serviços nos cuidados de saúde primários;
- Aumento constante de procura e desenvolver novos modelos de atendimento;
- Falta de lideranças clínicas eficazes para a mudança;
- Corporativismo e interesses profissionais;
- Falta de qualidade dos dados e dos sistemas de informação;
- Baixo envolvimento da população em torno de novos modelos de prestação;
- Política de financiamento que incentiva os prestadores de cuidados secundários/agudos a expandir a atividade hospitalar;
- Política de financiamento focada no pagamento por episódio de atendimento, em detrimento de pagamento por plano de cuidados ou outras formas de agrupamento contabilístico;
- Regulamentação demasiado concentrada no atendimento por episódio ou organizacional.

É conhecida a existência de fatores que dificultam progressos significativos na integração de cuidados, sendo particularmente importantes na compreensão dos obstáculos e oportunidades transformativas do sistema de saúde português. No entanto, as barreiras podem ser superadas através de um conjunto de aspetos facilitadores, ao nível organizacional, técnico e político.

Naquilo que respeita o âmbito organizacional, a integração de cuidados será facilitada quanto maior for a coordenação de cuidados; a utilização de instrumentos como o Plano Individual de Cuidados, que permite a gestão de caso, informação centralizada, acessível e aplicada à tomada de decisão; o reforço do trabalho em equipa multidisciplinar, de redes interprofissionais, de modelos de responsabilidade partilhada com o utente/cuidador; o desenvolvimento de protocolos de alta/transferência entre níveis de cuidados; e, financiamento por resultados (Goodwin & Smith, 2012).

No âmbito técnico, a estratificação e definição de populações permite às equipas desenvolver um modelo de prestação adaptativa, equitativa e sustentável. Simultaneamente, os incentivos financeiros baseados em indicadores de integração, podem auxiliar no estímulo aos prestadores, a trabalharem colaborativamente, minimizando os efeitos perversos de pagamentos baseados em atividades, e podem promover a responsabilidade conjunta pela gestão dos recursos financeiros, e incentivar a gestão de problemas de saúde em ambientes de cuidados de saúde primários, o que ajuda a prevenir admissões e reduzir a permanência em cuidados hospitalares. Por outro lado, os sistemas de informação devem apoiar a prestação de cuidados integrados, especialmente através de sistemas de apoio à decisão, e de sistemas de identificação, classificação e encaminhamento de utentes segundo “avaliação de risco”. Também a existência de guidelines e/ou protocolos, promove as melhores práticas, apoia a

coordenação de cuidados e reduz variações ou lacunas no acesso e prestação (Goodwin & Smith, 2012).

Ainda no domínio técnico, a liderança deve facilitar a melhoria contínua da qualidade e a cultura colaborativa, enfatizar o trabalho em equipa e a prestação de cuidados altamente coordenados e centrados no utente. Por seu lado, a multidisciplinariedade estimula e desenvolve equipas de profissionais (saúde e sociais), que garantem respostas adequadas a condições progressivamente mais complexas e a modelos de decisão partilhada.

Por fim, ao nível político, a integração de cuidados será facilitada se existir uma estrutura regulatória e financeira que incentive a integração de cuidados, abordagens inovadoras e indicadores nacionais de resultado que incentivem a prestação de cuidados integrados (Goodwin & Smith, 2012).

Integração de cuidados no sistema de saúde Português e a iniciativa SNS+ Proximidade - Mudança centrada nas pessoas

Em primeiro lugar, importa identificar a criação das Unidades Locais de Saúde como um exemplo mais evidente da integração de carácter organizacional no âmbito do SNS (Sakellarides & Barbosa, 2021).

Em duas destas unidades, do Litoral Alentejano e a de Matosinhos, iniciaram-se e divulgaram-se projetos de integração de doentes crónicos complexos (gestão de casos – case management), aos quais se tem acrescentado mais recentemente outras iniciativas similares, nomeadamente do Hospital S. Francisco Xavier com o ACES de Oeiras e Lisboa Ocidental (Sakellarides & Barbosa, 2021).

Ao longo dos últimos anos, tem-se tornado claro que a implementação da integração não devia fazer-se de uma forma isolada, mas antes trabalhar no sentido de potenciar uma transformação significativa do SNS face aos desafios que encontra. Daí nasceu a iniciativa “SNS+ Proximidade”, que incluiu duas componentes principais: a integração dos cuidados de saúde e a centralidade do cidadão e da sua saúde ao longo do seu percurso de vida (Sakellarides e Barbosa, 2021).

Na componente da integração de cuidados, incluíam-se cuidados para pessoas com múltiplos problemas de saúde, de evolução prolongada; cuidados de saúde para a doença aguda, ou agudizações da “doença crónica” e cuidados em casa das pessoas.

Já na componente, relacionada com a centralidade do cidadão e seus percursos de vida, incluíam-se: as estratégias locais de saúde, literacia em saúde e qualificação do atendimento no SNS.

A ideia passava por ensaiar e avaliar no terreno muitos dos novos instrumentos necessários ao tipo de mudança de proximidade que se preconizava, envolvendo todos os que os utilizariam no quotidiano.

“Apesar das diferentes iniciativas e projetos de integração de cuidados implementados (...) e dos seus potenciais benefícios para a população abrangida, podemos constatar que estes se desenvolvem de forma isolada.

Em Portugal, não é possível identificar uma estratégia nacional cujo principal objetivo seja a integração de cuidados, isto é, não existe uma política concertada de integração de cuidados com estratégias de médio-longo prazo bem definidas ou com interligação entre política de saúde e política social. Tampouco se verifica a existência de grupos formais que promovam o acompanhamento e a avaliação deste tipo de projetos (considerando a pertinência da avaliação para a tomada de decisão e para o investimento nos modelos que se apresentem como mais efetivos e/ou eficientes.”

Santana, 2021

Para tal, era necessário ter em conta as assimetrias regionais e locais nos recursos da saúde. Tratava-se de uma mudança complexa, que entrecruzava múltiplos aspetos: técnicos, culturais, comportamentais e de gestão estratégica e operacional (Sakellarides & Barbosa, 2021).

“Mas não basta colocar a palavra “integração” nos títulos das reformas.

Integração sem a dimensão funcional da coordenação não leva a “cuidados integrados”. E esta só acontece se as alterações forem implementadas de “baixo para cima”.

Adelaide Belo, In Santana, 2021

Para uma efetiva implementação do SNS+ Proximidade seria indispensável:

- Mobilizar as lideranças locais para a inovação;
- Desenvolver novos dispositivos e instrumentos de gestão, informação e comunicação;
- Assegurar efetivamente a participação de todos os envolvidos;
- Garantir a gestão dos recursos humanos e financeiros;
- Promover a transformação digital do SNS;
- Aprender com a experiência, monitorizando e avaliando.

A realização efetiva da iniciativa SNS+ Proximidade teve início no primeiro semestre de 2017, com um projeto piloto na Região Norte, constituído por equipas de articulação e com foco na integração. Todavia, experimentou múltiplas dificuldades,

nomeadamente a sua ausência persistente no discurso político do governo da saúde, a falta de mecanismos efetivos de coordenação entre os vários níveis de gestão do SNS, a limitações na reorientação de recursos financeiros contratualizados a favor de uma agenda de integração dos cuidados (Sakellarides e Barbosa, 2021).

Até ao momento, continua a não ser conhecida ainda qualquer análise suficientemente detalhada dos fatores que dificultam o processo de integração de cuidados no sistema de saúde português. Todavia, é possível identificar alguns constrangimentos (Sakellarides & Barbosa, 2021):

Rutura conceptual – mudança de paradigma - As organizações sectoriais têm uma clara base social de apoio. Não é o caso dos processos de integração. Apesar dos progressos nas tecnologias biomédicas e de informação e comunicação, os sistemas de saúde permanecem conservadores e com lenta evolução.

Culturas profissionais - Apesar dos grandes progressos das últimas décadas nos cuidados de saúde primários e do papel potencialmente integrador da medicina interna em meio hospitalar, a “doença” continua a representar uma categoria predominante na formação, investigação e prática médica. É assim dificultada a transição da “doença” para a “pessoa”.

Aspetos instrumentais – transformação digital - A integração de cuidados através da gestão do percurso das pessoas através dos serviços de que necessitam, requer a utilização de um “plano individual de cuidados” (PIC), como instrumento de decisão partilhada entre a pessoa os prestadores de cuidados de saúde envolvidos. O desenvolvimento do PIC implica uma transformação digital de natureza integradora, o que ainda é pouco aparente em muitos sistemas de saúde, incluindo o português.

Perceção pública - A opinião pública em relação ao sistema de saúde centra-se muito nas necessidades imediatas, nomeadamente o acesso. A noção de integração de cuidados parece abstrata e não considerada importante pela opinião pública.

Contexto e gestão da mudança - O sistema de saúde português e o SNS, têm sido expostos a subfinanciamento crónico, agravado na última década. Acresce a perda de especialistas hospitalares e a erosão das condições de trabalho e sobrecarga, que não favorecem a adesão a processos de mudança.

Atitude e discurso político - A cultura política predominante, e o seu discurso, tem um forte pendor quantitativo. Continua a subestimar-se a dificuldade e complexidade da governação da saúde por parte do sistema político.

Apesar das várias tentativas, de que o SNS+ Proximidade é um dos mais recentes exemplos, não se assiste ainda à indispensável articulação entre a produção do conhecimento e a decisão política (Sakellarides & Barbosa, 2021).

Bibliografia

Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff.* 2008; 27(3):759–769.

European Commission. (2016). Call for Action “United towards Integrated Care”.

Goodwin, N. & Smith, J. (2012). Developing a National Strategy for the Promotion of Integrated Care. The Evidence Base for Integrated Care. The King’s Fund and the Nuffield Trust.

Kodner, D. & Spreeuwenberg C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper’ *IJIC* 2 (e12).

Santana, R. & Marques, A.P. (Coord) (2016). Integração vertical de cuidados de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Obras Avulsas 09.

Santana, R. (2021). Handbook da Integração de Cuidados. Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares e Escola Nacional de Saúde Pública.

Pedro, A.R.; Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 34, Issue 3, September–December, Pages 259-275.

Sakellarides, C. (2021) Das doenças às pessoas com morbilidade múltipla. In Lopes, M. & Sakellarides, C. (coord). (2021). Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo – contributos para a gestão da mudança. Imprensa Universidade de Évora. Coleção Azulejo.

Sakellarides, C. & Barbosa, P. (2021). Integração de cuidados no SNS: gerir o percurso das pessoas através dos serviços de saúde que necessitam. In Lopes, M. & Sakellarides, C. (coord) (2021). Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo – contributos para a gestão da mudança. Imprensa Universidade de Évora. Coleção Azulejo.

Valentijn, P.P.; Schepman, S.M.; Opheij, W.; Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*.



MODELOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS – PRÁTICAS PRECURSORAS

"Cuidados integrados incluem iniciativas que procuram melhorar os resultados, ultrapassando fragmentação de serviços através da coordenação de serviços ao longo do continuum de cuidados."

European Commission (2016) Call for Action "United towards Integrated Care".

AS UCF DA SAÚDE MATERNO E INFANTIL UMA PRÁTICA PRECURSORA DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - ANA JORGE

INTRODUÇÃO

As UCF constituíram uma boa prática na organização de cuidados da saúde da mulher e da criança, tendo havido um percurso longo que nos ajuda a entender o processo, e a sua análise e reflexão é importante, se queremos apontar as Unidades Coordenadoras e Funcionais (UCF's), como exemplo de boas práticas.

A relação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, há muito que constitui matéria de debate entre quem trabalha em saúde, enfatizando a sua importância na melhoria de cuidados de saúde prestado às pessoas, mas pouco concretizado.

Em 1991, o então Secretário de Estado Albino Aroso faz publicar o Despacho 6/91 (Despacho 6/91 do Gabinete do Secretário Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 1991) que cria as Unidades Coordenadoras Funcionais para a Saúde Materna e Infantil (UCF), para que contribuíssem de forma permanente na articulação entre os diferentes níveis de cuidados e garantissem a continuidade dos cuidados de saúde. Mas o caminho foi longo até chegar ao momento deste despacho, e mesmo depois da sua publicação a relação entre os diferentes níveis de cuidados, mesmo nesta área, não foi e ainda não é ágil.

O conhecimento deste percurso, que foi decisivo para a grande melhoria dos indicadores em saúde materno e infantil, pode ajudar-nos a refletir e ponderar a integração de cuidados, o caminho do futuro.

Portugal tinha, na segunda metade do século XX, nomeadamente na saúde materno infantil, indicadores na mortalidade infantil e materna, as taxas mais elevadas na Europa, e foi um dos temas referido como uma preocupação dos médicos, no relatório das carreiras médicas de 1967.

Os diferentes alertas em Portugal, acerca da taxa de Mortalidade Infantil e de todos os seus componentes e da Mortalidade Materna, levaram a diversas medidas de proteção à saúde da mulher e à criança, mas chegados a 74/75, ainda estes valores eram muito elevados (Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa, 1979).

A reforma de 1971, de Gonçalves Ferreira, com a criação dos centros de saúde de 1ª geração, na dependência da DGS, com ênfase na saúde Infantil e saúde materna, foi um impulso enorme na assistência materno-infantil (Pereira Miguel, Viegas & Frada, 2009).

A Direção Geral de Saúde (DGS), através dos serviços de saúde infantil e saúde materna, emitiu, ao longo dos anos, diversas orientações para a organização dos cuidados, incluindo também normas de atuação nestas áreas, para os cuidados primários e cuidados hospitalares. Ao tempo a DGS tutelava diretamente os Centros de saúde, e de 1984 a 1993 passou a ter a designação de Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Em 1976 é nomeada, pela Secretaria de Estado da Saúde, uma “Comissão para a Reestruturação do Setor da Saúde Materna e Infantil” que definiu as “Recomendações com vista à normalização dos cuidados primários em saúde materna e infantil”, que foram aprovadas pela Secretaria de Estado da Saúde em 1979 (Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa (1979).

“As ações que a Comissão considerou prioritárias foram a educação para a saúde, a vigilância e a promoção da saúde e a prevenção e tratamento das doenças, devendo as ações de natureza curativa ser adequadamente aproveitadas para sensibilizar e motivar as populações para as outras ações acima referidas” (Reestruturação do Setor de Saúde Materna e Infantil, 1982).

“A Comissão recomenda insistentemente que se deem às Administrações Distritais Serviços Saúde (ADSS), através das Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais e da Comissão Administrativa dos Serviços Médico-Sociais, os meios para que se realize, com a brevidade possível, a articulação das diversas Unidades de Saúde Materno Infantil (consultas externas dos hospitais, valências dos Centros de Saúde e postos de consulta dos Serviços Médico-Sociais) numa estrutura integrada, que garanta em todo o território a execução dum programa coordenado de cuidados de saúde” (Reestruturação do Setor de Saúde Materna e Infantil, 1982).

Define, pela primeira vez, níveis de cuidados nos Hospitais Concelhio, Distrital e Central para a grávida e RN e a sua articulação. Deste relatório, constam ainda recomendações para a prática em Cuidados Primários em Saúde Materna e Infantil, para os Hospitais onde nasciam crianças e como se deviam articular entre si e também orientações para as consultas de saúde infantil.

Este trabalho continua e é aprofundado pela criação do “Grupo de Trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatologia” (1984), e dá origem a normas que incluem: Cuidados Saúde Primários em Saúde Materna, Vigilância pré-natal, Parto, Planeamento Familiar; Cuidados ao RN no internamento nos centros de saúde; Cuidados Saúde Primários em Saúde Infantil - exames de vigilância da saúde, periodicidade, objetivos e avaliação do Desenvolvimento; Critérios de transferência de grávidas e RN, e é apresentada uma primeira grelha de avaliação de risco da gravidez a ser utilizada em CSP (Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil – Grupo de trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatologia, 1984).

Mais tarde, em 1989 é criada a 1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, pela então Ministra da Saúde, Leonor Beleza, e secretário de Estado Albino Aroso, sendo presidida por António Batista Pereira e Torrado da Silva, que deu um decisivo impulso à organização e qualidade dos serviços prestados à mulher e à criança.

A definição dos Hospitais, com maternidade, em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) (com cuidados intermédios para os RN de baixo risco) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) (cuidados intensivos para os RN de alto risco evitando-se a dispersão dos cuidados intensivos neonatais), bem como a articulação entre estes hospitais.

A criação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF's), em junho de 1991, (Despacho 6/91 do Gabinete do Secretário Estado Adjunto do Ministro da Saúde (1991), estabelecendo uma articulação entre os Centros de Saúde e os Hospitais da mesma área geográfica, facilitando a circulação da informação clínica nos dois sentidos, para assegurar o bem-estar da mãe e do feto.

Em janeiro de 1991, um outro despacho (1/91) do Secretário de Estado Adjunto do Ministro, tinha determinado como “tarefa obrigatória o preenchimento correto do Boletim de Saúde da Grávida e do Boletim de Saúde da Criança, por todos os serviços de saúde”, que permitia a identificação dos fatores de risco da grávida, do feto e do recém-nascido (Despacho 1/91 do Gabinete do Secretário Estado Adjunto Ministro da Saúde (1991).

Mais tarde é criado o subsistema de transportes do RN de alto risco, integrado no INEM, fundamental no reforço da articulação entre os diferentes tipos de hospitais, referidos atrás (Saúde Infantil em

Portugal, uma história de sucesso em Portugal – Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente, 2004-2008, 2009).

A par desta organização de serviços houve sempre preocupação na formação dos diferentes profissionais, quer dos hospitais quer dos cuidados de saúde primários. Com a constituição das UCF's, houve em algumas, formação conjunta e estágios em centros de saúde e nos hospitais da mesma área (Saúde Infantil em Portugal, uma história de sucesso em Portugal – Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente, 2004-2008, 2009).

Para uma articulação de cuidados entre os diversos níveis de cuidados (9), é necessário estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais e, esta constrói-se com o conhecimento e o diálogo entre profissionais e também na circulação da informação clínica. No que diz respeito ao conhecimento e diálogo, nas UCF's foi importante a definição de interlocutores em saúde materna e saúde infantil, o conhecimento nominal, as reuniões bilaterais, visitas e estágios parcelares bilaterais; quanto à circulação da informação clínica, ainda numa fase pré-digital, a existência do Boletim de Saúde Infantil (1978), do Boletim de Saúde Grávida (1979), Notícia de Nascimento (após 1992), a Carta de Alta do Puerpério e existência em cada centro de saúde e serviços hospitalares com linhas de telefone dedicadas, permitiu a facilidade dos contatos. Hoje em dia parte destes suportes de informação encontram-se digitalizados em plataforma web, mas ainda não agilizados.

CONCLUSÃO

A importância do grande envolvimento político, ao mais alto nível, Ministra da Saúde e diversos secretários de Estado, com especial destaque para Albino Aroso, nos diferentes períodos em que integrou governos, mas ainda a coincidência, de em alguns momentos mais decisivos, os secretários de Estado eram médicos.

A constituição dos grupos de trabalho incluía profissionais de saúde de diversas áreas, todos de grande competência e de reconhecido mérito inter pares.

A definição de orientações e normas de serviço com acompanhamento e monitorização dos responsáveis dos diversos serviços e a atribuição de competências para cada nível de cuidados.

A formação dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e dos hospitais e a responsabilização do Instituto de Clínica Geral, na altura, e da Escola Nacional de Saúde Pública, então tutelada pela DGS, com orientações bem precisas, do Diretor Geral da Saúde sobre a operacionalização da formação, cumprindo as orientações emanadas pelos grupos de trabalho (Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil – Grupo de trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatologia, 1984).

Esta conjugação de medidas e orientações criou o terreno propício para que as UCF's pudessem desenvolver o plano de ação para que foram criadas.

Mas apesar deste grande envolvimento as UCF's sofreram, desde a sua criação pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde em 1991, fases de grande desenvolvimento intercaladas por outras, quase sem atividade, claramente relacionadas com os ciclos políticos e os sinais e orientações dadas superiormente, embora a legislação enquadradora se mantenha até aos dias de hoje (Palminha, Lemos & Cordeiro, 1997).

A evolução das necessidades em saúde, as alterações que o paradigma da saúde sofreu, a nova realidade social e das famílias, e a evolução das tecnologias, faz pensar que é relevante encontrar um novo

modelo de articulação, uma verdadeira integração de cuidados. Mas o futuro passa ainda, pelo estabelecimento de uma Relação de Confiança (conhecimento, diálogo, e reconhecimento das competências interpares), da Circulação da informação, da valorização dos Cuidados de Saúde Primários e das suas competências, e do desenvolvimento ou reforço do trabalho em equipa multidisciplinar com o modelo de interdisciplinaridade (Torrado da Silva, 1996). Cada um abandona a sua posição individual para a construção de uma solução de grupo, em que cada um tem a sua responsabilidade de intervenção.

O foco é o utente com as suas necessidades e expetativas.

Bibliografia

Despacho 6/91 do Gabinete do Secretário Estado Adjunto do Ministro da Saúde (1991), DR, II série nº39, 20/06.

Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa (1979) XII Curso de Atualização e Aperfeiçoamento da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Direção Geral da Saúde.

Pereira Miguel, J.; Viegas, V. & Frada, J. (2009) A Direção Geral da Saúde, Notas Históricas, 2ª edição revista, Gradiva.

Reestruturação do Setor de Saúde Materna e Infantil (1982) Direção Geral da Saúde. Separata de Saúde Infantil nº 3, dezembro.

Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil – Grupo de trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatologia (1984) Direção Geral de Saúde, Cuidados de Saúde Primários.

Despacho 1/91 do Gabinete do Secretário Estado Adjunto Ministro da Saúde (1991) DR II série, nº 27, 02/01.

Saúde Infantil em Portugal, uma história de sucesso em Portugal – Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente, 2004-2008 (2009). Alto Comissariado da Saúde, Portugal.

Palminha, J.M.; Lemos, I. & Cordeiro M. (1997) Cuidados de Saúde Prestados às Crianças Portuguesas, Acta Médica Portuguesa, 10:119-125.

Torrado da Silva, A. (1998) Um sistema de inter-relação entre Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários, 1992 in Memoriam António Torrado da Silva , IAC.

Torrado da Silva, A. (1996) Algumas reflexões sobre o trabalho de equipa, in Notícias do Hospital Garcia de Orta, p.1-2, junho.

SAÚDE MENTAL EM AMADORA E SINTRA - TERESA MAIA CORREIA

INTRODUÇÃO

Para que possamos pensar neste tema, é fundamental pensarmos numa série de questões prévias que deverão moldar a forma como os Serviços se organizam e integram cuidados. Iremos começar por refletir sobre estas questões para posteriormente descrevermos a forma como nos temos organizado na área onde desenvolvemos a nossa atividade.

De que necessitam os doentes?

Um dos aspetos fulcrais será pensarmos sobre quais são as necessidades das pessoas que acompanhamos. Se de uma forma geral, podemos dizer que necessitam de um diagnóstico e tratamento precoce, de controlar sintomas, de recuperar deficits, de estratégias de reabilitação que possam ser generalizadas para a sua vida real, e de reintegração social, sabemos que nada disto é assim tão simples.

Sabemos também, que em saúde mental há algumas questões que são fundamentais para que possamos ter sucesso no tratamento. Disto são exemplo a questão da adesão (um assunto complexo nas pessoas com doença psiquiátrica e uma questão fundamental na gestão dos cuidados) o papel das famílias determinante na forma como lidam com a doença, nos mais jovens, mas também nos mais idosos e ainda a questão dos determinantes sociais que perpetuam ciclos de doença, por melhores que sejam as nossas abordagens.

Em relação às necessidades dos doentes, gostaria de vos citar um trabalho (Bridges et al, 2013) em que foi avaliada a concordância entre as prioridades estabelecidas por profissionais de saúde mental em relação a doentes com esquizofrenia e quais as prioridades que os próprios doentes identificavam. O que se verificou, foi que embora as necessidades identificadas por ambas sejam praticamente as mesmas, a sua ordem de prioridade é na verdade muito diferente. Identificou-se por exemplo uma grande diferença na forma como é valorizada pelos profissionais ou pelos utentes, a promoção da autonomia, a melhoria da capacidade para trabalhar ou a melhoria no desempenho das atividades da vida diária. Embora sejam todos aspetos importantes para ambos, têm relevâncias que são muito diferentes. Ora, se queremos ter sucesso nas nossas intervenções e na aliança que estabelecemos com os doentes, é fundamental que sejamos sensíveis àquelas que são as prioridades identificadas por eles, ou será muito mais difícil envolver os utentes em processos terapêuticos e reabilitativos.

Um outro conceito fundamental no planeamento de cuidados é o conceito de *recovery*, que envolve princípios fundamentais como a manutenção e promoção da identidade, o *empowerment*, o encontrar uma vida com significado, a ligação afetiva às outras pessoas e a possibilidade de manter a esperança. Estes são aspetos muito importantes na vida de qualquer pessoa e estão também relacionados com outros fatores muito concretos como ter casa, identidade (muitas vezes perturbada pela própria doença), as relações afetivas, a informação de uma forma geral e nomeadamente sobre a própria doença e uma sensação de controle sobre a sua própria vida que muitas vezes estes utentes perdem.

O grande desafio, nos tempos que correm é conseguirmos respostas para tudo aquilo de que estivemos aqui a falar e sobretudo pensarmos como podemos conseguir conciliar proximidade e diferenciação. Não interessa termos Serviços que são apenas muito próximos, mas também não

queremos ter Serviços altamente diferenciados longe das pessoas e aos quais ninguém chega. É preciso conciliar estes dois aspetos para conseguirmos dar resposta às necessidades dos doentes e conseguir envolvê-los num processo terapêutico.

Qual a prevalência da doença mental?

Portugal é um dos países com maior prevalência de psicopatologia na Europa, ocupando o segundo lugar a seguir à Irlanda, com predomínio das perturbações de ansiedade e em que os principais grupos de risco são as mulheres, os mais jovens e as pessoas que estão sozinhas (separadas ou viúvas).

Se consultarmos os registos dos Cuidados de Saúde Primários, encontramos uma percentagem muito elevada de perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e demência nas listas de doentes acompanhados.

Para a caracterização desta situação, é importante retermos que uma percentagem muito grande de pessoas, apesar de terem uma doença psiquiátrica, continuam sem acesso a um tratamento eficaz, estão mal medicadas, ou esperam demasiado tempo por essa mesma consulta.

Quanto às mortes por suicídio, sabemos que apesar de ter havido um aumento das tentativas de suicídio em faixas etárias mais jovens, em Portugal ela ocorre sobretudo em pessoas mais velhas, do género masculino, que vivem sozinhos e que sofrem de doenças crónicas e incapacitantes.

Em termos da demência com o envelhecimento da população assistimos a um aumento do número de pessoas com demência, sendo Portugal o 4º país da Europa com mais casos por cada mil habitantes. A média da OCDE é de 14.8 casos por cada mil habitantes sendo que para Portugal a estimativa é de 19.9.

Outro dado relevante para uma boa organização de Serviços, é o facto de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida terem início logo na adolescência.

Também é importante o facto de sabermos que homens e mulheres com menores rendimentos têm maior risco de desenvolverem por exemplo, quadros depressivos, o que ilustra a pressão dos determinantes sociais.

Todos estes fatores entre outros deveriam influenciar a forma como pensamos e organizamos Serviços, se queremos dar realmente resposta às necessidades que as pessoas têm.

E de que estamos a falar quando falamos de saúde mental?

Até agora falei essencialmente de doença, mas quando falamos de Saúde Mental, importa estarmos conscientes de que estamos a falar de um conceito que vale por si só, e que decorre de um balanço entre fatores de risco, que aumentam o risco de incidência ou gravidade de um distúrbio (vulnerabilidade) e fatores protetores, que diminuem o risco de incidência ou gravidade de um distúrbio, quando exposto a fatores de risco (efeito tampão – resiliência).

E não podemos pensar na saúde mental apenas como a ausência de doença, mas sim como algo de dinâmico, que engloba a resiliência, o ser autónomo, a capacidade de conseguir ter esperança e ser otimista, de participar, a capacidade de contribuir para a sociedade, e de uma forma mais global a capacidade de nos adaptarmos. Esta visão do que é saúde mental é absolutamente fundamental para a forma como se organizam programa de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças.

O que são serviços comunitários?

De que falamos, quando falamos de Serviços de Psiquiatria comunitários? Estaremos a falar apenas de fazer consulta na comunidade ou estar fora do hospital? A verdade é que se pode fazer as consultas fora do hospital como se estivéssemos dentro dele e sem haver integração de cuidados.

De acordo com Caplan, tem a ver claramente com uma visão diferente da prestação de cuidados, respondendo às necessidades de saúde mental de uma população pela qual aceitámos ser responsáveis, baseada em modelos de saúde pública, prestando particular atenção a faixas da população com maior risco, intervindo nos vários de prevenção primária, secundária e terciária, valorizando a intervenção na crise, envolvendo outros cuidadores e profissionais de outras estruturas e promovendo a saúde mental através da educação e colaboração.

Os princípios que os Serviços de Psiquiatria devem cumprir para realmente implementarem esta visão comunitária, são os de autonomia, continuidade, efetividade, acessibilidade, compreensão, equidade, responsabilização, coordenação e eficiência, que temos que saber ler e traduzir por estratégias concretas.

Os serviços comunitários garantem a equidade no acesso aos cuidados, asseguram que o tratamento decorre na comunidade, promovem a participação dos utentes, famílias e comunidade que enfatiza o contexto comunitário como elemento chave na formulação e abordagem dos problemas psiquiátricos (Tom Burns, 2004). Esta definição apela a um trabalho multidisciplinar, com os utentes e suas famílias e com elementos significativos da comunidade, para entender o contexto, a estrutura e o meio onde as pessoas adoecem e vivem a sua doença e sempre que possível “dar resposta aos fatores sociais que contribuem para a causa e manutenção da doença psiquiátrica” (Tom Burns, 2004).

De que deve depender a organização de um Serviço?

Apesar de haver aspetos globais que serão sempre os mesmos, o modelo adotado na organização de um serviço específico, deveria ter sempre em conta as necessidades e características da população pela qual é responsável, as características dos serviços/parceiros com que nos articulamos e da filosofia e a organização do serviço de psiquiatria.

A experiência do HFF

O Departamento de Psiquiatria do HFF serve os concelhos de Amadora e uma parte do concelho de Sintra. Trata-se de uma zona muito heterogénea, com bairros problemáticos, mas também com áreas de qualidade, muito pautada por movimentos migratórios, algumas zonas de exclusão social e marginalidade, altas prevalências de consumos, problemas vários relacionados com idosos e também com adolescentes problemáticos. É caracterizado por ter uma ampla rede social, com muitos e bons parceiros, que têm sido fundamentais naquilo que temos conseguido fazer.

Um aspeto interessante na análise da população é a pirâmide etária dos dois concelhos. Se na Amadora temos uma população mais envelhecida, é no lado de Sintra que residem os mais jovens. Isto é importante porque temos mais primeiros episódios psicóticos do lado de Sintra, assim com mais adolescentes problemáticos.

Quando analisamos os indicadores locais de saúde encontramos uma série de indicadores preocupantes relacionados com a perinatalidade, como o baixo peso à nascença, e também os relacionados com a existência de alta prevalência de perturbações depressivas, assim como de outras

doenças como Infecção por VIH. No HFF não é raro observarmos doenças tropicais como malária, raiva, etc.

Outro indicador preocupante, e que é muito relevante para o que temos de fazer é o facto de as CPCJ de Amadora e Sintra, serem as que mais reportam situações de maus tratos a nível do País.

E quem são os nossos parceiros? Ao longo dos anos temos estreitado laços com parceiros fundamentais, como ACES de Amadora e Sintra, as Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, as Equipas de tratamento de Toxicodependentes, as Ordens Religiosas, as Escolas, as IPSS, as CPCJ e EMATs, as Rede de intervenção da violência, e um sem número de outros parceiros que vão das bibliotecas às piscinas, e com quem temos contado de forma estreita.

E como é que temos respondido às questões que colocámos? Como temos conseguido introduzir diferenciação, garantindo a proximidade? Devemos falar de consultas ou de programas que envolvem vários profissionais?

É necessário garantir vários níveis de resposta e a adesão e implementação de intervenções terapêuticas multidisciplinares eficazes. É importante manter a continuidade entre a psiquiatria e a pedopsiquiatria e estruturarmos uma rede de cuidados que vá da promoção da saúde a tratamentos mais diferenciados.

O Departamento de Saúde Mental tem atualmente dois Serviços, o Serviço de Psiquiatria de adultos e o de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e uma Unidade de Psicologia. Os dois Serviços têm uma estrutura semelhante com Equipa de Ligação aos outros Serviços do Hospital, Hospital de Dia, e Equipas comunitárias (localizadas em Centros de Saúde ou em instalações próprias). A Psiquiatria de adultos tem também uma Unidade de Internamento.

As equipas comunitárias são equipas multidisciplinares (com médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga e administrativa) generalistas responsáveis por uma determinada população, e que se articulam com os CSP e os parceiros da área do centro de saúde onde estão localizadas. Promovemos o trabalho de equipa, uma abordagem multidisciplinar com intervenções especializadas por cada profissional e com definição de papéis. Há um conhecimento marcado da realidade, através das visitas domiciliárias, e da articulação com as estruturas comunitárias. Há uma grande relevância na articulação com a saúde pública. Estas equipas funcionam como um sistema terapêutico, ou como subsistemas de um Sistema maior que é o próprio Serviço de Psiquiatria ou mesmo o Departamento.

Promove-se a ligação para sempre de um doente à sua equipa, dando-se prioridade ao seguimento dos doentes mais graves. Aposta-se em cuidados diferenciados, dando aos doentes aquilo que mais necessitam, possível através da triagem e diferentes abordagens. Garante-se assim, a adesão e a ligação às equipas, a continuidade ao longo dos tempos e o seguimento assertivo de doentes mais difíceis.

No espaço@com (áreas de dia com terapeuta ocupacional e psicomotricista coordenada por um psiquiatra) desenvolvem-se uma série de intervenções específicas, como treino de AVD, terapia familiar, psicomotricidade, reabilitação cognitiva, treino de cognição social ou o PSIC - Programa de Intervenção Precoce em Doentes com Esquizofrenia, etc.

À 4ª feira todo o Serviço se reúne (na Psiquiatria e na Pedopsiquiatria) e para além da sessão clínica, decorrem as reuniões de articulação entre as várias equipas de cada Serviço, em que a Equipa comunitária em que um doente é acompanhado estabelece a continuidade de cuidados com as outras estruturas que o doente frequenta. Decorrem também as reuniões de articulação entre a

Pedopsiquiatria e cada uma das equipas comunitárias de adultos. Discutem-se famílias e os jovens que transitam aos 18 anos.

A quarta-feira é fundamental para a organização, estabilidade e continuidade de cuidados dos doentes que acompanhamos. É o dia que nos afirma como Sistema.

Nos últimos anos tivemos novos e importantes desenvolvimentos como a criação da Rede de Saúde Mental de Sintra, em que a Câmara Municipal de Sintra, o ACES Sintra, a equipa de Sintra do CHPL e o HFF trabalham em conjunto para a melhoria da Saúde Mental no Concelho, envolvendo os parceiros numa estrutura organizada com os vários níveis de Prevenção. Está em curso um Programa de Promoção do emprego em pessoas com doença psiquiátrica, o Sintra Integra, com o apoio da CMS e da Associação empresarial de Sintra. Temos estruturado a intervenção nas demências envolvendo desde os que promovem o envelhecimento ativo como as Universidades seniores, o Programa Sintra mais saúde, os CSP, os Serviço hospitalares e as respostas na comunidade.

A nível da Promoção da Saúde Mental temos dois programas em curso, adoptando modelos de Saúde Pública em que pretendemos detetar situações de maior vulnerabilidade e introduzir estratégias para diminuir o impacto de fatores de risco e introduzir fatores protetores. O Programa “Semente promoção da Saúde Mental nos filhos de pessoas com doença psiquiátrica” (que foi financiado no seu início pelos EEAgants), pretende intervir sobre uma população de risco que nos é facilmente acessível e o Programa “Semente gravidez e primeiros anos de vida” que envolve vários níveis de cuidados, dos CSP aos hospitalares e contando com inúmeros parceiros organizados naquilo a que chamámos a Rede ALPHA.

CONCLUSÃO

Quais as vantagens deste modelo?

Pensar o serviço como um sistema; haver responsáveis por área; vários níveis de cuidados em fases diferentes da doença, mantendo a comunicação; diferenciação das intervenções; aplicação de programas transversais a doenças com necessidades semelhantes; forte implementação comunitária; equipas e respostas multidisciplinares articuladas; visitas domiciliárias; trabalho com as famílias, a pensar nos filhos e na prevenção; articulação com estruturas parceiras.

A intervenção comunitária é útil, necessária e imprescindível, se queremos realmente tratar melhor os utentes.

COMENTÁRIO - VÍTOR HERDEIRO

A integração de cuidados é algo que tem de interessar a quem desempenhe cargos de responsabilidade numa Unidade Local de Saúde, com foi o caso durante vários anos, em Matosinhos.

A integração de cuidados, embora facilitada nesse contexto, ela não é exclusiva daquele modelo de gestão, embora seja importante frisar que é diversa de articulação (ou mesmo de colaboração), pressupondo uma partilha de objetivos e métodos de trabalho e sendo fundamental uma cultura de avaliação do sistema no seu todo.

Importa salientar que o caminho percorrido nas últimas décadas é notável, sendo o objetivo da integração dos diferentes níveis de cuidados uma preocupação antiga, como a lição de história e de caminho que nos foi proporcionada pela Dr^a Ana Jorge e a experiência na área da saúde mental da Dr^a Teresa Maia Correia – muito semelhante à da vivida na ULS de Matosinhos – bem demonstraram.

Muitas destas experiências começaram com lideranças fortes e empenhadas, sejam elas institucionais ou políticas, sendo determinantes os papéis dos Responsáveis pelos Serviços Hospitalares ou Unidades de Cuidados Primários dos vários grupos profissionais envolvidos, como também das respetivas administrações.

Aliás, deverá também procurar-se uma maior integração dentro das Unidades de Saúde, Hospitais ou Agrupamentos de Centros de Saúde.

A atribuição de recursos pelo PRR à Saúde Mental poderá ser um excelente incentivo à mudança no bom sentido.

Muitas vezes se coloca a dúvida sobre o potencial organizador do modelo de financiamento, baseado em contratos-programa. As deficiências do modelo atual estão identificadas, sendo certo que ele deverá ser revisto para melhor se adaptar à realidade do funcionamento dos serviços.

Embora os Contratos-Programa já contemplem alguns indicadores que promovem a integração de cuidados, sejam eles a redução das urgências evitáveis, ou a ponderação de custos de contexto. Será ainda muito importante não descurar o apuramento da satisfação dos utentes dentre esses indicadores.



MODELOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS – DESAFIOS

"O cuidado integrado é muitas vezes contraposto ao cuidado fragmentado e episódico. No entanto, não há uma definição comum de cuidados integrados, o que provavelmente é resultado da 'própria natureza complexa e variável'"

OMS (2016). Division of Health Systems and Public Health.

SOBREUTILIZAÇÃO DE URGÊNCIAS: INTERVENÇÕES POSSÍVEIS - RUI LOURENÇO

INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas nos últimos 50 anos no nosso país com a evolução das condições de vida, do trabalho e do meio ambiente, produziram alterações profundas nos padrões da mortalidade e da morbidade, com um aumento da esperança de vida, o progressivo crescimento das doenças crónicas e de situações de multimorbidades, sobretudo entre os adultos mais velhos.

Neste novo contexto os sistemas de saúde devem aproximar-se do modelo dos determinantes sociais da saúde tendo como enfoque a saúde da comunidade. Neste modelo o sistema de saúde não é o principal condicionante da saúde dos utentes, sendo esta determinada sobretudo pelas condições sociais em que crescem, vivem e trabalham. Estes fatores permitem que as pessoas permaneçam saudáveis e que os serviços de saúde ajudem as pessoas que adoecem. O desafio está em atuar proactivamente antes que eventos adversos aconteçam.

Os Sistemas de Saúde criados no Século XIX e XX concebidos para lidar com episódios agudos de doença, têm dificuldade em dar resposta às necessidades complexas dos utentes com doença crónica, e com frequência os cuidados de saúde mostram-se insuficientemente coordenados, muitos utentes mostram uma escassa adesão a programas de seguimento ou a regimes de tratamento, criando um impacto negativo na qualidade dos cuidados e levando a um crescente aumento de recursos em saúde.

Uma das iniciativas para melhorar os cuidados dos utentes com doença crónica e multimorbidades baseia-se na integração de cuidados, procurando adaptar os processos de prestação de cuidados às necessidades diferenciadas da população.

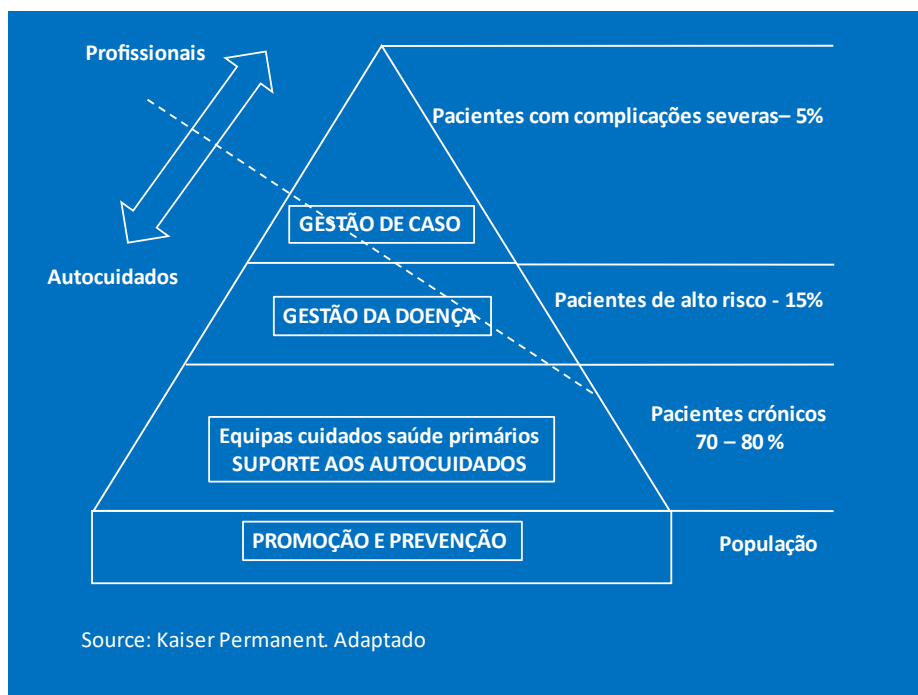
Assim ao longo dos últimos anos tem sido preocupação das autoridades de saúde e dos estudiosos em saúde conhecer esta problemática, procurando definir um conceito de integração de cuidados, de que são exemplos as definições propostas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), pela Comissão Europeia (Blocks, 2017) ou mesmo pelo Ministério de Saúde de Portugal no documento “SNS+Proximidade. Mudança Centrada nas Pessoas”

No entanto integração de cuidados significa coisas diferentes para pessoas diferentes, pelo que é fundamental entendermos as perspetivas dos diferentes atores sociais (cuidador informal, cuidador profissional, gestor, utilizador-utente, comunidade, avaliador, regulador, decisor político).

No caso português, e, respondendo ao desafio que a Fundação SNS me fez para responder à pergunta “Integração de Cuidados: Sobre utilização de urgências: intervenções possíveis” partimos do conceito internacional mais comumente aceite que define utilizadores frequentes, como aqueles que apresentam 4 ou mais episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores, e dos diversos estudos realizados em Portugal de que o estudo “Utilizadores frequentes no serviço de urgência geral : caracterização e definição de estratégias” referente ao ano de 2016 no Serviço Urgência do Hospital Garcia da Orta é um exemplo que revelou que os utilizadores de 4 a 10 episódios no Serviço de Urgência representaram 6 % do total de utilizadores e 20% dos episódios de urgência, sendo sobretudo pessoas com mais de 65 anos, desempregados ou reformados, apresentaram 4 ou mais doenças crónicas e uma elevada taxa de mortalidade, confirmando assim as evidências científicas publicadas.

CONCLUSÃO

Identificado o problema, propusemos como iniciativa para melhorar os cuidados das pessoas com doenças crónicas a identificação dos doentes de alto risco, baseada na Pirâmide de Kaiser com as suas diversas adaptações, uma vez que quanto mais complexas as necessidades de cuidados, mais importante é a integração ao longo do continuum de cuidados.



Pirâmide Kaiser Permanent

Fonte: Estratificación del Riesgo Una herramienta para responder mejor a las necesidades de salud de las personas y de la población

https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/estratificacion_del_riesgo.pdf

Propondo como modelo de abordagem o desenvolvido pelo Osakidetza, Sistema de Saúde do País Basco que se baseia numa abordagem preditiva que permite a identificação proactiva das pessoas com diferentes riscos de forma a atribuir-lhes programas de intervenção que permitam antecipar o aparecimento de problemas evitáveis.



Pirâmide Kaiser adaptada

Fonte: A Strategy to Tackle the Challenge of Chronicity in the Basque Country
<https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/practices/chronicitybasquecountry.pdf>

Bibliografia

WHO. (2016). Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (2017). BLOCKS: tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment.

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS NA ULSM: A EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS - MARIA DO CÉU ROCHA

INTRODUÇÃO

Abordando a integração de cuidados na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) irei descrever de forma mais detalhada a Equipa de Cuidados Paliativos (ECP), que foi a primeira Equipa de integração de cuidados e que mantém o seu funcionamento. Outras Equipas serão mencionadas, bem como as oportunidades e ameaças que as acompanham.

A ULSM presta cuidados a uma população de cerca de 175.000 utentes. Foi a primeira Unidade Local de Saúde a ser implementada. Engloba atualmente 1 Hospital de Agudos, 1 Unidade de Saúde Pública, 10 Unidades de Saúde Familiar (USF), 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC's).

Promover a articulação e integração de cuidados, procurando responder às necessidades de saúde da população, foi uma prioridade dos sucessivos Conselhos de Administração. Em 2000 foram criados vários grupos de trabalho para estudar a melhor estratégia para a continuidade de cuidados em várias tipologias de doenças crónicas e de doentes terminais. Em Outubro de 2005 foi nomeado o Grupo Coordenador para a Implementação dos Cuidados Continuados na ULSM. No enquadramento deste grupo foi elaborada em 2006 uma proposta para implementação duma Equipa de Cuidados Paliativos, que viria a concretizar-se na atual ECP da ULSM. A Equipa integra profissionais de saúde dos cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários e presta apoio nos dois níveis de cuidados, com o objetivo principal de promover a continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade/domicílio (e vice-versa).

Em Janeiro de 2008 a ECP iniciou-se com a vertente Intra-Hospitalar. Ainda nesse ano começou o Apoio Domiciliário, que foi sendo progressivamente alargado, estando no final de 2011 todo o concelho abrangido. À medida que aumentava a área de influência foram também integrados mais profissionais. Atualmente a Equipa é constituída por 3 médicos de Medicina Interna (1 em tempo total e 2 que dividem o horário entre a ECP e o Serviço de Urgência), 1 médica de Medicina Geral e Familiar (MGF) em tempo parcial (5h semana), 6 enfermeiros (2 em tempo completo preferencialmente na vertente intra-hospitalar e 4 enfermeiros na comunidade, integrados em cada uma das 4 UCC's de Matosinhos, que dividem o horário entre o trabalho na ECP e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados: ECCI's). Fazem ainda parte da Equipa desde 2011, um psicólogo clínico e uma assistente social, atualmente com 20h/semana. Recentemente, ao abrigo do protocolo Humaniza da Fundação la Caixa/BPI, temos o apoio de mais um assistente social e 1 psicóloga. A Equipa dispõe ainda de uma Assistente Técnica.

De referir que os enfermeiros alocados às UCC's têm nestas a sua chefia hierárquica, respondendo funcionalmente à coordenação da ECP. Do mesmo modo o psicólogo e assistente social têm a sua chefia hierárquica nos respetivos serviços/departamentos. Os médicos da Equipa exercem atividade de forma rotativa no domicílio e no hospital. Os enfermeiros da Equipa intersubstituem-se nas ausências, sendo que, se necessário, os enfermeiros da vertente hospitalar prestam apoio em domicílio e vice-versa.

A Equipa de Cuidados Paliativos da ULSM tem as seguintes áreas de intervenção:

- Intra-Hospitalar
- Consulta externa
- Consultadoria a Cuidados de Saúde Primários
- Hospital de Dia/ Atendimento não programado
- Apoio Domiciliário
- Apoio telefónico.

Na vertente Intra-hospitalar são referenciados utentes sobretudo para controlo sintomático e orientação após alta, para programar a continuidade de cuidados.

Na consulta externa de Medicina Paliativa são observados utentes referenciados da consulta de grupo oncológico, de outras consultas hospitalares e de MGF.

Em Hospital de Dia são efetuados procedimentos invasivos/suporte transfusional, não passíveis de efetuar em domicílio.

A Consultadoria ao ACES é feita após solicitação de MGF.

Em relação ao Apoio Domiciliário temos uma longa experiência na integração de cuidados. O apoio domiciliário é iniciado no internamento hospitalar ou na consulta externa de Medicina Paliativa, ou em primeira avaliação no domicílio solicitada por outras consultas hospitalares, a partir do ACES através de pedido de MGF e por referência de outras equipas de cuidados paliativos. O apoio em domicílio é orientado para doentes com expectativa de vida inferior a meio ano, com exceção das doenças neurológicas. O enfermeiro da Equipa no domicílio é o responsável pelo seguimento do doente/cuidador, operacionalizando o plano de cuidados estabelecido, fazendo a sua avaliação contínua e estabelecendo a necessidade de intervenção médica ou de outro profissional da Equipa. O envolvimento da Equipa é estabelecido por critérios de complexidade clínica, em três níveis de complexidade: Consultadoria, Parceria de Cuidados ou Acompanhamento quase exclusivo pela ECP. Esses critérios, expressos abaixo, têm a desvantagem de ser muito abrangentes, estando atualmente a Equipa a trabalhar a utilização de critérios de complexidade mais objetivos, como o IDC-Pal.

Complexidade Baixa	I. Consultadoria a outros profissionais
	II. Avaliação e proposta sem seguimento
Complexidade Média	III. Parceria de cuidados com intervenção intermitente ou periódica
Complexidade Alta	IV. Parceria de Cuidados com intervenções regulares
	V. Parceria de cuidados com intervenção diária ou responsabilidade total

Fonte: "Palliative Care Hospital Support Teams" Albert Tuca, Hospital Clínic Universitari Barcelona

Os utentes/cuidadores seguidos pela ECP dispõem de contacto telefónico do secretariado da Equipa e do enfermeiro que os acompanha no domicílio.

O número de utentes em seguimento tem-se mantido constante nos últimos anos. Na vertente Intra-Hospitalar avaliamos em média 450 novos utentes/ano. Destes é grande a percentagem dos que morrem no hospital (cerca de 45%), sendo que cerca de 25% tem alta para domicílio com

acompanhamento da Equipa, 15% terá seguimento em consulta externa e cerca de 15% das avaliações tornam-se Consultadorias. Em Domicílio são acompanhados em média cerca de 260 utentes/ano, sendo que cerca de 40 destes utentes passam a Consultadoria. Em média 30% das referências provêm da vertente Intra-hospitalar, sendo os pedidos de observação por parte de MGF cerca de 25%. Da consulta externa de Medicina Paliativa transitam cerca de 20% dos doentes sendo quase a mesma percentagem provenientes de pedidos efetuados por outras especialidades hospitalares. Da totalidade dos utentes acompanhados pela ECP em domicílio cerca de 60% morrem em casa.

A Equipa tem consolidado a sua atividade e investido na formação interna e externa. É responsável por ministrar Curso(s) Básico(s) de Cuidados Paliativos, tem proporcionado estágios de formação de internato médico, bem como estágios de enfermagem e enquadrados em Mestrados de Cuidados Paliativos e na aquisição de competências na área. Participa em projetos de investigação conjuntamente com outras instituições. Profissionais da Equipa são docentes convidados em Ensino Superior, Pós-Graduações, Mestrados e programas Doutorais em Cuidados Paliativos.

Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos (ESDCC)

No seguimento da integração de cuidados conseguida pela Equipa de Cuidados Paliativos, foi implementada a Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos (ESDCC) em outubro de 2016. A ESDCC pretende dar uma resposta à mudança no panorama de saúde da população, como resultado da alteração do tipo de utente e da procura de cuidados de saúde nas últimas décadas, também devido aos avanços tecnológicos que permitem viver com doenças crónicas e complexas de forma prolongada.

Tendo como base a pirâmide de Kaiser Permanent a ESDCC procura dar resposta aos utentes do topo da pirâmide, que constituem cerca de 5% dos doentes crónicos, os chamados doentes crónicos complexos. No seu percurso de saúde, têm necessidade de uma abordagem individual e de um acompanhamento “apertado” e individualizado. São para isso integrados numa equipa multidisciplinar, constituída por médicos internistas e enfermeiros na comunidade. Estes enfermeiros, com competências específicas, são responsáveis pelo cumprimento e monitorização do plano individual de cuidados e por orientar o doente no sistema de saúde, em estreita ligação com a Equipa de Saúde Familiar e o médico internista responsável.

A identificação destes utentes é efetuada quer na comunidade, pelo médico de MGF, quer no hospital, pelo médico responsável no internamento ou em consulta externa. Tendo como base dados publicados por outras equipas em Espanha e Estados Unidos, um internista deverá ocupar-se de uma população de 30.000 utentes. Em relação ao enfermeiro gestor de caso os dados variam entre 20 a 30 utentes a 50 a 60 utentes, conforme o tipo de suporte e o grau de envolvimento do profissional de saúde. Na ULSM foi estabelecido o número de 25 utentes por enfermeiro.

Recentemente na ULSM foi criada uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD). A ESDCC integrou esta Unidade, tendo o horário de trabalho partilhado com a UHD. No decurso desta transição e de modo a facilitar a gestão de recursos humanos os enfermeiros da comunidade da ESDCC deixaram de integrar as UCC's e constituíram-se numa Equipa independente das chefias hierárquicas do ACES.

Outras Equipas de Integração de Cuidados

Com a reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários em 2010, foram criadas as Unidades de Cuidados na Comunidade. As UCC's constituem-se em grupos de enfermeiros com vários projectos em desenvolvimento. Quando da sua criação os enfermeiros da ECP passaram a integrar as UCC's no projeto de Cuidados Paliativos.

Vários outros projetos foram e estão a ser desenvolvidos, como da Saúde Infantil, Envelhecimento Ativo, Grávidas, Diabetes, Saúde Mental e DPOC/Asma. Alguns destes projetos, nomeadamente os três últimos, estabelecem uma articulação com médicos do hospital e têm procedimentos comuns definidos.

CONCLUSÃO

Oportunidades e Ameaças

Os dois modelos de funcionamento apresentados mais detalhadamente, ECP e ESDCC, tinham, no que se refere aos enfermeiros, um modelo de funcionamento comum, com uma chefia hierárquica no ACES e chefia funcional na respetiva Equipa. Recentemente, a ESDCC constituiu-se num modelo com uma chefia única, deixando os enfermeiros de estar integrados no ACES. Ambos os modelos têm vantagens, que poderão também ser consideradas desvantagens. O facto de existir uma chefia hierárquica no ACES (que no caso da ULSM são nas 4 UCC's), torna por vezes difícil conciliar o funcionamento da Equipa com solicitações para resolução de problemas "urgentes" nas UCC's. Por outro lado, a presença "física" dos enfermeiros nas estruturas do ACES gera uma real integração de cuidados e promove a difusão dos cuidados paliativos num "worth of mouth". Julgo que o ponto de equilíbrio estará na promoção de um modelo em que os profissionais da ECP permanecem fisicamente no ACES numa forma de estrutura de partilha de recursos.

Há cerca de duas décadas praticamente nenhum profissional de saúde entrava no domicílio do utente. Atualmente, com a proliferação de múltiplas e variadas equipas, centradas no doente/doença, trabalhando de forma individualizada, estamos a assistir a um excesso de apoios em domicílio. Não será possível trabalhar melhor a integração de cuidados?

Bibliografia Recomendada

John Ovretveit (2011) "Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money?", The Health Foundation, June.

Natasha Curry and Chris Ham (2010) "Clinical and Service Integration; the route to improve outcomes", The King's Fund.

"Incentivising Integrated Care" (2013) Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol.19, N°2.

"Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental" (2014) Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013

Kramer, M.; Bauer, W.; Dicker, D.; Durusu-Tanriover, M.; Ferreira, F.; Rigby, S.; Roux, X.; Schumm-Draeger, P.; Weidanz, F. & van Hulsteijn, J. (2014) Working Group on Professional Issues; European Federation of

Internal medicine. The changing face of internal medicine: patient centred care. *Eur J Intern Med.* Feb;25(2):125-7. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.013. Epub 2014 Jan 25. PMID: 24472695.

Corbella, Xavier (2012) Major Ambulatory Medicine, Letter to the Editor, *European Journal of Internal Medicine*, 23, e204-e205

Kramer, M.; Akalin, E.; Alvarez de Mon Soto, M.; Bitterman, H.; Ferreira, F.; Higgins, C.; Schumm-Draeger, P.; Köberling, J.; Tanriover, M.; Bauer, W.; Working Group on Professional Issues in Internal Medicine. Internal medicine in Europe: how to cope with the future? an official EFIM strategy document. *Eur J Intern Med.* 2010 Jun;21(3):173-5. doi: 10.1016/j.ejim.2010.03.007. Epub 2010 Apr 10. PMID: 20493417.

Barnett, K.; Mercer, S.; Norbury, M.; Watt, G.; Wyke, S. & Guthrie, B. (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet*, July, 380: 37-43

Coleman, E.; Parry, C.; Chalmers, S. & Min, S. (2006) The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *ARCH INTERN MED.* 2006;166(17):1822–1828. doi:10.1001/archinte.166.17.182210.

Gomes, B.; Calanzani, N.; Curiale, V.; McCrone, P. & Higginson, J. (2013) Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.*, Jun 6;(6):CD007760. doi: 10.1002/14651858.CD007760.pub2. PMID: 23744578; PMCID: PMC4473359.

Wilson, P.; Brooks, F.; Procter, S. & Kendall, S. (2012) The nursing contribution to chronic disease management: a case of public expectation? Qualitative findings from a multiple case study design in England and Wales. *Int J Nurs Stud.*, Jan;49(1):2-14. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.023. Epub 2011 Nov 16. PMID: 22093577.

James Blackwell (2002) "Disease management: A New Role in Nursing" April 15, <http://nursing.advanceweb.com/Article/>

Oncology Nurse Navigator Core Competencies (2013), Oncology Nursing Society.

EAPC (2015) Toolkit For The Development of Palliative Care in The Community", *Palliative Medicine*, Vol.29 (2) 101-111).

van der Plas, A.; Onwuteaka-Philipsen, B.; van de Watering, M.; Jansen, W.; Vissers, K. & deliens, L. (2012) What is case management in palliative care? An expert panel study. *BMC Health Serv Res* 12, 163. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-163>

Meier, D.; Thar, W.; Jordan, A.; Goldhirsch, S.; Siu, A. & Morrison, R. (2004) Integrating case management and palliative care. *J Palliat Med.*, Feb;7(1):19-34. doi: 10.1089/109662104322737395. PMID: 15000796.

Alentorn, X.; Sales, J. & Rodriguez, A. (2005) "Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos", Arán Ediciones.

Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2020) IDC-Pal: Instrumento de Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos.

SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - CIPRIANO JUSTO

INTRODUÇÃO

Considerando a base empírica da estrutura demográfica da população, da distribuição dos determinantes da saúde, dos riscos, da morbidade, da mortalidade, dos profissionais e das estruturas físicas, verifica-se que a geografia da saúde dos portugueses é particularmente desigual, sejam quais forem os parâmetros que estejam em causa. Esse é o principal argumento para justificar a criação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), enquanto infraestrutura comunitária habilitada para combinar as orientações gerais da política de saúde com as diferenças e desigualdades loco regionais. São os SLS que estão em melhores condições para captar as diferenças e desigualdades nacionais e também os mais aptos para identificarem as soluções que melhor lhes respondam.

Dada a multicausalidade dos riscos a que os utentes estão expostos ao longo do ciclo de vida, decorrentes do efeito dos determinantes da saúde, é nos SLS que esses riscos podem ser minimizados através da aplicação de medidas pró-ativas, e os determinantes valorizados na altura da fixação da política de saúde e das estratégias locais de saúde. Uma vez que o que está em causa são aspetos que dizem respeito às condições de vida das comunidades e da sua exposição a riscos, só uma organização de proximidade, facilitadora do envolvimento das pessoas no funcionamento local do SNS tem condições de melhorar significativamente o seu estado de saúde. Só a participação ativa, planeada e coordenada dos atores locais tem condições para alterar o atual modelo de prestação de cuidados. Considera-se, por isso, que os SLS fundamentam a sua criação e instalação pelas seguintes razões:

Os SLS são a organização local de saúde que melhor se ajusta à política de saúde, através de uma perspetiva salutogénica que tem na promoção da saúde e na prevenção da doença a sua principal orientação estratégica, reúne todos os parceiros formais e informais que contribuam para acrescentar anos saudáveis à esperança de vida e diminuir as desigualdades em saúde. A multicausalidade decorre da combinação mais ou menos favorável dos determinantes da saúde na exposição aos riscos, daí resultando que as suas manifestações, as soluções e as medidas para os controlar devem ser equacionadas, planeadas e aplicadas onde elas ocorrem, a comunidade local.

Esta organização tem uma dimensão geodemográfica intermunicipal, considerando os benefícios que esta escala pode obter na aplicação das medidas, na utilização dos recursos e na medição dos resultados. Esta organização intermunicipal de saúde congrega em sistema de parceria os serviços públicos de saúde, os serviços públicos de ensino, os serviços de segurança social e as autarquias, os quais se constituem em dispositivo intersectorial cooperativo. Esta organização intermunicipal de saúde inclui todas as tipologias de prestação de cuidados de saúde e dispõe de autonomia administrativa e financeira.

CONCLUSÃO

Considerando a capacidade e o grau de diferenciação instalados dos serviços públicos em cada SLS, compete à Administração Central estabelecer toda a rede de referência. Os SLS representam a rede intersectorial de análise dos problemas e de aplicação das soluções, elabora o plano local de saúde e o respetivo orçamento, facilita a fixação de metas locais, promove o desenvolvimento de processos

cooperativos de utilização de todos os recursos da comunidade, estimula o relacionamento centrado na informação partilhada, na negociação e na complementaridade.

A coordenação enquanto processo que organiza, estrutura e integra os recursos disponíveis, é a modalidade de gestão pública que melhor se adapta a uma infraestrutura cujos parceiros mantêm a sua autonomia técnica, administrativa e financeira. Além desta coordenação haverá um conselho local de saúde no qual têm assento representantes de todas as organizações públicas, privadas e do sector social, incluindo as organizações sindicais dos profissionais de saúde, que na respetiva área geodemográfica desenvolvam atividades diretas ou indiretamente relacionadas com a saúde e que acordem entre si e com a coordenação a execução de programas e projetos comuns.

COMENTÁRIO - ANTÓNIO RODRIGUES

Sobre a integração de cuidados – os cuidados centrados nos cidadãos

Há duas grandes vertentes de cuidados, complementares, a considerar:

- Os decorrentes dos contextos e do ciclo vital, onde se incluem as determinantes sociais da saúde - “a saúde em todas as políticas”;
- Os cuidados prestados diretamente pelos sistemas de saúde, que contemplam a promoção da saúde, a prevenção e os cuidados na doença, e a reabilitação.

Em Portugal, com a aprovação em julho de 2019 da Lei de Bases da Saúde, esta perspetiva de complementaridade consubstancia-se na proposta de criação dos Sistemas Locais de Saúde. Trata-se da abertura do SNS à participação e cooperação com as estruturas comunitárias, através da constituição de “parcerias público-público”, entre outros com a Segurança Social, o Poder Local, a Educação, o Sector Social...

Contrariamente a algumas opiniões ultimamente expressas, não se trata da municipalização do sistema de saúde. O SNS deverá manter-se uno, com estratégia e instituições prestadoras de cuidados próprias, mas capazes de acolher, estimular e potenciar os contributos das instituições regionais/locais acima enunciadas; não será, portanto, a criação de 308 mini-SNS – tantos quantos os concelhos -, o que colocaria em causa a adequação do Serviço Nacional de Saúde ao contemplado no texto constitucional.

Centrando-nos, agora, no Serviço Nacional de Saúde; para se caminhar no sentido da integração de cuidados importará que:

Se proceda ao diagnóstico rigoroso das necessidades em saúde, a nível local/regional, numa postura de análise permanente, adequando as respostas às necessidades detetadas (uma postura pró-ativa), ao invés de se ser exclusivamente condicionado pela resposta à procura;

Adequação da rede de serviços a essas necessidades, em termos de infraestruturas, tecnologias, meios humanos e decorrente acesso dos cidadãos, superando-se as carências atualmente existentes;

“Desurgentização do sistema de saúde”, propiciando-se cuidados em tempo adequado, seja nos cuidados primários, seja nos hospitais; nestes, concretamente, “abrir as portas” das consultas externas, dos hospitais de dia e estimular a hospitalização domiciliária;

Dotar as instituições dos recursos informáticos e tecnológicos necessários, nomeadamente para os atos clínicos e administrativos que não exijam a presença física dos cidadãos, e firmar acordos de teleconsultadoria entre os diversos níveis de cuidados – hospitais e cuidados primários;

Na estrutura/organização hospitalar ainda é dominante o paradigma reducionista - o “especialismo”. Importará, então, que se promovam modelos organizacionais que propiciam cuidados integrados, em função das morbilidades mais prevalentes. Para tal, importa que a atual organização “por silos” verticais, estanques e monodisciplinares dê lugar a uma organização matricial onde, de forma integrada, as várias especialidades prestem, coordenadamente, os cuidados nas doenças multi-sistémicas e nas situações de multimorbilidade – por exemplo, a criação de clínicas da diabetes e das doenças metabólicas, clínicas do movimento, locomoção e postura...

Nestas clínicas emergirá a função do internista como elemento-chave na coordenação da intervenção das diversas especialidades envolvidas;

Assim, é necessário:

Propiciar-se um Processo Clínico Único, centrado no utente e de acesso universal no sistema de saúde, âncora essencial para a coerência dos vários atos assistenciais – o Plano Individual de Cuidados;

Promover-se uma cultura de auditoria interpares nas organizações de saúde, potenciadora da melhoria contínua da qualidade e promotora de uma efetiva governança clínica;

Adotar-se de um SIMPLEX para a Saúde que facilite o acesso à informação por parte dos cidadãos, ponha termo a procedimentos burocráticos e atos redundantes e alivie o peso dos procedimentos administrativos na prática clínica;

Promover-se literacia em saúde junto dos cidadãos e das comunidades;

Finalmente: os Sistemas Locais de Saúde poderão ser a fórmula para o descongelamento dos muros entre as diversas instituições e níveis de cuidados, o polo para a promoção de uma adequada cooperação intersectorial e interinstitucional.

O êxito de todo este processo decorrerá da ousadia de se promover o descongelamento dos atuais modelos e práticas de gestão – saber contrapor-se ao centralismo e normativismo atuais uma gestão desconcentrada, assente numa contratualização rigorosa, norтеada pela resposta às necessidades em saúde, e a adequação dos modelos de financiamento.

A promoção de uma cultura de *accountability* e estimulação da participação cidadã na gestão das organizações e do sistema de saúde, em geral.

Importará, ainda, que sejam objeto de análise, finalmente, os processos de integração estrutural, vertical, de que são exemplo as atuais Unidades Locais de Saúde.

Se há um escasso conjunto de boas práticas de integração funcional a reter nalgumas destas organizações, em boa verdade o que tem prevalecido é o hospitalocentrismo, daí resultando, inclusivamente, regressões na organização/prestação dos Cuidados de Saúde Primários nelas incluídos. Acresce que este modelo organizacional nunca foi objeto de uma avaliação comparada e os escassos ganhos aí registados poderão, eventualmente, ser mais imputados a culturas de gestão, pontuais, que à integração em si mesma.

Daí que a integração estrutural vertical não constitua, porventura, a solução. A opção terá que ser mais elaborada – uma integração funcional na lógica de um sistema aprendente, capaz de superar o modelo centrado nas instituições e na cultura centralista – construção de um modelo centrado na “base” da pirâmide e na interface com as comunidades.

Nesta perspetiva, importará, também, que se revisitem os modelos horizontais de integração, que seja feita a avaliação dos seus impactos, nomeadamente, dos Centros Hospitalares e dos ACeS.

No caso dos Centros Hospitalares há exemplos que requerem especial atenção. É o caso do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra que não constitui uma verdadeira integração, mas, isso sim, a canibalização do Hospital dos Covões pelos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), com o

esvaziamento funcional do primeiro. O agigantamento resultante da estrutura HUC, agora em indesmentível sobrecarga, e a de cada um dos seus serviços determina o agravamento do acesso, a difícil circulação e utilização e, em última análise, o aprofundar da fragmentação e a decorrente desumanização dos cuidados. Isto, sem que sejam conhecidos ganhos, quer em saúde, quer em resultados de exploração.

Já no que respeita aos ACeS, importará que se equacione a sua atual (sobre)dimensão e falta de autonomia, que se traduz no gorar do propósito que presidiu à sua criação – uma gestão desconcentrada, de proximidade, participada por profissionais e utilizadores.

Para finalizar, cita-se o Relatório da Primavera do OPSS 2021:

Os dispositivos de gestão devem posicionar-se na retaguarda e em apoio - a sua organização será a que melhor responda às necessidades da “linha da frente”;

As abordagens devem ser primordialmente centradas nas pessoas (utentes e profissionais);

A integração de cuidados requererá uma base de informação e de conhecimento comum, partilhada por todos os que forem mobilizados para atuar em resposta às necessidades de saúde de cada pessoa;

A transformação do SNS deve ser feita tendo em conta o cumprimento da Constituição da República Portuguesa (Artigo 64.a) – organização e gestão descentralizada e participada;

A transformação adaptativa a fazer visará proporcionar o amplo leque de respostas necessárias à saúde dos utentes, das famílias e das comunidades e, para isso, o SNS deve ser visto como um TODO. Isto é como uma organização de organizações e serviços que prosseguem propósitos e finalidades específicas comuns.



INSTRUMENTOS FACILITADORES DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

"Sem integração nos vários níveis [dos sistemas de saúde], todos os aspetos do desempenho dos cuidados de saúde podem ser prejudicados. Os pacientes perdem-se nos seus percursos, os serviços necessários não são entregues ou atrasam, a qualidade e a satisfação do paciente diminuem e o potencial de custo-benefício fica comprometido"

Kodner & Spreeuwenburg, 2002

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS - ANA ADVINHA

Introdução

O mote do ciclo de sessões organizadas pela Fundação SNS - Evoluir da referenciação para a integração de cuidados centrada nas pessoas – com vista à melhoria do desempenho e dos resultados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), representou uma oportunidade notável de enriquecimento do debate de ideias acerca dos cuidados integrados e centrados no cidadão.

Inserido no terceiro de quatro webinars, o Plano Individual de Cuidados (PIC) Lopes; Fonseca, & Barbosa, 2020) foi apresentado como um dos instrumentos facilitadores da integração de cuidados.

De forma clara e sintética importava dar resposta a um conjunto de questões fundamentais:

- O que é o PIC?
- Como se constrói?
- Como funciona?
- E quais os resultados esperados?

De acordo com os trabalhos já publicados acerca do PIC, este encontra-se claramente definido como um instrumento centrado na pessoa, promotor de um espaço interativo entre todos os cuidadores, facilitador não só da gestão dos percursos de cuidados, mas também da integração dos mesmos, e ainda, promotor da continuidade de cuidados. Importa sublinhar que o PIC constitui o plano da pessoa que recebe os cuidados e não de qualquer profissão ou profissional de saúde; e que a sua gestão deve ficar a cargo da própria pessoa ou de alguém por ela designado, efetivando a integração dos diferentes níveis de cuidados ao longo do percurso de vida (Lopes, Fonseca & Barbosa, 2020).

A construção do PIC deve considerar dois pilares transversais que permitirão a obtenção de um plano técnico-cientificamente robusto e personalizado, por um lado a base conceptual e empírica, e por outro, a base vivencial e/ou narrativa. Tal, encontra-se ilustrado na Figura 1, onde é também possível observar os princípios fundamentais que devem ser considerados aquando da construção do PIC (Lopes, Fonseca & Barbosa, 2020):

- A natureza individual;
- A participação ativa da pessoa e/ou do familiar cuidador;
- O foco nos cuidados a prestar ao longo do percurso de vida;
- A salvaguarda da interdisciplinaridade;
- O apoio à tomada de decisão acerca dos cuidados a prestar;
- O registo das decisões tomadas acerca dos cuidados.

Em todas as suas dimensões, o PIC constitui o resultado de um trabalho interinstitucional conjunto, conceptualizado e executado por uma equipa multi e transdisciplinar coordenada pelo Professor Doutor Manuel José Lopes.



Modelo de construção do PIC

Fonte: Lope, Fonseca & Barbosa, 2020

A implementação do PIC deve ocorrer por iniciativa da pessoa, do seu cuidador ou dos profissionais de saúde. É importante referir, que quando comparado com os modelos tradicionais, o PIC apresenta um conjunto de vantagens de reconhecida mais-valia para o seu destinatário.

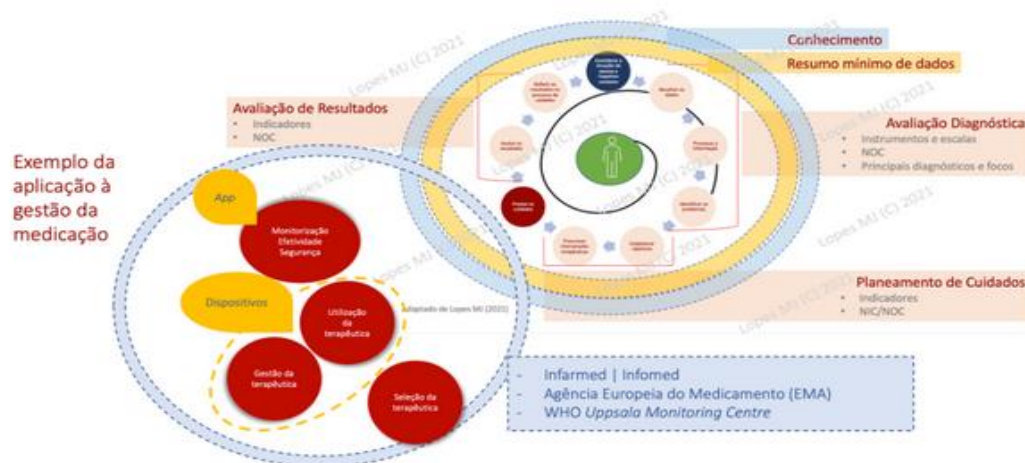
Entre estas, distinguem-se especialmente a capacidade de oferecer respostas integradas em situações que envolvem diferentes níveis de cuidados e equipas multi e transdisciplinares; a capacidade de gerir eficaz e eficientemente situações de elevada complexidade; e a capacidade de assegurar a continuidade de cuidados em situações crónicas (Lopes, Fonseca & Barbosa, 2020).

Outra das grandes potencialidades do PIC será a capacidade de um plano da sua natureza poder funcionar, em si mesmo, como registo eletrónico de saúde. Importa não esquecer que numa fase em que tanto se discute a revolução digital, dispor de instrumentos de planificação em saúde que acompanhem os seus desígnios, é essencial. Desta forma, o PIC deverá contar com um conjunto de recursos digitais, que permitam entre outros a interoperabilidade de sistemas; a gestão do conhecimento através da criação e atualização contínua de uma plataforma adequadamente alimentada para o efeito; a digitalização da informação; a criação de interfaces adequadas a cada um dos intervenientes; a implementação de aplicações móveis e soluções online que permitam um acesso rápido e seguro à informação; a utilização de sistemas de monitorização remota; a utilização da inteligência artificial e a gestão de uma fonte inesgotável de dados, que permitirão gerar informação com elevado nível de evidência.

Através da implementação do PIC, com base no conhecimento e no resumo mínimo de dados será possível efetuar continuamente i) a avaliação diagnóstica, ii) o planeamento de cuidados e iii) a avaliação dos resultados obtidos (Lopes, Fonseca & Barbosa, 2020).

Nesta lógica, o PIC pode ser aplicado, em cada uma das três fases de atuação supramencionadas, a inúmeros aspetos relacionados com os cuidados prestados à pessoa a que se destina. Um dos aspetos que têm vindo a ser desenvolvidos e o qual foi aqui tomado como exemplo, foi o da aplicação do PIC à gestão da medicação. Neste âmbito concreto têm sido seguidos os trabalhos já encetados pela equipa (Advinha, Henriques, Guerreiro, Nunes, Lopes & de Oliveira-Martins, 2016; Advinha, Lopes & de

Oliveira-Martins, 2017; Advinha, De Barros, Guerreiro, Nunes, Lopes & De Oliveira-Martins, 2018.; Advinha, Nunes, Lopes & De Oliveira-Martins, 2020), dos quais resultou a conceptualização e desenvolvimento de tópicos específicos, bem como a sua potencial utilização no PIC. Até ao momento, encontram-se em prossecução dois estudos-piloto específicos: i) a utilização de pictogramas de apoio à gestão da medicação na interface da pessoa-alvo; e ii) a utilização de aplicações móveis para notificação de suspeitas de reação adversa a medicamentos, com base em algoritmos sustentados pela informação contida no PIC.



Exemplo da aplicação à gestão da medicação

Adaptado de Lopes (2021, no prelo).

Quando por fim se elencam os resultados esperados com a implementação do PIC, estes confluem inevitavelmente na expectativa de promoção do autocuidado; de prevenção da doença; de deteção precoce dos problemas de saúde; de um diagnóstico correto; de tratamentos necessários, efetivos e seguros; de um processo de prestação de cuidados mais eficiente; de menor morbilidade; de menos episódios agudos e/ou recaídas; de menor necessidade de cuidados prolongados; e de menos erros.

Conclusão

Os resultados esperados de um plano de cuidados, que ademais é altamente individualizado, não se esgotam nos ora elencados. Aspectos de relevo como o cuidado contínuo, personalizado e o mais possível no espaço de cada pessoa, designadamente em casa, e ainda, o poder de decisão do próprio indivíduo no plano de cuidados que é seu, constituíram linhas de enriquecimento do debate, que evoluíram naturalmente desta e das demais apresentações.

Bibliografia

Advinha, A.; Henriques, A.; Guerreiro, M.; Nunes, C.; Lopes, M. & de Oliveira-Martins, S. (2016) Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly's ability to manage medication. *Eur Geriatr Med.*,7(5).

Advinha, A.; Lopes, M.; de Oliveira-Martins, S. (2017) Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: a systematic literature review. *Int J Clin Pharm.* Feb;39(1):1–15.

Advinha, A.; De Barros, C.; Guerreiro, M.; Nunes, C.; Lopes, M. & De Oliveira-Martins, S. (2018) Cross-cultural validation and psychometric evaluation of the Self-Medication Assessment Tool (SMAT) for assessing and optimizing medication therapy management of older people. *Eur J. Pers Centered Healthc* [Internet]. 2018 Dec 4;6(4):655. Available from: <http://www.bjll.org/index.php/ejpch/article/view/1568>

Advinha, A.; Nunes, C., Lopes, M. & Oliveira-Martins, S. (2020) Ability Assessment of the Elders to Manage Their Own Medication: A First Step for the Empowerment of the Geriatric Population. In C. Fonseca, M. Lopes, D. Mendes, F. Mendes, & J. García-Alonso (Eds.), *Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society* (pp. 128-151). Hershey, PA: IGI Global. doi:10.4018/978-1-5225-9818-3.ch010

Lopes, M.; Fonseca, C. & Barbosa, P. (2020) The Individual Care Plan as electronic health record: a tool for management, integration of care and better health results. In: *Exploring the Role of ICTs in Healthy Aging*. IGI International: 1–13.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SOLUÇÕES DIGITAIS INTELIGENTES - JOSÉ LUÍS BISCAIA

Introdução

Falar em Sistemas de informação e em soluções digitais inteligentes, poderá ser considerado quase como um pleonasmoo., porque se assim não for será um absurdo. Há coisas que costumamos qualificar e que infelizmente têm a ver com a nossa experiência e o nosso trajeto do dia a dia.

Quando falamos em instrumentos, começamos por pensar em peças soltas, mas é importante ter uma visão global do sistema de informação: qual é a visão que devemos ter do sistema de informação e exemplificar depois com três ou quatro instrumentos que poderiam qualificar o desenvolvimento desse sistema de informação.

Para a visão global daquilo que deve ser o sistema de informação, importa primeiro definir a sua funcionalidade, que deve ser essencial e estruturante e assumir que deve haver um registo de saúde eletrónico “único”. Coloco único entre aspas, porque se há um registo eletrónico, parte-se do princípio que contém todas as peças, para contrapor ao que existe hoje. Esse elemento essencial deve ser o futuro e o foco daquilo que temos que fazer para lá chegar. Todas as peças e instrumentos devem seguir no mesmo sentido. Mais do que uma definição tecnológica, propomos uma definição funcional: significa que eu, cidadão, tenho acesso á minha informação de saúde ao longo de todo o meu percurso de vida e em qualquer ponto da rede de contacto, quer seja do serviço de saúde quer dos vários atores que interagem com o serviço de saúde. Este é um aspeto importante porque evidencia também esta rede de inteligência colaborativa que tem que estar associada a este manancial de informação disponível.

Como é que objetivaria este Registo de Saúde Eletrónico? Com três componentes essenciais:

Plano Individual de Cuidados – elemento essencial do Registo: é o meu processo, o meu plano, onde estou e para onde vou e quais os meus objetivos.

Gestão Integrada dos Percursos – tem a ver com acesso, circulação, resolução dos problemas e com a forma como definimos o que deve acontecer (em termos de expectativas): qual é o seu problema de saúde, quais são os resultados esperados e o que é que todos os atores têm que fazer para que isso aconteça.

Apoio à decisão clínica – também visto como literacia e capacitação: capacitar todas as pessoas a tomar decisões informadas

Estes três componentes são o que sustentaria todo o Registo de Saúde Eletrónico. Há depois todo um conjunto de dimensões que estão associadas ao sistema de informação, mas são apenas dimensões, não são o seu foco. São requisitos a que temos que dar resposta para desenvolver as componentes essenciais.

Atualmente, os sistemas de informação estão definidos ao contrário: primeiro o programa para a cibersegurança, o programa para a mobilidade, ou para a interoperabilidade. Mas para fazer o quê? Determinam-se os requisitos, mas sem haver uma preocupação com o verdadeiro foco.

O programa tem que ser para o RSE e tem que garantir que dá resposta aos requisitos necessários:

- Modelo de governação e gestão de dados – a sua qualidade, disponibilidade, acesso, segurança;
- Portabilidade/mobilidade – porque hoje em dia circulamos e precisamos de aceder à informação em diferentes locais e através de diferentes meios;
- Interoperabilidade e integração – saber como é que o conjunto das várias aplicações está integrado e tem uma interoperabilidade semântica, nomeadamente em termos da nomenclatura que utilizamos, das várias escalas e das várias linguagens. Mas também tecnológica: posso ter uma aplicação diferente da outra, mas tenho que garantir que a informação que lá está é lida nesta plataforma chamada RSE;
- Modularidade – as aplicações têm que ser construídas com a capacidade de assumir que daqui a 6 meses ou um ano é possível querer algo um pouco diferente, ou porque o conhecimento evoluiu, ou porque percebemos que não é por ali o caminho e, portanto, o desenho de todas as aplicações do sistema tem que ter este conceito de modularidade, de evolução;
- Parametração/personalização – ao mesmo tempo, tendo que normalizar e estruturar a informação, temos que garantir que é possível diferentes parametrizações e personalizações.

Quando falamos do sistema de informação, estes aspetos não são o objetivo: são exigências do objetivo, são seus requisitos funcionais.

Outra questão essencial é pensar que dispositivos temos para a gestão do conhecimento. Neste momento, na área da saúde, Portugal está altamente digitalizado: todos os registos são feitos eletronicamente, temos imensos dados, no entanto, a informação é muito pouca e o conhecimento é zero. Ou seja, não criamos dispositivos para ler e tratar os dados, com inteligência artificial uma vez que não utilizamos as ferramentas tecnológicas que existem para gerar conhecimento e nos ajudar a progredir e a fazer as coisas de forma diferente.

Quando penso numa determinada aplicação, tenho que pensar logo em simultâneo qual é a informação que vou obter, como é que a leio, como é que interajo com ela, nos atributos que servem para incluir e partilhar, para os processos de melhoria contínua, para aumento da literacia e para prestar contas.

Os três grandes desafios que se colocam neste momento ao sistema de informação na saúde são:

- O redesenho dos processos – temos o hábito de começar a criar aplicações sem pensar e redesenhar o processo. Colocamos na aplicação o que já fazemos com o processo antigo. Temos que reinventar toda a forma de fazer. Um exemplo do que acabo de referir é a referenciação para a integração: temos um sistema magnífico, muita informação clínica já digitalizada e com a referenciação para o colega hospitalar. No entanto, é espantoso porque é que vou marcar uma consulta e tenho que escrever de novo tudo o que já está escrito no processo eletrónico. Isto, porque ninguém pensou que se o processo já existe, ter-se-ia que dar acesso à informação nos vários pontos de contacto do sistema e aos vários atores intervenientes.
- Ultrapassar a obsolescência tecnológica – é um problema essencial: não é possível fazer estas coisas sem perceber como é que damos alguns saltos, designadamente no que se relaciona com as redes, com as infraestruturas e com as aplicações que estão já ultrapassadas.
- Modelo de Governação – é preciso perceber que isto não é possível fazer no atual modelo de governação. É preciso clarificar como é que se desenvolve este sistema e que a regulação tem que existir, é uma peça fundamental, mas por outro lado, tem que se dar espaço ao ecossistema de informação, embora percebendo que o quadro de referência é fundamental.

Assim, antes de falar dos instrumentos, é preciso dar esta visão enquadradora.

Para criar este sistema, podemos ir fazendo várias coisas:

A primeira tem a ver com a visão do RSE. Quando vejo o RSE vejo a minha linha de vida, os vários eventos que vão tendo lugar, a hipótese de ir preenchendo ao longo da vida (com fotografias, com texto ou com outros conteúdos), as situações de doença que vão acontecendo. Vou podendo analisar os vários episódios, situações de doença, planos individuais de cuidados, entre outros. E isto, numa representação gráfica muito simples que temos que ser capazes de construir. Terá que ter uma série de agrupadores de informação, que sistematizam, através de várias aplicações, o que permitiria estruturar a informação e, depois de cada uma delas, sairiam ramos que tinham que estar associados a este processo. Do mesmo modo, vamos ter diferentes olhares para essa informação e diferentes necessidades, consoante o ator que estiver a ler. Deixa de haver um registo para cada ator. O que há é um acesso diferente, de acordo com a sua necessidade e da forma que isso for tipificado.

Outro instrumento essencial e que hoje seria muito fácil de instituir no espaço de alguns meses, seria uma aplicação para a gestão da medicação crónica. Seria um valor acrescentado enorme

para um dos maiores problemas da atualidade: a multimorbilidade. A questão essencial não são as patologias: é a medicação que temos que tomar. Este deveria ser o foco e associado a isso estaria um conjunto de funcionalidades. O médico ao prescrever regista a prescrição o que permitiria ver as alterações que vão sendo efetuadas. Este guia posológico contribuiria para a reconciliação terapêutica, com alertas e boas práticas, associado à inteligência artificial e a um conjunto de informação que permite a emissão de alertas. Não se parte de fora para dentro, centramo-nos no nosso guia posológico, na nossa tabela terapêutica e não nos registos dos médicos ou nas suas prescrições.

Outra dimensão teria que ver com a adesão à terapêutica e com a monitorização e os alertas que poderiam daí advir. Ou seja, o guia posológico teria um conjunto de funcionalidades associadas, representando assim a verdadeira centralidade na pessoa. Cada ator poderia interagir com diferentes perfis.

Um outro ponto que parece importante, é a questão do acesso. Nos CSP há graves problemas no acesso face a estruturas tecnológicas obsoletas ou não funcionais, como as atuais centrais telefónicas. As centrais digitais nos CSP são uma exigência óbvia, mas temos já um atraso de um ano, na sua implementação. No contrato da atual operadora com a SPMS, que contempla a existência de um telemóvel para cada profissional de saúde, permitira criar um call center ou integrar os vários telemóveis numa rede. No Verão passado foi feita uma proposta pela ARSN e ARSC, em que em 2 meses se garantiria o acesso telefónico a todas as unidades funcionais, através de uma rede digital suportada pelos telemóveis. Na prática, as pessoas contactavam a unidade e a chamada seria encaminhada para os telemóveis, de forma direta ou através de reagendamento. Quase um ano depois, não há uma única central digital instalada apesar de o algoritmo já estar feito. Para a gestão dos percursos seria, é uma peça fundamental.

Gestão integrada dos percursos é algo de que se fala há 40 anos. Apesar de parecer que não há história, há várias experiências que vão acontecendo. Há 3 anos, o SNS + Proximidade apontou um quadro de referência que permitia ir desenvolvendo numa lógica de rede e de inteligência colaborativa, com desenvolvimentos de baixo para cima e estimulando os polos de desenvolvimento de vários projetos e iniciativas locais e que permitiriam criar polos de integração de cuidados. Isso tinha a ver com o aumento da capacitação e apoio à decisão, disponibilização de informação (através de um dispositivo

de gestão da informação), construção de plano e de agenda de saúde, no entanto tudo isto ficou abandonado.

Conclusão

Esta é a visão daquilo que poderia ser o sistema de informação e dos instrumentos que poderiam ser facilmente criados.

O grave problema é que somos sempre pouco claros naquilo que fazemos. Cada um tem a sua interpretação e tem que haver espaço e abertura para fazer em conjunto aquilo que o cidadão realmente necessita. As palavras-chave são inclusão.

EXPERIÊNCIA DAS EQUIPAS DE COORDENAÇÃO DA RNCCI - ANA MOTA SOARES

Introdução

Criação da RNCCI – legislação quanto ao âmbito e missão

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de junho, assenta num modelo de intervenção integrada e articulada para a prestação de cuidados de saúde e apoio social, de cuidados e ações paliativas, centrada nos serviços comunitários de proximidade e abrangem os Hospitais/Centros Hospitalares, ACES/Centros de Saúde, os Serviços Distritais e Locais da Segurança Social, a rede solidária e ainda as autarquias locais.

A RNCCI tem como Missão a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação e manutenção a pessoas que se encontram em situação de dependência, independentemente da idade.

Organizada em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local, a RNCCI integra diversas respostas que garantem a continuidade de cuidados, ajustada às necessidades dos cidadãos em situação de dependência, numa perspetiva de efetividade e de qualidade.

A nível nacional e com o objetivo de reforçar a coordenação conjunta dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde no âmbito da RNCCI, o Despacho nº 176-D/2019, de 4 de janeiro, designou a Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com dois coordenadores, indicados por cada um dos ministérios.

A nível regional, a coordenação da RNCCI é desenvolvida por cinco Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sedeadas nas Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Saúde e da Segurança Social. As ECR articulam com a coordenação, aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

A nível local, a coordenação é desenvolvida por Equipas Coordenadoras Locais (ECL) constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Saúde e da Segurança Social. As ECL articulam com a ECR da respetiva região, asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência.

Na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) existe uma ECL em cada ACES, num total de quinze.

Trajectoria da RNCCI

De forma a assegurar a continuidade de cuidados ajustada às necessidades identificadas nos utentes, a RNCCI criou um conjunto de respostas que integra Unidades de Internamento, Equipas Domiciliárias e Unidades de Ambulatório.

Assim, são as seguintes as respostas de Internamento na RNCCI:

- Unidades de Convalescença (UC) - para internamentos até 30 dias;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) - para internamentos com duração entre 30 e 90 dias;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) - para internamentos com duração superior a 90 dias.

As Unidades supramencionadas têm como finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral do utente que, na sequência de uma “situação de doença súbita ou de agravamento de uma doença ou deficiência crónica”, necessita de “cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social” e que os mesmos não possam ser prestados no seu domicílio, tendo em conta a frequência, complexidade ou duração, identificadas.

Nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) os cuidados são assegurados por equipas multidisciplinares, sete dias por semana.

Regista-se também que a tipologia de Longa Duração e Manutenção (ULDM), proporciona o descanso do cuidador principal, situações temporárias, cujo período previsto é até 90 dias por ano.

As Equipas Domiciliárias, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), são equipas multidisciplinares que prestam cuidados aos utentes no domicílio” decorrentes da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, destinando-se a pessoas em situação de doença severa, fragilidade e dependência funcional grave, transitória ou prolongada, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma” (Portaria nº50/2017, de 2 de fevereiro, Artigo 8º).

Atualmente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) encontram-se integradas nos ACES.

No que concerne às Unidades de Ambulatório, Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA), cabe referir que está a ser efetuado o “relançamento” destas Unidades “em regime de experiências piloto, em 2021” (Portaria nº45/2021, de 24 de fevereiro).

Ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento da RNCCI, foram identificadas e desenvolvidas novas respostas, sendo de destacar em 2010 a criação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011, de 10 de fevereiro).

Os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) integram diversas respostas destinadas a pessoas com doença mental grave da qual resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

Os CCISM integram quatro respostas de internamento para adultos, Residência de Treino de Autonomia (RTA), Residência Autónoma (RA), Residência de Apoio Moderado (RAMo), Residência de Apoio Máximo (RAMa) e duas respostas em ambulatório, a Equipa de Apoio Domiciliário (EAD) e a Unidade Sócio Ocupacional (USO).

No âmbito da infância e adolescência (entre os 11 e os 17 anos) as respostas de internamento integram a Residência de Treino de Autonomia – tipo A (RTA/A), Residência de Treino de Autonomia – tipo B

(RTA/B), Residência de Apoio Máximo (RAMa) e duas respostas em ambulatório, a Equipa de Apoio Domiciliário (EAD) e a Unidade Sócio Ocupacional (USO).

Na ARSLVT, ocorreu em 2017 a abertura da primeira unidade prestadora de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, situada em Lisboa, a qual integrou os primeiros projetos-piloto nesta área. Esta Unidade, que integra a tipologia de Residência de Apoio Máximo (RAMa) visa dar resposta a utentes com incapacidade psicossocial por doença mental grave.

As condições de instalação e funcionamento das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de âmbito Pediátrico, foram definidas pela publicação da Portaria nº 343/2015, de 12 de outubro.

Importa referir que a referenciação para todas as Respostas da RNCCI é realizada por equipas multidisciplinares, sediadas nos Hospitais (Equipas de Gestão de Altas – EGA), nos ACES (Equipas Referenciadoras – ER) e ainda nas Unidades Locais de Saúde Mental.

Evolução do Número de lugares de Internamento na RNCCI:

Em abril de 2021 a nível nacional existem cerca de 15 535 lugares, dos quais 9607 são de internamento em unidades de Cuidados Continuados Integrados, 5723 em ECCI e 205 de ambulatório (EAD).

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo também se verificou o crescimento do número de lugares:

- 2410 camas de internamento, nas tipologias de UC, UMDR, ULDM;
- 2092 lugares de ECCI distribuídos por 60 equipas sediadas nos quinze ACES da Região,
- 66 lugares nas tipologias de Saúde Mental e 2 EAD, uma para prestação de cuidados a adultos e outra para a I/A.

Nesta Região regista-se ainda a existência de 127 camas de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP – RNCCI).

Mais de uma década após o início da RNCCI, continuam a ser consideradas prioritárias as respostas dirigidas aos grupos populacionais mais vulneráveis, pessoas com deficiência, os idosos, os dependentes e as crianças, pelo que o alargamento das respostas na RNCCI torna-se fundamental.

A centralidade no Cidadão, é um princípio orientador da intervenção na RNCCI, tendo em conta as diferentes abordagens disciplinares, onde os utentes e seus cuidadores, são parte ativa no processo e na gestão do seu percurso de saúde.

Conclusão

Reforça-se que a integração de diferentes níveis de cuidados com a predominante valorização da centralidade no cidadão, permite não só a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas, concomitantemente, melhores resultados e mais ganhos em saúde.

COMENTÁRIO - JOÃO RODRIGUES

Para se assegurar “a integração de cuidados e a gestão colaborativa do percurso dos utentes”, devem promover-se iniciativas conjuntas (ACeS e Hospitais) de mudança organizacional e alocar financiamento próprio para projetos que garantam elevados níveis de acesso, qualidade e eficiência no SNS, colocando os cidadãos e famílias no centro das intervenções de todos os profissionais e serviços, tendo por base os seguintes **princípios e valores**:

- Ética de cooperação.
- Co-produção da saúde.
- Núcleos identitários e interfaces colaborativas em rede.
- Mediação e facilitação.
- Inteligência colaborativa.

A **agenda estratégica**, deve passar por começar pela revisitação do que já estamos a fazer, procurando assumir o que devemos melhorar, devendo apostar-se numa **estratégia de comunicação**: criação a nível nacional no Portal da Saúde e Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (do *Tableau de Bord* do Acesso às Unidade de Saúde familiar / Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e ao Hospital.

Cada Unidade de Saúde deve receber **relatório mensal com a devida caracterização dos utentes que vão aos Serviços de Urgência e Consulta Externa** (Médico de Família; Subsistema/Seguro; Concelho/ Centro de Saúde / Unidade Funcional; Institucionalizado; Seguido no Hospital; Referenciado por quem? Resultado da ida ao Serviço de Urgência, incluindo horário; Perfil de utilização (cor pulseira, nº de vezes) do doente nos Serviços de Urgência, etc.

Canal de comunicação eficaz na monitorização bilateral de qualquer programa implementado, incluindo a possibilidade de notificações de carácter urgente entre hospital e os centros de saúde.

Outro instrumento crucial a ser desenvolvido é a interoperabilidade de todas as Aplicações Informáticas:

Processo clínico centrado no utente, tendo o médico acesso a toda a informação, independentemente do nível de cuidados.

Processo único. Pelo menos, Registo de Saúde Eletrónico com acesso a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, medicação crónica, listas de problemas, alergias e contatos.

De seguida, elencar os “novos problemas” para discutir e aprovar em conjunto com todas as partes os novos projetos que devem ser financiados em processo de contratualização e monitorizados.

Os novos projetos a serem desenvolvidos, devem enquadrar-se nos **setes pontos** seguintes:

- I. **Atividade centrada nas necessidades em saúde dos cidadãos** - não mais na departamentalização das instituições de saúde ou na segmentação das profissões da saúde:

Intervenção sistémica - resposta integrada e fluente entre instituições e serviços que faculte uma pronta e adequada circulação dos doentes, em função das suas necessidades diagnósticas/terapêuticas.

Gestão da multimorbilidade com resposta integrada à descompensação da(s) doença(s) crónica(s) - cooperação entre os diversos serviços e especialidades hospitalares.

Balço adequado entre a oferta e a procura - progressivamente, uma oferta pró-ativa que responda com eficácia às necessidades de saúde ultrapassando-se as respostas dos serviços exclusivamente reativa, porque apenas modulada pela pressão da procura.

2. Acessibilidade organizada

No próprio dia (8h-20h) nos Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) para todas as situações agudas passíveis de serem tratadas nesse contexto.

Consultas externas hospitalares em tempo clinicamente aceitável e criação de tempos específicos para respostas no próprio dia, ou a muito curto prazo (48 horas), nas situações crónicas já regularmente seguidas no serviço e reforço da consultadoria hospitalar aos Cuidados de Saúde Primários.

Resolutividade dos Cuidados de Saúde Primários: acesso no próprio dia e na proximidade a MCDT (Centros Integrados de Diagnóstico e Terapêutica).

3. Estratégias de comunicação com utentes e unidades de saúde

Partilha de conhecimentos entre cuidados – Cuidados de Saúde Primários vs. Serviço de Urgência (normas de orientação e protocolarização).

Linha de comunicação privilegiada entre cuidados (internista de referência, acesso direto, telefone? mail? videoconferência?).

- 4. Autonomia de gestão/administração** que viabilize a adaptação aos contextos locais/regionais – “situações diferentes exigem respostas diferentes”.
- 5. Adequação do modelo de financiamento** dos hospitais - no presente, centrado predominantemente na contabilização de atos, passando a contemplar-se a resposta global às morbilidades.
- 6. Literacia em Saúde** (Programa Nacional de Saúde Escolar e aposta na formação escolar com noções básicas de saúde); Autogestão da doença, conhecendo os valores de Tensões Arteriais normais, glicémia normal, quando suspeitar de um Acidente Vascular Cerebral, quando suspeitar de um Enfarte Agudo do Miocárdio, o que fazer?
- 7. Envolver as Instituições de Solidariedade Social** nesta gestão do doente em comunidade. Monitorização do idoso sem apoio familiar. Combate à solidão. Incentivo ao exercício. Envolvimento social do idoso. Sinalização precoce de Ute em risco. Implementação do botão de alarme, em que o idoso carrega e atende automaticamente um profissional de saúde que orienta da melhor forma as necessidades do idoso.



INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PERSPETIVAS SISTÉMICAS

"O que é verdadeiramente importante para as pessoas é ter um acesso oportuno aos serviços de saúde e, quando necessário, ser facilmente conduzido de um serviço para outro, sem obstáculos, demoras ou perdas de informação."

SNS + Proximidade, 2017

SAÚDE PÚBLICA E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS -TERESA COSTA LEÃO

Introdução

A Saúde Pública define-se classicamente como a arte e a ciência de - através da organização dos esforços da sociedade - promover a saúde e prevenir a doença (Acheson, 1988), de forma a prolongar a vida saudável da população. A atuação consertada com os restantes serviços de saúde, organizações e grupos da comunidade é, assim, a base da resposta em Saúde Pública.

A integração dos serviços de saúde pública – aqueles de atuação populacional – com os serviços clínicos – com foco individual – contribui para a otimização da resposta em saúde (Martin-Misener Valaitis, Wong, et al., 2012), podendo aumentar a efetividade e a eficiência dos cuidados, os quais são especialmente importantes em contextos onde a população se torna mais envelhecida e as doenças crónicas mais prevalentes, com crescente peso nos cuidados de saúde e nos gastos neste sector (World Health Organization, 2018).

Olhando para a integração dos cuidados de saúde pública de forma mais abrangente, o diálogo destes serviços com os outros setores da comunidade e com os vários grupos da população permite a identificação mais precisa dos problemas de saúde e dos grupos da população onde estes se concentram, assim como dos potenciais recursos, oportunidades e barreiras na implementação de intervenções em saúde (WHO Regional Office for Europe, 2019). Assim, para além de potenciar a efetividade e a eficiência, a intersectorialidade e a integração de cuidados podem contribuir para a redução das iniquidades na distribuição da saúde na população (WHO Regional Office for Europe, 2019; Francés et al, 2016).

Algumas organizações têm vindo a apontar estratégias para potenciar a integração de cuidados. De entre os vários documentos produzidos, destaca-se o *policy brief* “How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options” produzido pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (Rechel, 2020). Os autores analisaram especificamente a integração dos cuidados prestados pelos serviços de saúde pública com aqueles prestados pelos serviços de base clínica nos cuidados de saúde primários e apontaram alguns trajetos que poderão facilitar esta integração. A análise das iniciativas e dos fatores que podem potenciar esta integração de cuidados serão aqui comparadas com a realidade portuguesa, com alguns exemplos onde a integração de serviços e a intersectorialidade são essenciais para uma resposta efetiva, eficiente e equitativa em Saúde Pública.

Observatório e planeamento em saúde

A identificação dos problemas de saúde existentes numa população, feita com base em dados primários ou secundários, quantitativos ou qualitativos, permite adequar o planeamento das intervenções em saúde (programas, projetos ou serviços) às necessidades de saúde locais (Rechel, 2020). Para que esta identificação ocorra por serviços de saúde pública e clínicos, contribui a existência de bases de dados comuns, com acesso por profissionais de serviços de base clínica e comunitária, com registo e consulta dos problemas de saúde e dos seus determinantes, medição e monitorização ao longo do tempo. Esta informação, partilhada entre profissionais de saúde pública e clínicos, e decisores, contribuirá para a adequação das intervenções (clínicas e comunitárias) às necessidades de saúde da população. Num outro prisma, o contacto da população com os serviços clínicos pode permitir uma avaliação mais fina

das suas necessidades, a avaliação e reorientação das intervenções em saúde. Para além da necessidade de informar a prática clínica com uma perspetiva populacional, os autores (Rechel, 2020) reforçam a utilidade da epidemiologia, de técnicas de avaliação de risco e de análise de custo-efetividade para informar a gestão dos serviços clínicos.

Em Portugal uma das funções dos serviços de saúde pública é a de observatório de saúde (Decreto-Lei nº28/2008). Ainda que a medição, análise e monitorização do estado de saúde sejam realizadas pelos serviços de saúde pública, a função de observatório depende diretamente da integração de cuidados já que frequentemente se recorre a dados secundários, recolhidos através de ferramentas informáticas de registo clínico, alimentadas pelos serviços clínicos dos cuidados de saúde primários. Estes dados secundários, juntamente com a consulta dos parceiros do setor da saúde e da comunidade, alimentam os diagnósticos de situação de saúde e os planos locais de saúde, e retroativamente informam os serviços clínicos e os decisores de saúde locais e regionais, organizações comunitárias, autarquias e outros parceiros. Assim, não só o observatório promove a integração das perspetivas dos serviços clínicos e das organizações comunitárias sobre a saúde da população, como tenta combinar os esforços dos setores da saúde e comunitários para a sua melhoria. A monitorização do estado de saúde contribui para a reorientação dos serviços clínicos, influenciando a definição de indicadores locais nos processos de contratualização, e para a avaliação e redefinição de planos e programas de saúde.

A função de observatório das unidades de saúde pública depende, assim, dos registos de mortalidade (pelo Sistema de Informação dos Certificados de Óbito) e de morbilidade por doenças crónicas não transmissíveis ou doenças infecciosas agudas e crónicas (através do S Clínico e do Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde, e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica), assim como de programas de promoção da saúde e prevenção da doença (como a Vacina ou o SiiMA Rastreios). Para além de contribuírem para o diagnóstico de situação ou para o desenho e avaliação dos planos locais e regionais de saúde, permitem avaliar programas de saúde pública, como o programa nacional de vacinação, tendo em conta as taxas de cobertura vacinal na população e seus subgrupos e informar retroativamente as equipas de saúde sobre os grupos onde a sensibilização e acesso a vacinação devem ser reforçadas. No entanto, os dados recolhidos através destas plataformas têm importantes limitações. Primeiramente, apresentam limitações quanto ao registo, o qual é frequentemente parcial, deficitário e/ou desatualizado, decorrente da falta de formação e sensibilização dos profissionais de saúde da importância deste ato ou, simplesmente, da priorização de atos clínicos em detrimento dos atos de registo em cenários de escassez de tempo para realizar ambos. Em segundo lugar, os dados recolhidos através dos sistemas de informação clínicos refletem maioritariamente diagnósticos de patologias, pouco informando sobre os fatores que os determinam, sejam estes comportamentais ou sociais. Por fim, estas plataformas não informam quanto aos projetos e programas comunitários disponíveis e, ainda que esta informação esteja presente nos planos de ação e nos relatórios de atividades das equipas de saúde pública e de cuidados na comunidade, esta divulgação poderia potenciar o seu uso interno e/ou externo (nomeadamente para prescrição social).

Sendo os recursos comunitários essenciais para o planeamento das intervenções em saúde e para a própria intersectorialidade da resposta em saúde, os serviços de saúde pública precisam de se articular proximamente com as organizações, atores e grupos da comunidade. No entanto, a ausência de plataformas que permitam a identificação e caracterização destes recursos, atualizada pelos seus responsáveis, obriga a um trabalho exaustivo e moroso de caracterização destes recursos por parte dos serviços de saúde pública, e desemboca em bases recorrentemente desatualizadas. Ainda, a

pluralidade de atores, diferentes perspectivas, termos e linguagens, e a falta de preparação dos profissionais para a integração da participação pública e social nos processos de planeamento limita-a, restringindo-a frequentemente à priorização dos problemas de saúde.

Salienta-se ainda que, tal como referido pelos autores, os momentos prévios ou após os contactos clínicos podem ser oportunidades para um estudo aprofundado das necessidades e determinantes de saúde ou para a avaliação dos cuidados prestados, projetos e programas comunitários. Também, mesmo que a epidemiologia seja utilizada para informar sobre os problemas de saúde locais, a epidemiologia clínica, as análises de custo efetividade, de impacto ou de risco podem ser mais integradas na gestão dos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Intervenção em saúde

Segundo os autores do *policy brief* aqui usado como referencial (Rechel, 2020), a combinação dos serviços clínicos, com serviços de apoio à mudança comportamental, como os serviços de psicologia, nutrição, cessação tabágica, apoio social e, destes, com os serviços direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença de nível comunitário levará a uma abordagem multinível, mais efetiva. A presença de profissionais de intervenção clínica em situações de intervenção comunitária e a aproximação física dos serviços de âmbito comunitário e clínicos (co-localização), organizada segundo as necessidades da população e não segundo os tipos de serviço prestados, poderá facilitar esta abordagem. O diálogo entre profissionais de saúde pública e clínicos, incluindo parceiros locais e a população-alvo para a defesa de melhores condições de vida e acesso a cuidados de saúde, nomeadamente pelos que vivem em condições vulneráveis, poderá fomentar sinergias e aumentar a probabilidade de a resposta em saúde ser mais efetiva e equitativa.

No nosso território os serviços de saúde pública localizam-se frequentemente paredes-meias com serviços clínicos dos cuidados de saúde primários. É comum encontrar Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Pública nos edifícios dos antigos Centros de Saúde. Os projetos e programas geridos pelas equipas de saúde pública contam comumente com a colaboração dos profissionais das Unidades de Cuidados na Comunidade e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados para a sua implementação. Ainda, por todas estas equipas pertencerem a Agrupamentos de Centros de Saúde, sob a mesma direção executiva, existe contacto interpessoal e procura de soluções integradas. Esta articulação pode ocorrer perante casos identificados aquando da implementação de projetos e programas comunitários, como por exemplo na facilitação de agendamento de cuidados a adolescentes e crianças em meio escolar. Os profissionais que atuam na comunidade, sejam estes de Unidades de Saúde Pública, Unidades de Cuidados na Comunidade ou Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, atuam frequentemente como ponte com os cuidados de saúde primários clínicos. No sentido contrário, a existência de reuniões conjuntas permite a criação de espaços de discussão onde os clínicos dos cuidados de saúde primários partilham as suas perceções sobre os problemas de saúde que consideram afetar grandemente a saúde dos seus utentes e os determinantes dos mesmos, e onde será importante uma abordagem comunitária. A articulação com os serviços hospitalares poderá ser mais rara e heterogénea, dependendo da gestão de cada unidade hospitalar e dos serviços de saúde pública. Há exemplos de unidades hospitalares, nomeadamente em Unidades Locais de Saúde, com integração de equipas multidisciplinares com profissionais de cuidados de saúde primários e hospitalares, organizadas em torno de problemas específicos (como Comissões de Coordenação Oncológica, de Controlo da Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos, Equipas de Prevenção da Violência, entre outras).

A proximidade física, institucional e a ágil comunicação entre os serviços e clínicos e de saúde pública é especialmente essencial para uma resposta efetiva dos serviços de saúde pública na vigilância epidemiológica de doenças infecciosas de elevada transmissibilidade e/ou elevada morbi-mortalidade (por isso de notificação obrigatória), para uma atuação rápida dos serviços de saúde pública para a contenção da sua transmissão. Neste âmbito, para além da existência de sistemas informáticos sensíveis, específicos, flexíveis, representativos, e de elevada aceitabilidade que comuniquem atempadamente o surgimento destas infeções, importa também a multidisciplinaridade e o trabalho com parceiros locais (como as autarquias, entidades responsáveis pelo abastecimento de água e gestão de resíduos, a Direção-Geral da Agricultura e Veterinária ou a Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica, entre outras instituições públicas e privadas) para a avaliação e controlo de riscos ambientais.

Conclusão

Observa-se assim que, mesmo que as funções dos serviços de saúde pública sejam intrinsecamente dependentes dos serviços clínicos e das organizações da comunidade, e que haja uma proximidade física e institucional com as restantes equipas dos cuidados de saúde primários, ainda podem ser dados passos para uma melhor identificação de necessidades de saúde da população e caracterização dos seus recursos, avaliação de programas, projetos e serviços de saúde, no desenho e na implementação destas intervenções, e, por fim, informação para a gestão dos serviços de saúde. Salienta-se que, apesar de a articulação com outras equipas de saúde e de outros setores poderem reduzir a ineficiência dos serviços, uma adequada dimensão e formação das equipas são essenciais para a real integração, intersectorialidade, efetividade e eficiência da resposta em saúde, e redução das iniquidades em saúde.

Bibliografia

Francés, F.; Parra, D. La; Asunción, M.; Román, M.; Ortiz-Barreda, G. & Briones-Vozmediano, E. (2016) Toolkit on social participation: Methods and techniques for ensuring the social participation of Roma populations and other social groups in the design, implementation, monitoring and evaluation of policies and programmes to improve their health. WHO Europe:76.

Martin-Misener, R.; Valaitis, R.; Wong, S. et al. (2012) A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev.* 13(4):327-346. doi:10.1017/S1463423611000491

Rechel B. (2020) How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. *Reg Off Eur Eur Obs Heal Syst Policies.*

World Health Organization (2008). *Primary Health Care: Closing the Gap between Public Health and Primary Care through Integration.* Technical Series on Primary Health Care. Geneva.

WHO Regional Office for Europe (2019). *Participation as a Driver of Health Equity.* Copenhagen.

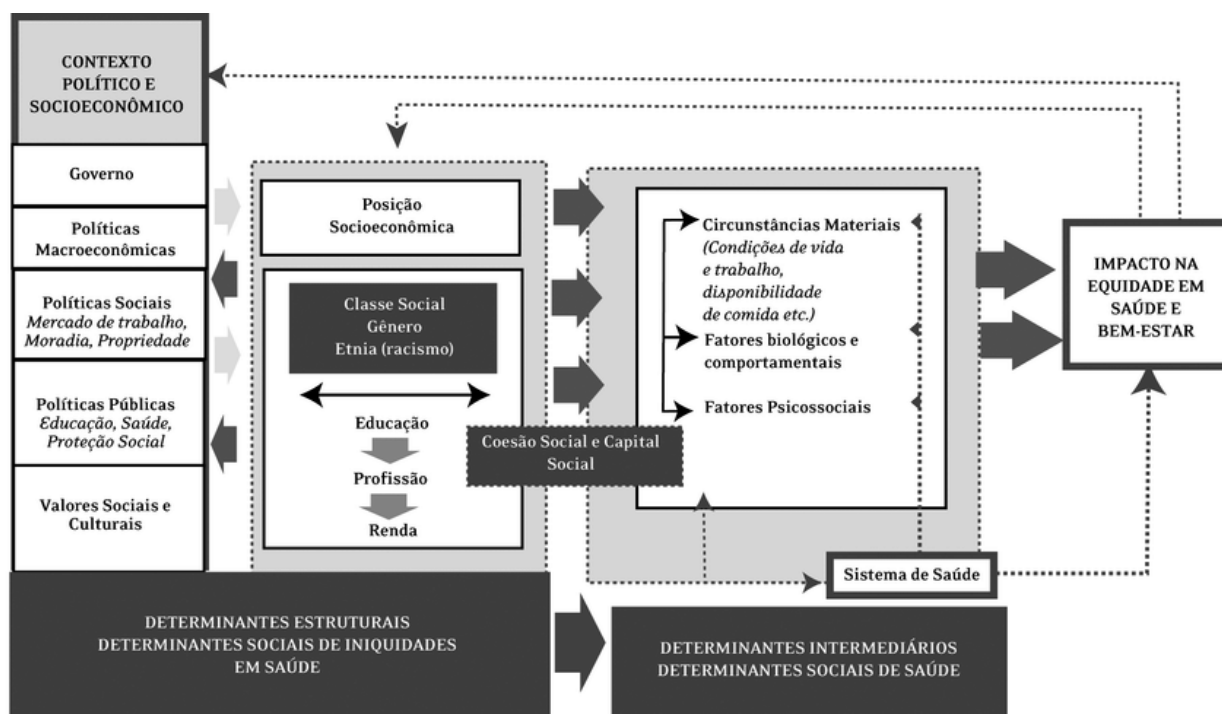
SAÚDE E INTERSETORIALIDADE - MANUEL LOPES

Introdução

Pretende esta curta reflexão fornecer alguns elementos enquadradoras da inevitabilidade da ação intersectorial na saúde. Caracterizamo-la assim porque, indubitavelmente, com base no atual acervo de conhecimento entendemos não haver outra forma de o fazer. Ou seja, a saúde é transversal a todas as dimensões em que qualquer pessoa se insere, podendo até afirmar-se que existe uma indissociabilidade entre aquela e o percurso/projeto de vida. Consequentemente, é impossível equacionar a intervenção em saúde a não ser numa perspetiva intersectorial.

A definição de saúde, em 1948, da Organização Mundial de Saúde (OMS), constituiu-se como um marco histórico fundamental ao colocar no mesmo plano o bem-estar físico, mental e social. Apesar disso, tal definição acabou por ser muito criticada dada a sua perspetiva quase utópica (mais completo bem-estar físico, mental e social) e por parecer ignorar o papel dos contextos em que a pessoa se insere.

Tal visão foi sendo matizada através dos contributos de múltiplos autores e organizações (Benach et al., 2010; CSDH, 2008; Dahlgren & Whitehead, 1991; Solar & Irwin, 2010) que, paulatinamente, evidenciaram a importância dos múltiplos determinantes da saúde.



Determinantes sociais e de saúde

Fonte: Adaptado a partir de Solar & Irwin, 2010.

Consequentemente, a OMS foi refletindo esta alteração de perspectiva nas múltiplas declarações que promoveu ou em que participou e de entre as quais destacamos:

- Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978);
- Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas (OMS & Government of South Australia, 2010);
- Declaração Política das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis (United Nations General Assembly, 2011);
- Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (OMS & World Conference on Social Determinants of Health, 2011);
- Declaração de Helsínquia sobre Saúde em Todas as Políticas (WHO & Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2013).

Neste contexto, a saúde deixa de ser uma questão apenas individual e passa a ser uma questão também social e comunitária global. Isso mesmo é refletido nos objetivos para o desenvolvimento sustentável (United Nations, 2015) onde a saúde se constitui como um objetivo específico (objetivo 3 – saúde de qualidade), mas as preocupações com a mesma acabam por estar refletidas em múltiplos outros, nomeadamente, no primeiro (erradicar a pobreza), segundo (erradicar a fome), quarto (educação de qualidade) e sexto (água potável e saneamento).

Ação Intersectorial em Saúde

Consequentemente a intervenção em saúde deixa de ser apenas uma questão de ação de um profissional de saúde sobre uma pessoa e passa a ser também uma questão que pode ser entendida como dimensão essencial do projeto de vida de cada pessoa e como tal algo que é co-construído (Lopes, 2016) num processo de interação dinâmica entre todos os atores e com uma transversalidade que se manifesta em todos os contextos de vida da pessoa. Faz assim sentido, quando equacionamos a intervenção em saúde, falar de ação intersectorial em saúde (AIS).

Podemos definir a AIS como uma relação reconhecida entre uma parte ou partes do setor da saúde com uma parte ou partes de outro sector que tenha sido formada para tomar medidas sobre uma questão para alcançar resultados intermédios ou finais de saúde de uma forma que seja mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançado pelo sector da saúde agindo sozinho (Dubois et al., 2015).

São diversos os exemplos a nível internacional de projetos que se podem incluir no conceito de AIS. Assim e com o objetivo de sistematizar os elementos essenciais de um modelo de AIS foi desenvolvida uma *scoping review* através da qual se identificaram as características comuns centrais de um primeiro esboço de modelo síntese.



Características comuns centrais dos modelos de cooperação intersectorial como primeiro esboço de um modelo de síntese

Fonte: Adaptado de Quilling, Kruse, Kuchler, Leimann & Walter, 2020.

De entre as características que resultaram da análise dos modelos salienta-se a enorme importância da liderança e o peso especial da boa moderação na cooperação, da qual o respetivo sucesso parece depender em grande medida. É também notório que vários modelos enfatizam a vontade e capacidade de aprender (Quilling, Kruse, Kuchler, Leimann, & Walter, 2020).

A figura 2 mostra esta síntese, em que o círculo exterior nomeia os pontos comuns identificados como etapas estratégicas centrais da cooperação intersectorial, enquanto o campo interior do esquema se centra em perceções comuns para a conceção da cooperação interna (Quilling, Kruse, Kuchler, Leimann, & Walter, 2020.)

Num outro trabalho promovido pela Organização Mundial de Saúde (Rantala, Bortz & Armada, 2014) e que consistiu na análise de projetos piloto de AIS, tentou-se identificar quais os principais mecanismos de ação intersectorial para a Saúde tendo-se chegado à seguinte síntese:

- Estruturas tais como diferentes tipos de comités intersectoriais, conselhos, unidades, redes ou programas;
- Processos como o planeamento e o estabelecimento de prioridades processos ou avaliação conjunta;
- Instrumentos financeiros tais como subvenções ou orçamentos conjuntos;
- Mandatos, tais como leis, regulamentos, protocolos, quadros e políticas de responsabilização (Rantala, Bortz & Armada, 2014).

Resulta destes contributos que o planeamento se constitui como uma dimensão essencial da AIS. Todavia, este não pode ser entendido como um procedimento administrativo-burocrático, mas antes

como um processo participativo que envolve todos os atores tal como teorizado por diversos autores (Davoudi, 2015; Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018).

Nesta perspetiva enunciam-se as dimensões essenciais deste processo de planeamento.

Em primeiro lugar, o planeamento é distribuído e coletivo. Isto significa que planear para a saúde pública é um processo social onde a compreensão e a propriedade emergem da colaboração e reflexão práticas e onde todos os julgamentos são testados contra as opiniões e reflexões de outros indivíduos que emitem juízos de valor. As discussões ocorridas no contexto deste processo são informativas, educativas e de construção de identidade e criam uma compreensão comum ou coletiva (Davoudi, 2015; Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018). Em segundo lugar, o planeamento é entendido como situado e provisório, representando uma negociação em curso entre os atores e os seus cenários. O planeamento está situado no tempo e no espaço e é específico a um contexto particular; contudo, é também provisório, o que significa que o próprio contexto está em constante desenvolvimento (Davoudi, 2015; Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018). Em terceiro lugar, o planeamento é contestado e mediado, o que significa que o conhecimento e o poder são mutuamente dependentes. As visões da realidade refletidas no planeamento da saúde pública não são apenas construções cognitivas, mas também instrumentos de poder político. Ao definir a verdade de como algo deve ser feito, o que importa ou como as coisas devem ser entendidas, exercita-se o poder. O poder é exercido de diferentes formas, por exemplo, através de sistemas de regras, regulamentos e procedimentos, ou através de formas de representação, tais como linguagem, sinais, metáforas ou símbolos (Davoudi, 2015; Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018). Finalmente, o planeamento é pragmático e propositado na medida em que está mais preocupado com as consequências da ação do que com as intenções do ator e é intencional no sentido em que envolve o juízo prático de equilibrar o que se pretende e o que funciona.

O caso português

Perante os elementos atrás apresentados poderemos interrogar-nos acerca da realidade portuguesa. Em nosso entender tal deveria merecer um estudo aprofundado uma vez que se concordarmos, por um lado, que a AIS é imprescindível e com ela se obtêm melhores resultados, e por outro, que já existem um conjunto de projetos, programas e afins que podemos integrar neste conceito, então dever-se-ia proceder a esse estudo para identificar os constrangimentos e as forças a assim podermos evoluir para níveis mais avançados de intersetorialidade.

Neste contexto e numa análise sumária, diríamos que Portugal reúne já um conjunto de critérios relevantes para o desenvolvimento de AIS. A título de exemplo:

- Ratificação de todas as Declarações Internacionais em que os princípios da AIS estão previstos;
- Reconhecimento da importância da AIS ao nível do Programa de Governo onde se constata diversas referências à importância da intersetorialidade;
- Reconhecimento da sua importância ao nível do Plano Nacional de Saúde (PNS)
- Ao nível da ação concreta destacamos:
- Criação de uma rede de cuidados de natureza intersetorial – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

Múltiplos programas da DGS reconhecem a importância da intersetorialidade e promovem-na e de entre os quais destacamos:

- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
- Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF)
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Programa Nacional de Controlo da Diabetes
- Saúde Ocupacional
- Saúde Escolar
- Prevenção de Acidentes

Intersetorialidade a partir de outros setores além da saúde e de entre os quais destacamos:

- Autoridade para as Condições de Trabalho
- Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica

Apesar destes exemplos e enquanto um estudo mais aprofundado não é feito, enunciamos algumas limitações à intersectorialidade para o nosso país:

- A organização setorial do Estado e a inexistência de Ministérios transectoriais;
- O excessivo centralismo;
- O baixo peso político do setor da saúde na estrutura do governo;
- A politização da nomeação das chefias intermédias;
- A baixa cultura intersectorial a nível local;
- A baixa cultura participativa das populações;
- A inexistência de estruturas intersectoriais permanentes;
- As decisões em áreas como o planeamento urbano ou os transportes não são tomadas em parceria com o setor da saúde.
- Avaliações de impacto de qualquer projeto na saúde não foram institucionalizados em Portugal, nem têm orientações específicas.

Talvez devido a este tipo de constrangimentos em alguns países tem-se vindo a desenvolver uma perspetiva que os mitiga e que se convencionou designar como economia do bem-estar (Scottish Government, 2019; Wellbeing Economy Alliance, 2021). Tal perspetiva, assumida por todos os setores, cria as condições ideais para a AIS.

Conclusão

Face ao exposto não existe qualquer dúvida sobre o carácter transectorial da saúde e como tal da consequente necessidade de intervenção intersectorial. Apesar disso permanecem e predominam modelos de decisão, de organização e de cuidados setoriais com claro prejuízo para os resultados em saúde e consequentemente, para o bem-estar das pessoas.

Urge a mudança!

Bibliografia

Benach, J., Friel, S., Houweling, T., Labonte, R., Muntaner, C., Schrecker, T., & Simpson, S. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. In World Health Organization Geneva.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata.

CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Dahlgren, G. ; & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper. In Main (Issue September 1991). Institute for Future Studies.

Davoudi, S. (2015). Planning as practice of knowing: [Http://Dx.Doi.Org/10.1177/1473095215575919](http://dx.doi.org/10.1177/1473095215575919), 14(3), 316–331. <https://doi.org/10.1177/1473095215575919>

Dubois, A., St-Pierre, L., & Veras, M. (2015). Revisão de âmbito das definições e modelos conceituais de ações intersectoriais. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(10), 2933–2942. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>

Lopes, M. J. (2016). Cidadania e Participação: de utente-consumidor a cidadão corresponsável. *RIASE - REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO*, 2(3).

OMS, & Government of South Australia. (2010). Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas . OMS. https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf

OMS, & World Conference on Social Determinants of Health. (2011). Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. OMS.

Quilling, E., Kruse, S., Kuchler, M., Leimann, J., & Walter, U. (2020). Models of Intersectoral Cooperation in Municipal Health Promotion and Prevention: Findings from a Scoping Review. *Sustainability* 2020, Vol. 12, Page 6544, 12(16), 6544. <https://doi.org/10.3390/SU12166544>

Rantala, R., Bortz, M., & Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International*, 29(suppl_1), i92–i102. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAU047>

Scottish Government. (2019). Wellbeing Economy Governments (WEGo) policy labs: First Minister’s speech - gov.scot.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).

Synnevåg, E. S., Amdam, R., & Fosse, E. (2018). Intersectoral planning for public health: Dilemmas and challenges. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 982–992. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>

United Nations. (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.

United Nations General Assembly. (2011). Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. United Nations. <https://undocs.org/en/A/66/L.1>

Wellbeing Economy Alliance. (2021). Home - Wellbeing Economy Alliance. <https://wellbeingeconomy.org/>

WHO, & Ministry of Social Affairs and Health of Finland. (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. WHO. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp>

TENDÊNCIAS EVOLUTIVAS DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - ADELAIDE BELO

Introdução

À semelhança de outros países, o SNS tem enfrentado um aumento da procura, relacionada com a evolução da medicina, as expectativas dos utentes e o envelhecimento da população. As idades mais avançadas estão inevitavelmente associadas a uma maior incidência de doenças crónicas e a alterações funcionais e cognitivas, a que se juntam crescentes problemas sociais, levando à sobre utilização dos serviços. De acordo com os últimos dados da Pordata, em Portugal a “esperança de vida à nascença” é de 81,5 anos, superior à média da União Europeia (UE) que é de 81 anos. No entanto, quando analisamos “os anos de vida saudável aos 65 anos” a média da UE é de 9,8 anos e a de Portugal é de 7,8 anos. Em Portugal, as pessoas vivem mais tempo, mas vivem pior, com mais carga de doença – multimorbilidade - e com maior utilização dos serviços de saúde e sociais. A resposta não pode ser doença a doença, mas sim centrada na pessoa e nas suas necessidades globais.

A tradicional organização fragmentada e em silos das organizações de saúde, com respostas episódicas, reativas e orientadas para a doença, mostra-se cada vez mais desajustada à mudança do perfil epidemiológico das populações, aquilo a que a WHO chamou de “*silver tsunami*”.

Neste contexto a WHO elaborou um documento que define a estratégia para a organização dos serviços de saúde – “*WHO global strategy on integrated people-centered care services – 2016 – 2026*” - *Placing people and communities at the centre of health services*.

Assim, define Serviços Integrados Centrados nas Pessoas como - “*Integrated health services are health services that are managed and delivered in a way that ensures persons receive a continuum of health promotion, disease prevention, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, at the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs, throughout their whole life and in continuous discussion with the patients*”

O seu significado prático pode ser resumido em 3 dimensões distintas:

1. A integração de cuidados é a melhor solução, quando a fragmentação da prestação é de tal modo desajustada às necessidades das pessoas, que se torna sub-ótima ou mesmo adversa, com impacto nas experiências dos utentes e nos resultados em saúde.

2. A integração de cuidados pretende melhorar a qualidade e o custo-efetividade dos cuidados para as pessoas e populações, assegurando que os serviços são coordenados em tornos das suas necessidades.

3. A perspetiva das pessoas torna-se o princípio organizador da prestação dos cuidados, quer digam respeito ao doente, à sua família/cuidadores, ou à comunidade a que pertencem

Isto implica uma mudança de paradigma, essencialmente a nível da (re)organização da prestação dos cuidados.

O foco passa da Gestão da Doença para a Gestão do Doente e reforça a ideia do Percurso das Pessoas pelos diferentes níveis de cuidados com a conseqüente necessidade de coordenação entre eles.

Para a implementação de Serviços Integrados Centrados nas Pessoas a WHO recomenda 5 estratégias:

1. Envolver e capacitar as pessoas e as comunidades
2. Reforçar a governação e a responsabilização
3. Reorientar o modelo de prestação de cuidados
4. Coordenar os serviços intra e inter setores
5. Criar um ambiente propício á mudança

Estas Recomendações foram reforçadas por múltiplas organizações internacionais, a nível europeu, americano e asiático. Daremos um exemplo dos EUA - *The Commonwealth Fund -International Expert Working Group on Patients With Complex Needs - 2017- “Designing a high performing health care system for patients with complex needs“*

Ten Recommendations for Policy Makers

- | | |
|---|---|
| 1. Make care coordination a high priority | 6. Provide better support for caregivers |
| 2. Identify patients in greatest need of proactive coordinated care. | 7. Redesign funding mechanisms to meet patient's needs |
| 3. Train more primary care physicians and geriatricians. | 8. Integrate health and social services, and physical and mental health |
| 4. Facilitate communication between providers ex: through clinical record integration | 9. Engage clinicians in change and train and support clinical leaders |
| 5. Engage patients in decisions about their care | 10. Learn from experience and scale up successful projects |

Outro exemplo da União Europeia - <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>

European Innovation Partnership on Active & Healthy Ageing - Call for Action “United towards Integrated Care”

- | | |
|---|--|
| 1. Secure political leadership and develop national and regional evidenced based roadmaps | 6. Establish an interoperability framework for the deployment of interoperable solutions for integrated care systems |
| 2. Develop new care and economic models | 7. Ensure harmonized implementation of the General Data Protection Regulation |
| 3. Recognize the meaningful impact of regional and local integrated care initiatives | 8. Train and further educate the health and social care workforce |
| 4. Encourage multi-agency partnerships across the health and social ecosystems | 9. Develop strategies and frameworks at all levels to empower and involve patients, careers and citizens |
| 5. Invest in scaling-up successful integrated care projects and methodologies and support experience sharing on that matter | 10. Support transformation, service innovation, technology adoption, and the deployment of new business models and tools |

Ambos os documentos têm pontos em comum: reorganização da prestação, tendo como prioridade a coordenação dos cuidados; priorizar para ser preditivo e proativo; estratégias de envolvimento dos doentes/cuidadores; formação dos profissionais e das lideranças; escalar projetos já existentes.

Em Portugal este caminho também já foi iniciado, tendo decorrido a várias velocidades e de uma forma titubeante – UCF – as primeiras e com melhores resultados, mas praticamente desativadas; ULS; RNCCI; experiências fomentadas pela pandemia. Existem projetos “piloto”, a decorrer nas nossas instituições, fruto do grande empenho e resiliência dos profissionais, mas sem escala e com poucos apoios.

São como peças de um puzzle, que não se sabe o desenho final.

Até agora não se consegue identificar uma política concertada de integração de cuidados, com estratégias de médio-longo prazo bem definidas, com interligação entre política de saúde e política social.

Conclusão

Consideramos que não podemos deixar passar mais esta oportunidade para a reorganização da forma como prestamos cuidados, tendo em conta as pessoas e a sustentabilidade do SNS nestes tempos conturbados.

COMENTÁRIO - ALCINDO MACIEL BARBOSA

A Integração de Cuidados, conceito já com alguns anos no léxico dos profissionais de saúde, que, curiosamente, nunca despertou reações de não concordância objetivas e explícitas, por outras palavras é consensual, continua a não ser praticada, a não ser assegurada pela maior parte dos diferentes profissionais de saúde, como continua a não constituir preocupação ou a ser objeto de robusto e continuado investimento por parte dos serviços de saúde, designadamente do nosso SNS, apesar de ter elevado custo-efetividade.

Como é pertinente retomar o tema, e agora, mais do que nunca, neste atual esforço de repensar o funcionamento dos Serviços de Saúde, os SNS, preocupação que a pandemia Covid-19 está a promover e a exigir a todos os países, nomeadamente aos da Europa.

Por outro lado, como um dos investimentos prioritários do Plano de Recuperação e Resiliência da República Portuguesa vai ser no SNS e o primeiro cheque de milhões de euros já chegou ao país, urge proporcionar à sociedade e ao Governo-Ministério da Saúde propostas, iniciativas ponderadas, estratégicas para a organização da prestação global de cuidados de saúde, cientificamente bem concebidas, que suportem tal investimento de enormes proporções que vai formatar durante longos anos o funcionamento do SNS e os resultados obtidos com o desempenho de todos os profissionais de saúde. É uma oportunidade, são oportunidades que não se podem perder, até porque política, social e financeiramente não se repetem.

A Fundação do SNS, bem e com sentido de oportunidade, está a saber liderar o processo. Bem hajam. O número de participantes nas várias sessões dos webinários é claro e significativo.

Neste último webinar desta série dedicado à Integração de Cuidados - Perspetivas sistémicas, pudemos usufruir de três apresentações excelentes, de três importantes Perspetivas sistémicas: da Saúde Pública, pela Prof. Dra. Teresa Costa Leão, da Saúde e intersectorialidade pelo Prof. Dr. Manuel Lopes e sobre as Tendências evolutivas da integração de cuidados pela Dra. Adelaide Belo.

Foram revistos com rigor e clareza os conceitos, as estratégias, as atitudes dos profissionais, as práticas dos serviços de saúde e dos seus responsáveis, foram lembradas as excelentes experiências e práticas concretizadas em vários locais ao longo do tempo, lideradas por diferentes profissionais que sempre souberam fazer diferente e ser responsáveis pela Saúde das pessoas, como foram apresentadas sugestões concretas para o futuro, nomeadamente alargar o âmbito territorial das experiências já testadas e positivamente avaliadas.

Prestar cuidados de saúde de qualidade e os mais adequados às necessidades em saúde dos utentes doentes e não da(s) doença(s), muito menos dos serviços ou dos profissionais, até é fácil, são mais efetivos, produzem melhores resultados em saúde e bem-estar aos utentes e não são mais caros, muito menos intrusivos.

Parafraseando uma frase publicitária, “É fácil, é barato e (até) dá milhões” de ganhos em saúde às pessoas e à comunidade.

Contudo, os pequenos poderes e os grandes interesses pessoais e corporativos dos diferentes profissionais, os dos serviços, as rotinas das Escolas e Faculdades de Saúde, conjugados com os interesses das empresas privadas, convencionadas ou do setor social que integram o mercado da saúde

têm, na prática, promovido a hiper prescrição de medicamentos, de meios complementares de diagnóstico e de tratamentos, por vezes supérfluos e desnecessários, têm promovido o sobre diagnóstico e até a iatrogenia das intervenções em saúde, o sofrimento, a não autonomia e a responsabilidade dos cidadão pela sua saúde, o desperdício de oportunidades e, designadamente, de recursos financeiros, como continuam a não responder da melhor forma às necessidades em saúde dos doentes e das pessoas.

Igualmente, não se preocupam a responder a perguntas tão simples como: Qual é a principal preocupação e/ou necessidade de um dado doente, num determinado momento, num determinado contexto? Que intervenção em saúde lhe é a mais adequada naquele momento? Foi o cidadão envolvido na sua escolha, depois de devidamente informado? Quem é o profissional de saúde mais adequado para realizar esse cuidado? Quando? Como? Em que local deve ser assegurado, no centro de saúde, no hospital ou no domicílio? Os serviços de saúde, os serviços sociais e a comunidade (autarquias, IPSS, ONG, voluntários, igrejas, etc.) estão a pensar integrada e estrategicamente os contributos que cada uma das instituições pode, deve dar, quando e como?

Mas, nem tudo é negativo, nem oportunidade perdida.

Excelentes profissionais, com brio, competência e capacidade para pensar estratégica e prioritariamente na pessoa, têm sabido ser pró-ativos, humildes, desinteressados, criativos, e demonstram como em diferentes locais, com a mesma legislação, os mesmos líderes, os mesmos responsáveis políticos, se podem desenvolver iniciativas e estruturar respostas de cuidados de saúde de qualidade, coerentes com a Integração de Cuidados que nos deve nortear.

Os três preletores foram particularmente oportunos ao colocarem o “dedo na ferida” em diversos aspetos associados com esta situação da não prática da Integração de Cuidados, com expressões felizes como: a “Saúde Pública tem que saber trabalhar com todos, com as outras pessoas e não só ouvir os peritos”, “o planeamento da saúde ... como a investigação ... devem ser concebidos e executados com a participação dos outros setores e instituições e visar conhecer os problemas de saúde e os seus determinantes”, ou “se concordamos com os conceitos porque é que não fazemos?”, “é mais difícil a articulação entre o topos dos ministérios do que com as pessoas da base”, “a estratégia tem que ser *bottom-up*”, ou, ainda, temos que “evoluir da referenciação para a integração de cuidados centrada na pessoa e nos seus percursos de saúde”, o que “depende da perspetiva e visão da integração dos profissionais” que implicam formação, porque “nunca houve uma Unidade de Missão para a integração de cuidados”, temos que “aprender com as experiências portuguesas e estrangeiras”, “integrar não é juntar peças”, ou, por último, “os serviços devem estar centrados nas pessoas e não nos serviços”.

Conclusão

Todas as apresentações, que se encontram disponíveis nos meios digitais da Fundação para quem as quiser ver ou rever, constituem excelentes momentos de aprendizagem, que devem estimular a reflexão por todos nós profissionais de saúde e dirigentes do SNS, e funcionam como um catalisador para sabermos assumir as nossas responsabilidades cívicas, profissionais e sociais, neste momento em que estão a ser postas à prova pelas circunstâncias que estamos a viver: o impacto da pandemia pelo Covid-19 nos serviços de saúde, que atingiu todo o mundo, e a existência de vultuosas verbas financeiras que a Europa está a disponibilizar aos países europeus, para que se consigam reorganizar e ultrapassar os atuais problemas decorrentes daquela, nomeadamente, melhorando o funcionamento dos serviços de saúde que a pandemia torpedeou e nos quais evidenciou as suas reais insuficiências.



PERSPETIVAS FUTURAS

"A transição para a integração de cuidados requer investimento e liderança política, clínica e profissional sustentada; confiança entre todas as partes envolvidas suportadas por investigação e práticas baseadas em evidência; compromisso dos profissionais de saúde e setor social, com partilha de boas práticas e sistemas integrados de dados e informação; planeamento cuidadoso, gestão de mudança inteligente e o envolvimento ativo dos cidadãos, pacientes e seus cuidadores num esforço conjunto decisivo para colocar as suas necessidades em primeiro plano."

European Commission (2016). Call for Action "United towards Integrated Care".



I. Abordagem sistémica integrada

A pandemia COVID-19 evidenciou a necessidade urgente de uma estratégia integrada e coerente, de um discurso mobilizador e de ações de mudança que reacendam a esperança no futuro do SNS.

A superação de fragilidades e o relançamento do SNS requerem a combinação de duas linhas convergentes:

- a) O reforço de recursos necessários para estancar a degradação humana e material do SNS;
- b) Uma transformação adaptativa do SNS aos desafios dos nossos dias.

A resposta a estes desafios requer que um Estado inteligente e uma “sociedade civil” ativa se constituam como duas faces de um mesmo processo. Para isso, é fundamental desenvolver competências para a gestão da mudança no sistema complexo que é o SNS e promover a transição de construções hierarquizadas para comunidades horizontais inteligentes, interdependentes e colaborativas, disponíveis para os riscos, turbulências e incertezas associados a estes processos. O aperfeiçoamento da comunicação, interna e externa, e o desenvolvimento de mecanismos de participação, a todos os níveis, são requisitos críticos para a mudança desejada.

Porém, a tomada de consciência e a caracterização mais precisa dos desafios, sendo condição necessária, não é suficiente. É imprescindível atuar de modo articulado e concertado em todos eles, gerindo as consequências que cada mudança num ponto suscite ou determine nos restantes pontos do todo sistémico.

A continuidade de uma governança estratégica e técnico-científica e o desenvolvimento de uma cultura crítica de organização, contribuirão certamente para evitar repetir erros do passado ou atuar sem suficiente base de análise, como, por exemplo: acreditar que a transformação consiste numa reconfiguração organizacional; “municipalizar”, desintegrando o SNS; digitalizar, fora do âmbito de uma estratégia de mudança; proceder a reformas parciais ou setoriais, sem um fio condutor comum; entre outros.

2. Aspetos críticos a abordar simultaneamente

Acesso aos cuidados – Direitos e deveres dos cidadãos – zelar pelo cumprimento das leis que garantem o direito de acesso aos cuidados qualificados que necessitam, em tempo aceitável para a situação clínica – com destaque para a Lei Constitucional e para a Lei n.º 41/2007 (DR n.º 163, I Série, de 24.08.2007) da Assembleia da República - Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Instituir consequências e penalizações para os incumprimentos. Fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença e seus representantes, nas decisões que afetam a saúde de todos, e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública (Lei 108/2019 de 9 de setembro). As desigualdades de acesso, designadamente em localidades isoladas, no interior, devem ser alvo de atenção e medidas especiais.

Integração de cuidados centrada na Pessoa e suas circunstâncias e nos seus percursos de saúde – reconhecer, valorizar e replicar iniciativas em curso e desenvolver modelos inovadores de

integração de cuidados centrados nas pessoas, assentes, por exemplo, num processo público de candidaturas. Estes projetos deverão envolver sempre vários parceiros (cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados continuados, sector social e estruturas comunitárias) e ter em conta os percursos de vida e as necessidades de cuidados, visando a promoção e a cocriação de saúde e bem-estar.

Análise e direção estratégicas – é necessário um dispositivo estável e competente que assegure, com continuidade, as funções de análise e de direção estratégica para garantir coesão, integração, coerência e direção adequadas para transformar o complexo, fragmentado e desligado edifício que é, atualmente, o SNS – conferindo-lhe robustez, consistência e sinergias na ação, em particular com o sector social, e informando políticas de financiamento e de recursos humanos de médio e longo prazo. Haverá que prosseguir como finalidades: compreender comportamentos e aspirações dos diversos atores sociais, enquadrá-los e direcioná-los através de um vasto conjunto de instrumentos, uns notórios e outros subtis, atuando combinadamente, para além das normas e das ações de comando-e-controlo.

Política para as profissões de saúde – definir e concretizar uma política avançada e de planeamento integrado, flexível e adaptativo, de formação, retenção e desenvolvimento contínuo dos profissionais, sendo pilares essenciais: a) as carreiras profissionais enquanto instrumento e estímulo para o desenvolvimento e valorização profissionais contínuos; b) um núcleo humano estruturante próprio, ao qual acedam voluntariamente e em função do mérito os melhores profissionais que desejem dedicar-se exclusivamente ao SNS e ao seu desenvolvimento técnico-científico, social e organizacional; c) dinâmicas de trabalho em equipas multiprofissionais e interinstitucionais visando otimizar e maximizar todas as competências instaladas no SNS, sempre guiadas para a integração de cuidados centrada nas pessoas e suas circunstâncias; d) uma cultura de qualidade de serviço e de satisfação profissional, proporcionando condições de trabalho e organizacionais que levem os profissionais a optar pelo serviço público de saúde.

Governança da saúde e formação de dirigentes - desenvolver estratégias de seleção, recrutamento, formação e desenvolvimento contínuos de dirigentes, enquadradas e inspiradas por uma cultura avançada de governança em saúde, que permita transformar o SNS, visando obter melhores resultados de saúde e bem-estar para todos - a formação, a investigação e o desenvolvimento de processos e de uma rede de governação clínica e de saúde surgem como prioridades imediatas a prosseguir.

Sistema de informação e de gestão do conhecimento – desenvolver uma visão estratégica e uma arquitetura sistémica para o sistema de informação e para a gestão do conhecimento, do SNS e da saúde do cidadão. Haverá que estabelecer com a celeridade possível, e como medida prioritária, a interoperabilidade entre aplicações informáticas, possibilitando maior centragem no cidadão e nas finalidades e objetivos de saúde – com destaque para o processo clínico permanentemente atualizado, que resuma, de forma integrada, estruturada a situação de saúde e clínica de cada pessoa, bem como o decorrente plano individual de cuidados - enquanto instrumentos decisivos para a integração de cuidados;

Financiamento, investimento e modelo de governação – desenvolver dispositivos de governação para melhorar as políticas orçamentais, a transparência e a confiança entre todos, promovendo a autonomia e a responsabilização dos órgãos de administração e de gestão intermédia e institucional, e prevenindo défices e juros. Especial prioridade deve ser dada, pela relevância social e atual fragilidade organizacional, aos domínios da promoção da saúde e da saúde pública, à saúde mental, aos cuidados na morbilidade múltipla e dependência, com reforço dos cuidados no domicílio e

continuados, aos cuidados paliativos, sempre com abordagens integradas, em redes de proximidade, onde a intersectorialidade e a participação comunitária sejam dinâmicas dominantes.

Coexistência regulada entre o sector público solidário, o sector social e a atividade privada de mercado – estabelecer dispositivos inteligentes para aproveitar eficientemente as capacidades instaladas e contrabalançar, de modo efetivo e socialmente proveitoso, os interesses de mercado na área da saúde que possam conflitar com o interesse público, fazendo prevalecer os princípios da equidade, da solidariedade, da macro-eficiência sistémica e do bem-comum.

3. Modelos de cuidados centrados nas pessoas e seus percursos de saúde

Dos aspetos referidos anteriormente a FSNS decidiu destacar a integração de cuidados como foco da sua atenção e das suas atividades, em 2021.

O envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, a fraca qualidade dessa vida para muitas pessoas, a carga de doença fortemente pressionada pela morbilidade múltipla, e as incapacidades crescentes, exigem uma transformação profunda do modelo dominante atual de prestação de cuidados de saúde. Esta transformação exigirá mais do que simples medidas incrementalistas ou pequenos ajustamentos estruturais e organizacionais. Requer mudanças profundas no SNS e em todo o sistema de saúde e no entrosamento entre a saúde e outros sectores, em particular o sector social.

Como transformar? Com que instrumentos?

As soluções não parecem passar por (re)desenhos organizacionais apriorísticos, mas pelo desenvolvimento e descoberta de práticas inovadoras decorrentes de novas dinâmicas de trabalho interdisciplinar e interinstitucional. A melhor evidência disponível começa a apontar para o papel decisivo e facilitador de:

- Participação dos cidadãos - maior literacia, capacitação, empoderamento e possibilidade real de controle por parte dos cidadãos quanto aos serviços e cuidados a que tem acesso e lhe são prestados;
- Sistema de informação pautado pela interoperabilidade de aplicações e orientado, na sua arquitetura e funcionalidades técnicas para a centralidade da pessoa;
- Financiamento - orientado para resultados, que promova a integração de cuidados centrada na pessoa e nos seus percursos de saúde e que evite ou até desincentive a indução e multiplicação de cuidados desnecessários, frequentemente redundantes ou inadequados.
- Gestão- orientado para organização em equipas de trabalho, tendo em conta os resultados esperados pelas mesmas, com acompanhamento dos procedimentos através de supervisão, de modo a que seja um processo de aprendizagem e de melhoria contínua de qualidade.

Aprender com experiências precursoras, bem sucedidas

As unidades coordenadoras funcionais de saúde materno-infantil, por exemplo, foram práticas precursoras bem sucedidas. Promoveram a multidisciplinaridade, a comunicação e o entrosamento interinstitucional centrado em pessoas concretas: as grávidas e seus embriões e fetos; os recém-nascidos; e as crianças – e não em integração de organizações ou de gestões. Contribuíram decisivamente para indicadores de saúde materno-infantil ao nível dos melhores do mundo, quando

tais posições não se verificam noutros indicadores nem no desempenho de outros sectores económicos e sociais do país.

Os modelos organizacionais ou de gestão, por exemplo como os casos das unidades locais de saúde (ULS), ainda que possam ter vantagens na gestão de recursos, não garantem por si só a integração de cuidados, nem melhores resultados em saúde, como alguns estudos oficiais têm evidenciado.

Relevância e papel dos contextos e das redes de proximidade

A intervenção dos vários profissionais e serviços necessários para assegurar continuidade, longitudinalidade e integração de cuidados requer uma conceção e práticas de informação, comunicação e cuidados, cujos pontos de partida e de chegada se refiram o mais possível aos contextos e comunidades locais aos quais as pessoas/doentes pertençam. A integração de cuidados deve ser um processo efetivo, com uma gestão personalizada através do médico de família, ou do médico que assegure a coordenação e a continuidade de cuidados a essa pessoa. Este, deverá promover a sua execução em tempo útil. O sistema deverá ele próprio, e não o utente, assegurar os mecanismos necessários de resposta a situações que necessitem de vários tipos de cuidados, de uma forma articulada.

Sistema descentralizado de lideranças

A presença de lideranças esclarecidas, enérgicas e empenhadas a par de competências técnico-científicas intervenientes, a todos os níveis são ingredientes indispensáveis, de ocorrência rara se não houver intervenções planeadas de formação, acompanhamento e avaliação contínuos de dirigentes institucionais, de serviços e coordenadores de equipas – visando proporcionar, enquadrar e facilitar os desejáveis processos de integração de cuidados.

Desenvolver mecanismos de replicabilidade de experiências de sucesso

Haverá que desenvolver um dispositivo profissional autónomo de avaliação e valorização regular de projetos do terreno que otimizem a integração de percursos de saúde, com capacidade para estimular equipas regionais de replicação e disseminação sistémica. Deverão ser disponibilizados recursos profissionais de gestão, técnicos e clínicos para garantir um processo adequado de consultoria que permitam adaptabilidade de soluções aos contextos e características locais. Este modelo irá garantir um aproveitamento eficiente da dinâmica transformadora bottom-up dos serviços para o sistema, e do sistema para o cidadão num processo longitudinal de valor acrescentado assente em rigor, profissionalismo e inteligência colaborativa.

Estivemos próximos de ter uma estratégia nacional para a integração de cuidados como o projeto “SNS + proximidade”.

É urgente que a tutela volte a dar sinais de que a Integração de Cuidados Centrados nas Pessoas é o caminho, com uma postura estratégica enquadradora (não castradora), deixando espaço às iniciativas locais de proximidade e não desperdiçando as que já existem no terreno.

Adelaide Belo, In Santana, 2021

