

MÉLANIE VANESSA MARTINS SILVA

UM PERCURSO PELOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO ALGARVE

ESTÁGIO NA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Economia

2022

MÉLANIE VANESSA MARTINS SILVA

UM PERCURSO PELOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO ALGARVE

ESTÁGIO NA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Margarida Nascimento Jesus



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Economia

2022

UM PERCURSO PELOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO ALGARVE

ESTÁGIO NA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Declaração de autoria de trabalho

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”

(Mélanie Vanessa Martins Silva)

Copyright © Mélanie Vanessa Martins Silva

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este estágio e subsequente relatório de estágio se concretizasse.

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Maria Margarida Nascimento Jesus, da Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve, o ter-me aceitado como orientanda e, ter acreditado em mim e nas minhas capacidades. Os meus sinceros agradecimentos por toda a paciência e incansável apoio.

Agradeço, de igual forma, ao Dr. Jorge Lami Leal, diretor do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde, por me ter aceitado como estagiária e pela sugestão do tema do presente relatório de estágio. O seu apoio foi fundamental para a realização deste Percurso pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve.

Os meus agradecimentos são extensíveis à totalidade da equipa do Departamento de Contratualização, que ofereceram o seu conhecimento e tempo no decorrer do estágio, e que, de forma incansável, apoiaram os esforços para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial à Administração Regional de Saúde do Algarve, instituição que acolhedora do estágio, e a todos os profissionais de saúde desta instituição pela oportunidade de realizar este estágio, que constitui uma mais-valia para a minha formação.

Agradeço também ao meu namorado, aos meus familiares, amigos e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este relatório de estágio fosse possível.

A todos os meus sinceros agradecimentos

"Whatever you are, be a good one." Abraham Lincoln

RESUMO

O presente relatório de estágio, realizado no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, tem como objetivo principal descrever as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio do segundo ano deste curso.

O estágio foi realizado na Administração Regional de Saúde do Algarve, tendo decorrido, principalmente, no Departamento de Contratualização desta instituição, onde foi possível à estagiária desenvolver um conjunto de atividades, entre as quais se podem destacar: apuramento de suplementos remuneratórios dos profissionais da unidade de saúde familiar modelo B; acompanhamento das consultas a tempo e horas; participação em duas auditorias a entidades convencionadas; e participação no processo de alargamento da rede convencionada de postos de colheita para a pesquisa do vírus SARS-CoV-2. De ressaltar, ainda, a elaboração de dois materiais para o Departamento de Contratualização: (1) Documento técnico de apoio para a Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada sobre Programas de Gestão da Doença Crónica e outras atividades hospitalares do Contrato-Programa do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) e (2) Ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convencionados no Algarve. O documento (1) tornou-se uma importante ferramenta para a contratualização com o CHUA e o material (2) - a ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convencionados no Algarve poderá facilitar a apresentação das informações aos utentes, garantindo um melhor acesso.

O estágio contemplou ainda a passagem pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio, pela Assessoria Técnica e Financeira e pela Unidade de Compras e Logística. Assim, o estágio na ARS Algarve permitiu complementar de uma forma abrangente a formação teórica da mestranda ao fornecer um conjunto de ferramentas fulcrais em gestão na saúde, para além de ter permitido realizar um percurso pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve.

TERMOS-CHAVE: Administração Regional de Saúde do Algarve; Gestão em Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Estágio.

ABSTRACT

The present internship report, conducted within the scope of the master's course in Management of Health Units of the Faculty of Economics of the University of Algarve, aims to describe the activities carried out during the internship of the second year of this course.

The internship was carried out at the Regional Health Administration of the Algarve, primarily in the Contracting Department of this institution, where the intern was able to develop a variety of activities, among which the following stand out: calculation of remuneration supplements for healthcare workers of family health unit model B; timely follow-up of consultations; involvement in two audits of contracted healthcare providers and partaking in the process of expanding the agreed network of collection points for research on the SARS-CoV-2 virus.

It should also be noted that two materials were prepared for the Contracting Department: (1) a technical support document for the Hospital and Specialized Contractualization Technical Team on the Chronic Disease Management Programs and other hospital activities contemplated in the Hospital-Contract of the Algarve University Hospital Centre (CHUA), and (2) a tool for easier accessing information about contracted healthcare providers in the Algarve. Document (1) has become a valuable tool for contracting with the CHUA and material (2) - the tool for accessing information on agreed providers in the Algarve, will facilitate the presentation of information to users, ensuring better access.

The internship also included a visit to the Sotavento Algarvio Health Center Group, the Technical and Financial Advisory and the Purchasing and Logistics Unit. Thus, the internship at ARS Algarve made it possible to comprehensively complement the theoretical training of the master's student by providing a set of key tools in health management, in addition to having allowed her to take a journey through Primary Health Care in the Algarve.

KEY TERMS: Regional Health Administration of the Algarve; Healthcare Management; Primary Health Care; Internship.

ÍNDICE GERAL

	Página
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
Capítulo 1 . INTRODUÇÃO	1
Capítulo 2 . ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1 Conceito de saúde.....	3
2.2 Gestão da saúde	8
2.3 Impacto da pandemia COVID-19 na gestão da saúde	11
2.4 Sistema de Saúde em Portugal.....	14
2.4.1 Evolução do Sistema Nacional de Saúde português	14
2.4.2 Organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde na atualidade	15
2.5 Cuidados de Saúde Primários	20
2.5.1 Cuidados de Saúde Primários no Serviço Nacional de Saúde	20
2.5.2 Os Cuidados de Saúde Primários e a pandemia COVID-19	23
Capítulo 3 . INSTITUIÇÃO ACOLHEDORA DO ESTÁGIO.....	25
3.1 Caracterização da instituição acolhedora do estágio.....	25
3.2 Serviços onde o estágio decorreu	28
3.2.1 Departamento de Contratualização.....	28
3.2.2 Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio	32
3.2.3 Assessoria Técnica e Financeira.....	33
3.2.4 Unidade de Compras e Logística.....	33
Capítulo 4 . ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	37
4.1. Departamento de Contratualização	37
4.1.1 Acompanhamento dos utentes no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a Cirurgia	37
4.1.2 Apuramento de suplementos remuneratórios dos profissionais das Unidade de Saúde Familiar modelo B	39
4.1.3 Acompanhamento da situação epidemiológica no Algarve	40

4.1.4 Acompanhamento e participação no plano de auditorias 2021-2023	41
4.1.5 Acompanhamento do rastreio de <i>SARS-CoV-2</i> em utentes oncológicos	42
4.1.6 Acompanhamento e participação no processo de alargamento da rede convencionada de postos de colheita para a pesquisa do vírus <i>SARS-CoV-2</i>	43
4.1.7 Acompanhamento do número de testes de pesquisa do vírus <i>SARS-CoV-2</i> por testes <i>PCR</i> realizados pelos postos de colheita convencionados	47
4.1.8 Acompanhamento de processos relacionados com o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral	47
4.1.9 Acompanhamento de elaboração de parecer sobre pedido de investimento do Centro Hospitalar Universitário do Algarve	48
4.1.10. Elaboração de materiais.....	48
4.2 Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio	53
4.3 Assessoria Técnica e Financeira.....	55
4.4 Unidade de Compras e Logística.....	55
Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
5.1 Reflexão Crítica	57
5.2 Conclusões.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES.....	67
APÊNDICE 1 Póster com as ferramentas de acesso a informação <i>on-line</i> sobre prestadores convencionados das cinco Administrações Regionais de Saúde	68
APÊNDICE 2 Prototipagem da ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convencionados de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica no Algarve	69
APÊNDICE 3 Documento técnico de apoio para a Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada	70

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1 Modelo de determinantes sociais da saúde.....	6
Figura 2.2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	9
Figura 2.3 Papel da gestão da saúde	10
Figura 2.4 Políticas de saúde pública utilizadas como resposta a epidemias..	12
Figura 2.5 Organização do Sistema Nacional de Saúde Português e Serviço Nacional de Saúde.....	16
Figura 2.6 Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde	19
Figura 2.7 Estrutura genérica dos serviços e unidades desconcentradas das Administrações Regionais de Saúde.....	22
Figura 2.8 Papel dos Cuidados de Saúde Primários durante a pandemia COVID-19.	23
Figura 3.1 Organograma da Administração Regional de Saúde do Algarve ...	27
Figura 3.2 Agrupamentos de Centros de Saúde no Algarve	28
Figura 3.3 Organização interna do Departamento de Contratualização	31
Figura 3.4 Estrutura orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde Sotavento	33
Figura 3.5 Orgânica interna da Unidade de Compras e Logística.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADR – Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios

AG – Armazém Geral

ARS – Administração Regional de Saúde

ATF – Assessoria Técnica e Financeira

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

CP – Contrato Programa

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTH – Consulta a Tempo e Horas

DC – Departamento de Contratualização

DSPP – Departamento de Saúde Pública e Planeamento

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EtCSP – Equipa Técnica de Contratualização de Cuidados dos Saúde Primários

EtCH – Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

LEC – Lista de Espera para Consulta de Especialidade

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MS – Ministério da Saúde

PCR – *Polymerase Chain Reaction*

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SDM@SNS – Sistema de Dados Mestre do Serviço Nacional de Saúde

SF – Serviços Farmacêuticos

SIGA – Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIIP – Sistema Integrado de Informação de Prestadores

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

TRAg – Testes Rápidos de Antigénio

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCL – Unidade de Compras e Logística

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

URGA – Unidade Regional de Gestão de Acesso

URGIC – Unidades Regionais de Gestão de Inscritos Para Cirurgia

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

Capítulo 1 . INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, realizado no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde lecionado na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, tem como objetivo principal descrever de forma detalhada todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio do segundo ano deste curso.

A entidade acolhedora do estágio foi a Administração Regional de Saúde do Algarve, uma instituição que engloba diversos departamentos, serviços e unidades que, de forma direta ou indireta, afetam a gestão de recursos (humanos, materiais e outros) da rede pública de prestação de cuidados de saúde na região do Algarve, tornando esta instituição um local de estágio muito adequado para os mestrandos em Gestão de Unidades de Saúde.

O estágio desenvolvido permitiu consolidar os conhecimentos teóricos ministrados no primeiro ano do referido curso, para além de, naturalmente, ter possibilitado também adquirir novos conhecimentos. A realização do estágio visou, assim, completar a formação da mestranda ao fornecer um conjunto de ferramentas fulcrais para o êxito da gestão na saúde. Consequentemente, o estágio constitui um requisito para obtenção do grau de Mestre nesta área.

O estágio decorreu em vários serviços da ARS Algarve, nomeadamente no Departamento de Contratualização, no Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio, na Assessoria Técnica e Financeira e na Unidade de Compras e Logística, permitindo efetuar “Um percurso pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve”. Ocorreu no período de dezembro de 2021 a abril de 2022 e contou com uma duração total de 650 horas.

A orientação do estágio foi assegurada pela Professora Doutora Maria Margarida Nascimento Jesus da Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve e a supervisão esteve a cargo do Dr. Jorge Martins Lami Leal, Diretor do Departamento de Contratualização da instituição de acolhimento.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos: o primeiro corresponde à presente **Introdução**.

O segundo capítulo diz respeito ao **Enquadramento Teórico** que consiste na apresentação dos conceitos teóricos que permitem justificar o enquadramento e a pertinência do estágio.

No terceiro capítulo, denominado **Instituição Acolhedora do Estágio**, procede-se à descrição da instituição e dos serviços onde decorreu o estágio.

O quarto capítulo descreve as **Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio**, consistindo na descrição exaustiva das tarefas realizadas nos vários serviços onde o estágio decorreu.

O quinto e último capítulo dedicado às **Considerações Finais**, apresenta em primeiro lugar uma reflexão crítica sobre o estágio, onde a estagiária tece algumas considerações acerca das tarefas desenvolvidas no decurso do estágio e a aplicação prática dos conteúdos teóricos adquiridos durante o primeiro ano do curso, mencionando até que ponto os conhecimentos teóricos puderam ser colocados em prática. Neste capítulo é ainda citada a importância do estágio para a estagiária e a sua perceção sobre o contributo para a entidade acolhedora. Por fim apresenta-se uma síntese conclusiva do trabalho realizado no seu conjunto.

Capítulo 2 . ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo destina-se a apresentar os conceitos teóricos que permitem justificar o enquadramento e a pertinência do estágio na gestão do sistema de saúde português, bem como, descrever o funcionamento e evolução do sistema e serviço de saúde em Portugal.

O capítulo encontra-se estruturado em cinco secções: na primeira secção define-se o conceito de saúde; a segunda explica em que consiste a gestão da saúde; a terceira secção descreve o impacto da pandemia COVID-19 na gestão da saúde; a quarta retrata a organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde na atualidade, com destaque para o Serviço Nacional de Saúde; por fim, a quinta secção descreve os Cuidados de Saúde Primários.

2.1 Conceito de saúde

Embora o conceito de saúde seja percecionado como algo intuitivo pela maioria das pessoas - muitas vezes descrita coloquialmente como "ausência de doença" -, sabe-se que esta definição é muito limitada e não implica necessariamente uma condição saudável do indivíduo.

A saúde exhibe um carácter multidimensional que obriga a uma análise mais minuciosa de acordo com as suas várias dimensões e aspetos constitutivos (Fonseca *et al.*, 2007). Os principais fatores que influenciam o conceito de saúde são de natureza social, económica, política, cultural e histórica, para além dos valores individuais. Atendendo a estes fatores, constata-se que a saúde não é percecionada da mesma forma por todos os indivíduos e, conseqüentemente, torna-se bastante complexa a tarefa de apresentar uma definição única de saúde (Scliar, 2007). Razão pela qual, se apresenta de seguida, o conceito de saúde segundo três modelos teóricos diferentes: o modelo de tratamento, o modelo holístico e o modelo de bem-estar, de modo a proporcionar um conceito mais abrangente e próximo da realidade.

Do ponto de vista histórico, a primeira definição de saúde surgiu no século V a.C., por Hipócrates que, ainda hoje, é conhecido como "o pai da medicina" e "o maior

médico da Antiguidade”. Hipócrates rejeitava as explicações supersticiosas e religiosas que existiam na altura para curar doenças, e, ao invés, concentrou os seus esforços em melhorar e aperfeiçoar o seu conhecimento relativamente ao funcionamento do corpo humano, baseando a sua atuação em explicações racionais, tais como, através da experiência clínica e do conceito de causalidade. A sua abordagem clínica envolvia apenas o tratamento de efemeridades físicas, não considerando o resto do organismo - seguindo o modelo de tratamento. Este foi o ponto de partida para a fundação da medicina moderna como área independente da religião, estabelecendo que as causas de doenças seriam principalmente provocadas por estilos de vida desequilibrados ao invés de castigos divinos (Badash *et al.*, 2017).

Este conceito foi posteriormente desenvolvido no Império Romano, por Cláudio Galeno, um relevante médico e filósofo de origem grega, que, baseando-se no trabalho de Hipócrates, apresentava um conceito mais holístico de saúde, ao considerar o utente como “um todo” e reconhecer que, para além de mal-estares físicos, os estados mentais e emocionais alterados poderiam influenciar também o estado de saúde de um indivíduo (Badash *et al.*, 2017).

Com a evolução do conhecimento médico e científico a definição de saúde foi continuamente evoluindo e progredindo. Porém, embora muitas definições de saúde tenham sido desenvolvidas durante este período, o pilar fundamental e histórico para uma definição moderna e holística de saúde foi fornecido pela Organização Mundial da Saúde (A. Conti, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada em 1948 devido à necessidade identificada pelas Nações Unidas de criar uma organização global de saúde, após o fim da Segunda Guerra Mundial. O objetivo da OMS é promover a saúde, manter o mundo seguro e auxiliar as pessoas mais vulneráveis, para que todos, em todos os lugares, possam atingir o mais alto nível de saúde.

A definição de saúde encontra-se consagrada na constituição da OMS, da seguinte forma: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 1948:1).

Esta definição identifica várias dimensões importantes da saúde do indivíduo nomeadamente, a física, a mental e a social, mas refere, ao mesmo tempo, que é um “estado de completo bem-estar”, cuja interpretação é subjetiva e variável entre indivíduos (Badash *et al.*, 2017).

De modo a tentar limitar a subjetividade inerente ao conceito de saúde, a OMS introduziu, o conceito de promoção da saúde na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (Organização Mundial de Saúde, 1986:1)

Através desta perspetiva – modelo do bem-estar–, a saúde passa a ser considerada um conceito positivo, acentuando o papel dos estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. Adicionalmente, a OMS definiu diversos fatores que afetam, influenciam ou determinam a saúde dos cidadãos, criando o conceito de “Determinantes em Saúde” (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.). Na sequência da criação deste conceito, vários modelos foram propostos para estudar os determinantes em saúde, sendo o mais utilizado o de (Dahlgren & Whitehead, 2007), pois permite uma visualização simples dos determinantes sociais da saúde, da respetiva organização em três camadas e mapeia a relação existente entre as mesmas (o indivíduo, o seu ambiente e a saúde), como se pode apreciar na figura 2.1.

Figura 2.1 Modelo de determinantes sociais da saúde



Fonte: Adaptado de Dahlgren & Whitehead (2007) citado em Vianna (s. d.)

Embora a definição de saúde da OMS seja a mais difundida, existem inúmeros autores que defendem que, atualmente, a definição da OMS é irreal, ultrapassada e unilateral, por visar uma perfeição inatingível (utopia) (Segre & Ferraz, 1997), apresentando as suas próprias definições de saúde, como são exemplo as duas propostas apresentadas de seguida.

A definição de saúde proposta por Card (2017:131)

“Health is the experience of physical and psychological well-being. Good health and poor health do not occur as a dichotomy, but as a continuum. The absence of disease or disability is neither sufficient nor necessary to produce a state of good health.”

é uma tentativa de abordar a definição de saúde de forma mais prática, tornando-se interessante, essencialmente, por três razões: (1) retira a componente dicotómica (saudável ou não saudável) da definição da OMS, possibilitando que a saúde seja classificável ao longo de um espetro entre mais e menos saudável; (2) o estado de saúde é dinâmico e não tem necessariamente de corresponder diretamente à ausência ou presença de doença; (3) o estado de saúde de um

indivíduo é fortemente dependente da sua experiência pessoal, sendo que o bem-estar é influenciado por fatores psicológicos e físicos.

Outra definição, que suporta a ideia de que a saúde é um estado dinâmico (consoante idade, cultura e responsabilidade pessoal) e não uma característica fixa, é fornecida por Bircher (2005:4),

“a dynamic state of well-being, characterized by an individual’s physical, mental and social potential to meet the demands of life unique to the individual’s age, culture and personal responsibility”

Reiterando o que foi dito no início desta secção, a definição de saúde e conceitos associados são fonte de discórdia e controvérsia entre alguns autores, por englobar vários fatores (históricos, culturais, pessoais, políticos, entre outros) que tornam os conceitos subjetivos. No entanto, apesar desta questão mais teórica, a saúde é um dos temas que mais preocupação suscita nas populações, tendo esta tendência sido ampliada pelo aparecimento da pandemia COVID-19.

Um estudo referido no Jornal Médico (2020) revelava que as maiores preocupações dos consumidores portugueses, em 2020, foram a economia (referida por 47% dos inquiridos) e a saúde (46%). Tendência semelhante pôde ser verificada em outros países, como por exemplo no Brasil, em que a saúde aparece em primeiro lugar, entre as preocupações das famílias brasileiras no pós-pandemia (Pimenta, 2020).

Estes fatores fazem aumentar a importância de existirem sistemas de gestão de saúde que permitam resolver problemas e atender às necessidades de saúde das populações nas várias vertentes: promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento e reabilitação.

2.2 Gestão da saúde

A gestão da saúde pode ser definida como o planeamento e a afetação de recursos disponíveis (humanos, tecnológicos, físicos) no setor da saúde visando melhorar a saúde das populações e, simultaneamente, garantir a racionalização dos (escassos) recursos disponíveis. Atendendo ao fato de que o mercado de saúde é considerado um dos mais complexos e com maior impacto na vida dos indivíduos, torna-se imperativo assegurar uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis nos diversos sistemas de saúde (Hunter, 1997).

O Relatório Mundial da Saúde de 2010 da OMS estimou que entre 20% e 40% de todos os gastos que ocorrem na área da saúde são devido a ineficiências nos sistemas de saúde (por exemplo, devido a processos de aquisição mal-executados, uso e fornecimento desnecessário de medicamentos, falhas na afetação e gestão de recursos humanos e técnicos e/ou sistemas financeiros e administrativos fragmentados) (World Health Organization, 2010). Uma gestão melhorada nos sistemas de saúde poderá levar a uma alocação mais eficiente destes recursos com conseqüente melhoria da cobertura universal, da equidade no acesso e qualidade de serviços prestados sem necessidade de incorrer num incremento de custos financeiros. Este aumento de eficiência dos sistemas de saúde assume especial importância considerando que o acesso aos serviços é uma das categorias dos determinantes em saúde estabelecidas pela OMS (Keskinocak & Savva, 2020).

A preocupação com o fornecimento adequado de serviços pelo setor da saúde tem vindo a aumentar consideravelmente, como se pode observar no aumento das despesas com a saúde no produto interno bruto da maioria dos países da Organização Europeia de Cooperação Económica (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2021). Este fenómeno encontra-se relacionado com o facto de os países da União Europeia se terem comprometido, através da Agenda 2030 (estabelecido pela Organização das Nações Unidas), com a melhoria da saúde (incluindo acesso universal) como um fator central para o desenvolvimento. O objetivo 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, define a garantia de uma vida saudável e promoção do bem-estar (figura 2.2)

para todos em todas as idades como área prioritária de ação (Popescu *et al.*, 2018).

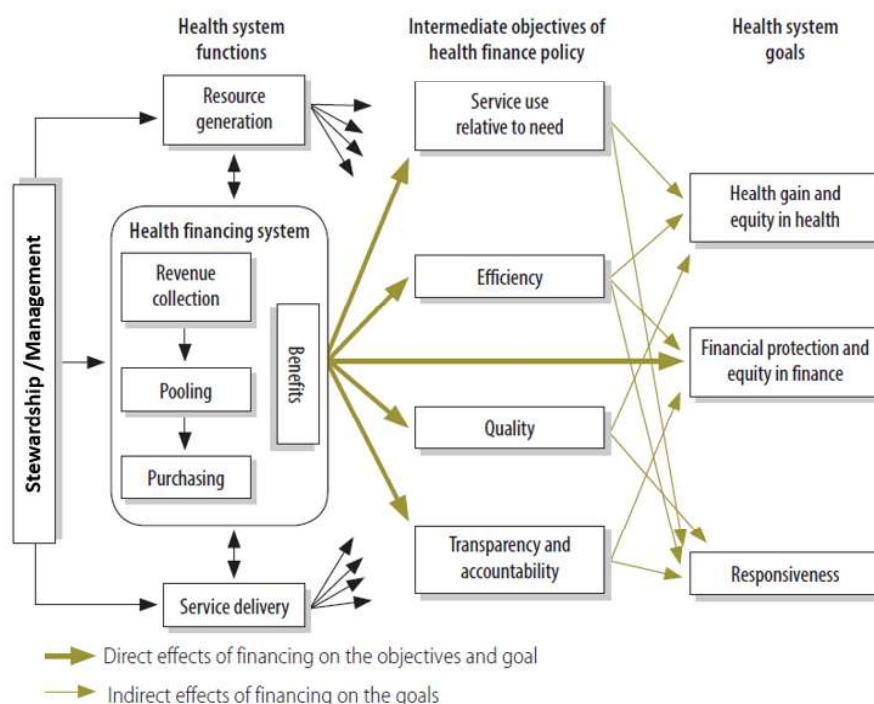
Figura 2.2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Nações Unidas (s.d.)

Como já foi referido, as organizações e sistemas de saúde são sistemas extremamente complexos, sendo vital garantir modelos de gestão adequados que, além de assegurarem as necessidades e melhoraria do estado de saúde de uma população, permitam também melhorar a eficácia, a eficiência e a sustentabilidade destas organizações (figura 2.3). Porém, um aumento de *performance* num ambiente de recursos limitados é um enorme desafio, cabendo aos gestores de saúde encontrar estratégias (nomeadamente através do apoio e coordenação de serviços) que possibilitem o equilíbrio entre a prestação de serviços de qualidade e a escassez de recursos (Shanks *et al.*, 2008).

Figura 2.3 Papel da gestão da saúde



Fonte: Adaptado de Kutzin (2013)

Embora a figura 2.3 represente o modelo teórico e desejável do funcionamento de sistemas de saúde, existem desafios que condicionam a sua aplicabilidade, nomeadamente: (1) elaboração do modelo teórico de sistemas e processos com falhas; (2) incapacidade de adaptação por parte do sistema para responder às mudanças demográficas dos utentes e necessidades associadas; (3) falha em proceder à atualização tecnológica e científica; (4) demora excessiva na adoção de tecnologia para agilizar a prestação de serviços; (5) diferenças entre as expectativas dos utentes e o serviço efetivamente prestado; (6) escassez de profissionais e/ou condições insuficientes de trabalho. Qualquer desvio poderá originar um desequilíbrio no sistema e, conseqüentemente, acarretar resultados indesejáveis, tais como falta de qualidade na prestação de serviço, falta de capacidade de resposta às necessidades da população ou, em casos extremos, ao colapso (total ou parcial) do sistema de saúde (Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit, 2003)

2.3 Impacto da pandemia COVID-19 na gestão da saúde

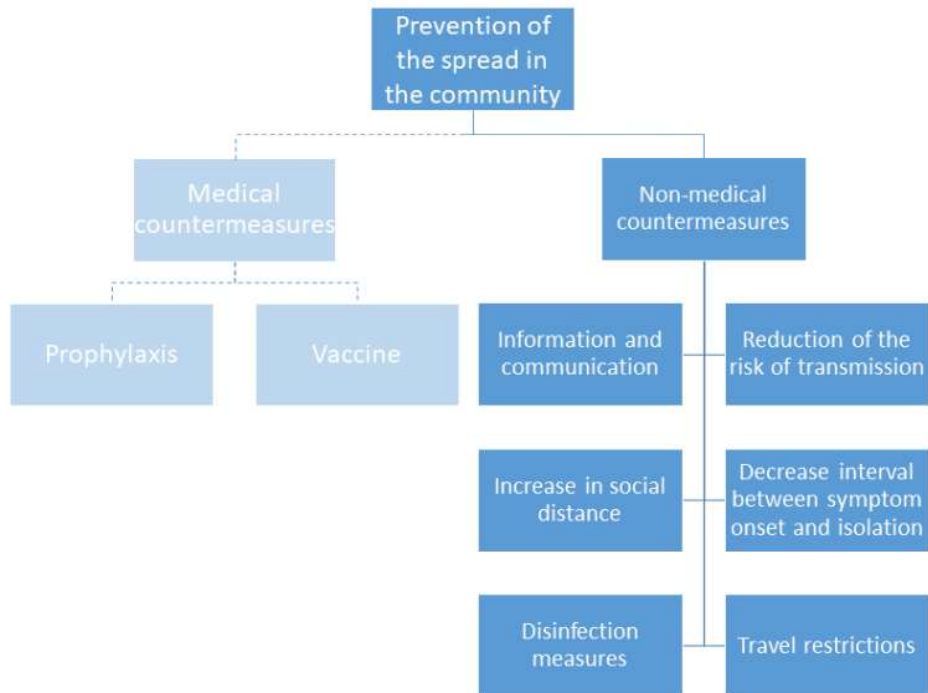
Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o surto da doença COVID-19, causada pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2, como uma emergência de saúde pública de importância internacional e, posteriormente, como uma pandemia, devido à sua ampla e veloz propagação (Entidade Reguladora da Saúde, 2020). Em Portugal, a declaração de situação de alerta em todo o território nacional foi decretada a 13 de março de 2020, havendo, simultaneamente, a necessidade de implementação de medidas excecionais e temporárias motivadas pela situação epidemiológica do novo Coronavírus. Desde essa data e até ao final de 2021, mais de 5 milhões de pessoas morreram (diretamente ou indiretamente) por efeitos da COVID-19 e mais de 280 milhões de indivíduos foram infetados a nível mundial, tendo em Portugal perdido a vida mais de 18 mil pessoas e 1,3 milhões ficaram infetados (World Health Organization, s.d.).

O delicado equilíbrio existente entre os diferentes *stakeholders*, *inputs* e *outputs* nos sistemas de saúde (referido na subsecção 2.2) foi gravemente perturbado com o aparecimento desta pandemia. Para além dos efeitos mais notáveis (aumento do número de infetados, internamentos hospitalares e óbitos relacionados), esta pandemia veio também expor as vulnerabilidades existentes nos sistemas de saúde e as implicações profundas daí resultantes em termos de saúde, progresso económico, confiança de indivíduos nos governos e coesão social (Organisation for Economic Cooperation and Development, s.d.).

Esta situação epidemiológica veio destabilizar os sistemas de saúde ao impactar repentinamente os utentes (dificultando o acesso a cuidados de saúde, causando constrangimentos ao diagnóstico e atrasos de alguns tratamentos) e a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (aumento do número de infetados, internamentos hospitalares e óbitos relacionados, direta e indiretamente com a doença em questão). Estes fatores implicaram uma resposta rápida e específica dos serviços de saúde, exigindo uma adaptação imediata do sistema, mudando duradouramente o contexto de prestação de cuidados de saúde no mundo e em Portugal.

Para prevenir uma disseminação da doença, podem ser estabelecidas diversas estratégias a nível de políticas de saúde pública: estratégias clínicas (profilaxia através de uma vacina e de tratamentos eficazes) e prevenção de contração da doença através de estratégias não-clínicas (restrições de viagens, informação, medidas de desinfeção, entre outros) (figura 2.4).

Figura 2.4 Políticas de saúde pública utilizadas como resposta a epidemias.



Fonte: Organisation for Economic Cooperation and Development (2020)

Na área da saúde, foi necessário proceder a várias alterações às organizações e prestação de cuidados de saúde de modo a contrariar a pressão criada pelo aparecimento do vírus. O impacto da pandemia foi particularmente visível na redução de produção através da queda acentuada da atividade programada e não programada na rede de estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), diminuição de número de consultas médicas hospitalares presenciais no SNS (aumentando as consultas de telemedicina, em contrapartida), redução de atividade cirúrgica, atos relativos a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e número de episódios de urgência hospitalar (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

Por outro lado, reportou-se um aumento dos episódios relacionados com a saúde mental, sendo que vários estudos identificaram a pandemia COVID-19 como catalisador da degradação da saúde mental da população (perturbações depressivas, stress associado ao receio de contrair a doença e de incerteza acerca do futuro). O abuso de substâncias tais como álcool também sofreu um incremento. Estes comportamentos encontram-se, inclusivamente, reportados para profissionais de saúde (Afonso, 2020; Della Monica *et al.*, 2022; Sobregrau Sangrà *et al.*, 2022). Neste sentido, a pandemia COVID-19 não só representa uma ameaça direta à saúde de utentes infetados, mas também para aqueles que não têm acesso completo aos cuidados de saúde devido às alterações implementadas para contenção do vírus (Ahn *et al.*, 2020).

A gestão da saúde em tempos de pandemia é uma tarefa árdua que requer decisões rápidas e, sempre que possível, baseadas em evidência científica (muitas vezes ainda não existente no momento de tomada de decisão). No caso da pandemia por COVID-19 o papel da gestão na saúde assumiu várias facetas, entre elas: (1) gestão de capacidades (camas, ventiladores, etc); (2) gestão e monitorização da perda financeira devido à quebra em produção; (3) criação e implementação de novas estratégias de atendimento ao público (por exemplo, telemedicina); (4) gestão de recursos humanos; (5) gestão de *stocks* (testes, kits de proteção individual, etc.); (6) recolha e análise de dados para permitir decisões mais informadas; (7) atualização e adaptação do modelo de sistema de saúde implementado de modo a suprimir as necessidades dos utentes e em concordância com a legislação e orientações em vigor. Alguns autores sugerem que, apesar dos impactos negativos causados pela COVID-19, esta poderá ser uma oportunidade para implementar novas estratégias de gestão e políticas de saúde pública (Begun & Jiang, 2020; Kolakowski *et al.*, 2021).

2.4 Sistema de Saúde em Portugal

2.4.1 Evolução do Sistema Nacional de Saúde português

O direito à saúde (e a um nível de vida que permita assegurar esse direito) encontra-se consagrado no artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948 (Organização Mundial de Saúde, 1948). Este direito é reforçado pela constituição da OMS onde se estabelece que os governos de cada país “têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas” (World Health Organisation, 1948:1). Na Europa, o Pilar Europeu dos Direitos Sociais estabelece que “Todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços comportáveis.”, atribuindo também aos países membros a principal responsabilidade pela organização e prestação de serviços de saúde e cuidados médicos às suas populações (Comissão Europeia, 2017:20).

Em Portugal, um ponto de viragem no processo de assegurar o direito à saúde à população foi a publicação da Constituição da República Portuguesa, em 1976, que consagra no artigo 64.º que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde, sendo que o Estado reconhece a sua responsabilidade de assegurar o direito à proteção da saúde da população, nomeadamente “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, (...) tendencialmente gratuito”, inexistente na altura (Crisóstomo, 2017:34). Adicionalmente, foi determinado que as responsabilidades para assegurar o direito à saúde seriam, prioritariamente, do Estado.

Em 1979, pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde (englobando serviços de promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento dos doentes e reabilitação médica) a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde. Os valores fundamentais em que se baseia o Serviço

Nacional de Saúde são: a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade.

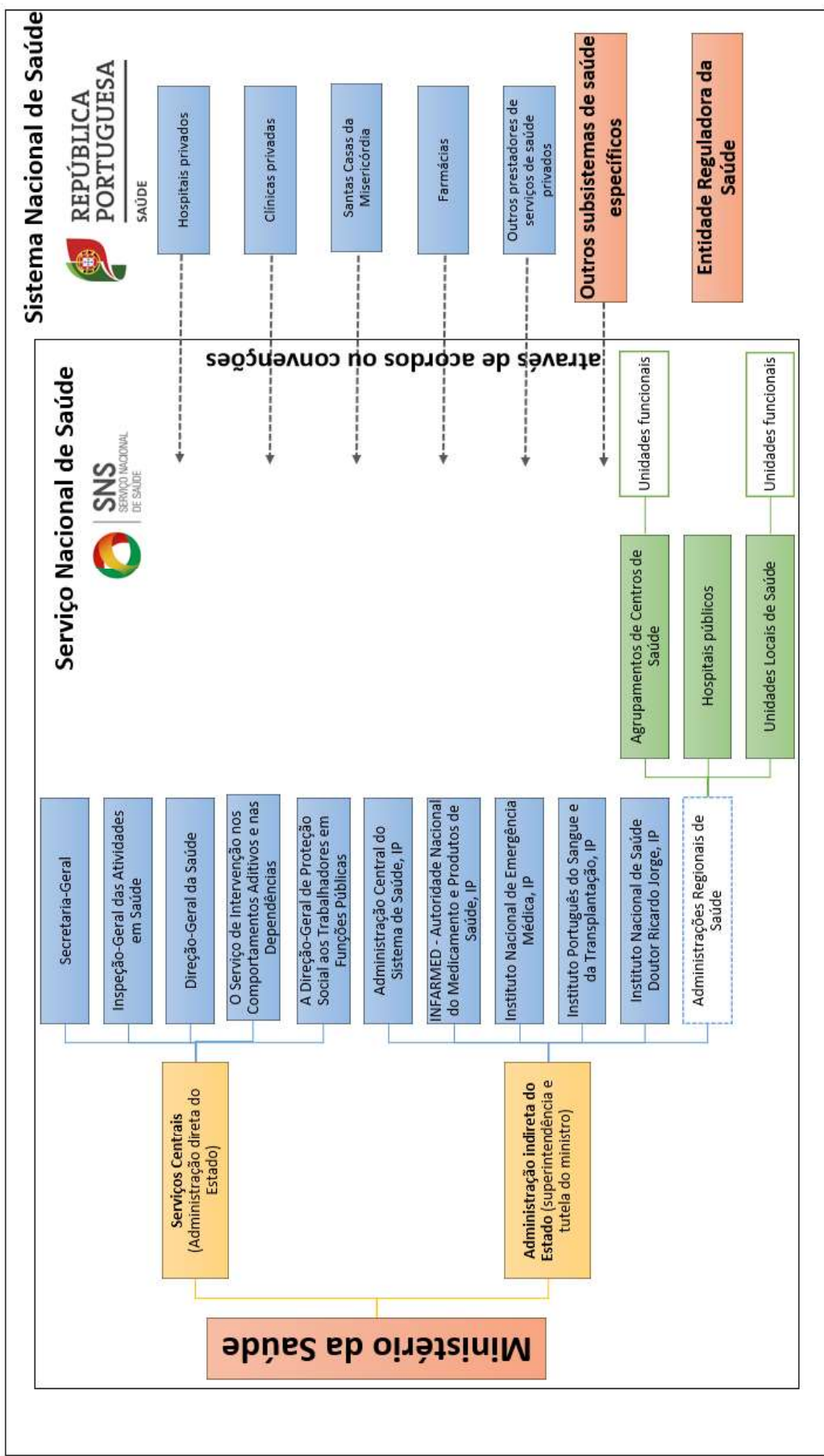
A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro) no seu Anexo, Base 1 atribui ao Estado a responsabilidade de garantir o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais., sendo que a Base 6 determina que o direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.

2.4.2 Organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde na atualidade

2.4.2.1 Sistema Nacional de Saúde

Todos os serviços de saúde prestados em Portugal são constituintes do Sistema Nacional de Saúde, englobando prestadores do setor público (através do SNS) e do setor privado (farmácias, clínicas privadas, hospitais privados, Santas Casas da Misericórdia, entre outros). De enfatizar que, alguns prestadores privados podem estar associados ao SNS caso haja acordos e/ou convenções com as respetivas entidades (figura 2.5). Incluídos no Sistema Nacional de Saúde estão também a Entidade Reguladora da Saúde (cuja missão é a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social) e outros subsistemas de saúde (cujos beneficiários podem também, caso o desejem, utilizar toda a rede do SNS) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

Figura 2.5 Organização do Sistema Nacional de Saúde Português e Serviço Nacional de Saúde.



Fonte: Autoria própria

2.4.2.2 Serviço Nacional de Saúde

O direito à proteção da saúde é assegurado pelo governo português através do Serviço Nacional de Saúde, que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde que se encontram sob alçada do Ministério da Saúde. O SNS abrange ainda os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes em moldes semelhantes aos oferecidos pelo SNS (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). A organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersectorial (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro).

A nível de tutela, o Estado deve assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde (o sistema de financiamento do SNS processa-se através do Ministério das Finanças). O membro do Governo responsável pela área da saúde tem poderes de superintendência e tutela sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS (Agrupamentos de Centros de Saúde; estabelecimentos hospitalares e Unidades Locais de Saúde) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). Sendo o Ministério da Saúde (MS) o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados. A gestão do SNS por parte do MS é feita de forma descentralizada e desconcentrada.

Por sua vez, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) é um Instituto Público, criado em 2007, integrado na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e financeira, que executa as orientações do Ministério da Saúde e está sob a sua superintendência e tutela. Este organismo tem como missão assegurar a gestão integrada dos recursos do SNS de forma eficiente e capaz, ao definir a distribuição dos recursos financeiros por cada região de saúde, com base nas características da população e de acordo com um modelo de capitação ajustada (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

As Administrações Regionais de Saúde, são outro tipo de organismos que se encontram sob tutela do MS e são geridas de forma descentralizada e desconcentrada, sendo dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A missão principal de uma Administração Regional de Saúde (ARS) é garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

As Administrações Regionais de Saúde são consideradas organismos periféricos, encontrando-se em cada uma das cinco regiões de Portugal Continental (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro): (1) Administração Regional de Saúde do Norte, IP; (2) Administração Regional de Saúde do Centro, IP; (3) Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP; (4) Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP; (5) Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

Por sua vez, as Administrações Regionais de Saúde dispõem de serviços desconcentrados designados por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Os ACeS são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica. Dentro de cada centro de saúde existem diversos tipos de unidades funcionais que assentam numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais dos ACeS. As Administrações Regionais de Saúde são também responsáveis pela contratualização de serviços com as Unidades Locais de Saúde (ULS) e com os hospitais da região, que têm um modelo de gestão autónoma (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro).

Assim, o SNS oferece e disponibiliza um vasto leque de cuidados de saúde à população: primários (através dos ACeS); secundários (hospitais públicos e/ou convencionados) e terciários (cuidados continuados, através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; paliativos, assegurados pela Comissão

Nacional de Cuidados Paliativos, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde), como demonstrado na figura 2.6. O Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) facilita o acesso dos cidadãos utentes a estes tipo de cuidados de saúde, consoante as suas necessidades.

Figura 2.6 Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde



Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2016)

2.5 Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central de qualquer sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016). Dado que os CSP prestam às populações cuidados completos ao longo da vida, é possível realizar uma abordagem que envolve vários determinantes de saúde, e, conseqüentemente, influenciar o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. Esse tipo de abordagem mais generalizada garante que os utentes tenham mais acesso a serviços de saúde e informação, facilitando a adoção de hábitos promotores da própria saúde e melhoria de qualidade de vida. Assim, os CSP compõem a primeira linha de defesa contra doenças, condições crónicas e lesões numa população (Organização Mundial de Saúde, 2021).

Um modelo robusto de prestação de Cuidados de Saúde Primários permite tornar os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e equitativos através de três mecanismos principais: (1) aparecimento retardado de condições crónicas e redução de taxas de mortalidade devido a maior prevenção; (2) menores taxas de hospitalizações e uso de serviços de emergência; (3) acesso facilitado a serviços médicos para populações vulneráveis (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2022).

Embora os Cuidados de Saúde Primários possam ser prestados pelo setor privado e pelo público, daqui em diante serão apenas referidos os CSP disponibilizado pelo setor público através do SNS.

2.5.1 Cuidados de Saúde Primários no Serviço Nacional de Saúde

A maior e mais recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciou-se em 2005, quando o XVII Governo Constitucional deu uma especial atenção aos Cuidados de Saúde Primários, reconhecendo o seu papel de pilar central do sistema de saúde e a sua importância na ligação ao utente, por ser o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005). Visionava-se uma prestação de serviços centrada no cidadão, de mais

qualidade, com maior acessibilidade e uma maior satisfação geral, de modo a minimizar as idas desnecessárias aos cuidados de saúde secundários, aliviando a pressão sobre estes.

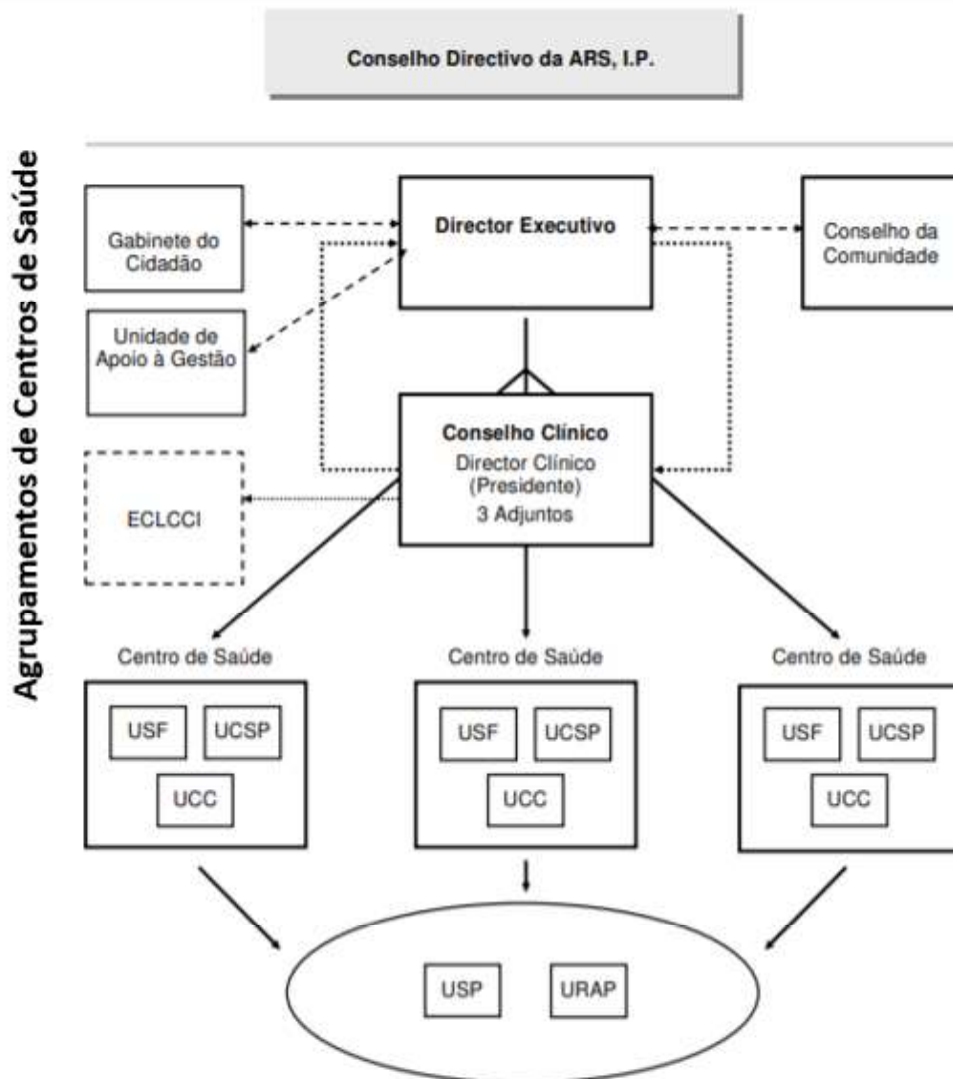
Um dos resultados desta reforma foi a reconfiguração dos centros de saúde e a implementação de Unidades de Saúde Familiar e outras Unidades Funcionais, reorganização dos serviços de suporte, informatização completa dos serviços e desmaterialização de documentos, criação dos ACeS (intermediários entre centros de saúde e ARS) e a criação das ULS (que integram cuidados primários e secundários).

Com esta reforma, as unidades funcionais assumem um papel central na governação clínica, sendo-lhes atribuídas responsabilidades técnicas e autoridade independentes do corpo gestor dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Os ACeS podem compreender as seguintes unidades funcionais (Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro) (figura 2.7):

- a) Unidade de Saúde Familiar (USF);
- b) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- c) Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- d) Unidade de Saúde Pública (USP);
- e) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

Sendo que em cada centro de saúde componente de um ACeS funciona com, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Porém, cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP.

Figura 2.7 Estrutura genérica dos serviços e unidades desconcentradas das Administrações Regionais de Saúde.



Legenda:

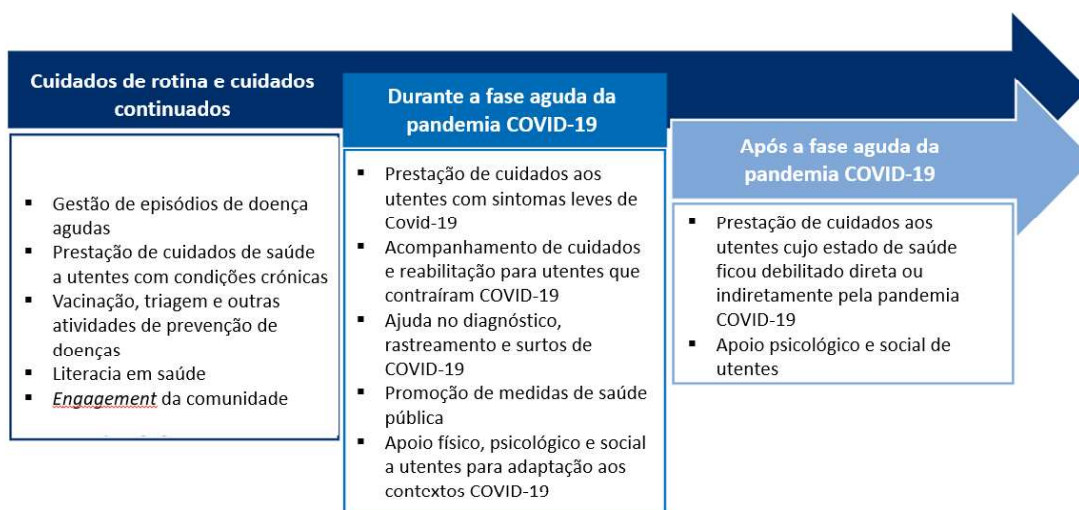
- ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados.
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.
- USF – Unidade de Saúde Familiar.
- USP – Unidade de Saúde Pública.

Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007)

2.5.2 Os Cuidados de Saúde Primários e a pandemia COVID-19

Os Cuidados de Saúde Primários são essenciais em situações de emergência de saúde pública, pois, quando bem implementados, podem prevenir o colapso de todo o sistema de saúde. A prestação de CSP de primeira linha à população (proporcionando cuidados abrangentes e preventivos durante e após uma crise epidemiológica) e o auxílio na manutenção da continuidade dos cuidados para pessoas com condições crónicas para parte dos CSP, permitem a redução da pressão sobre todos os sistemas de saúde, durante e após a emergência de saúde pública (figura 2.8). Porém, foi reportado que os números de consultas nos CSP sofreram uma queda abrupta com o aparecimento da pandemia COVID-19, sendo que muitos utentes com doenças crónicas referiram não ter procurado CSP devido ao medo de contrair SARS-CoV-2 ou pela preocupação de estar a sobrecarregar um serviço de saúde fragilizado (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2022). Isto vai ao encontro do estudo de Vieira *et al.*, (2021) que refere que, em Portugal, embora o número total de consultas tenha aumentado em 2020 (devido a consultas não presenciais e com uma diferente prevalência de diagnósticos) ocorreram menos consultas de vigilância e de rotina e aumentaram as consultas por patologia psiquiátrica.

Figura 2.8 Papel dos Cuidados de Saúde Primários durante a pandemia COVID-19.



Fonte: Adaptado de Organisation for Economic Cooperation and Development (2022)

Em resposta à pandemia COVID-19 muitos países da OECD investiram nos CSP de modo a tornar os seus sistemas de saúde mais resilientes a situações de emergência. As principais estratégias utilizadas nestes países foram: (1) reorganização da prestação de serviços de saúde primários; (2) reorganização de tarefas e responsabilidades dos profissionais de saúde; (3) investimento em ferramentas e sistemas digitais (como telemedicina); (4) implementação de pagamentos suplementares para prestadores de CSP que enfrentem um grande volume de trabalho e riscos devido à pandemia. Em Portugal, apostou-se também no reforço da Linha SNS 24 para evitar deslocações dos utentes aos serviços de saúde e assim auxiliar na triagem (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2022).

Contudo, as alterações efetuadas como resposta à pandemia precisam de ser continuamente atualizadas para tornar os sistemas de saúde (incluindo os CSP) mais resilientes contra futuras emergências de saúde pública enquanto, simultaneamente, asseguram os cuidados à população que se apresenta cada vez mais envelhecida e com doenças crónicas (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2022).

Capítulo 3 . INSTITUIÇÃO ACOLHEDORA DO ESTÁGIO

Este capítulo destina-se a apresentar a instituição onde o estágio foi realizado.

Primeiramente, caracteriza-se com detalhe a instituição acolhedora do estágio, a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve), referindo a sua principal missão, as principais áreas de intervenção, as suas atribuições, bem como a sua estrutura orgânica. Seguidamente, é feita uma breve descrição e caracterização dos serviços onde a estagiária desempenhou as tarefas inerentes ao estágio.

3.1 Caracterização da instituição acolhedora do estágio

O estágio decorreu na Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. Trata-se de um instituto público, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). Situa-se em Faro na Estrada Nacional 125, Lote 1, 2.º andar. Possui ainda um polo em Faro, na Rua Brites de Almeida nº 6, onde se encontra o Departamento de Saúde Pública e Planeamento.

A ARS Algarve tem como missão principal garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde à população da respetiva área geográfica de intervenção, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção. De acordo com as atribuições da ARS (Serviço Nacional de Saúde, s.d.), as principais áreas de intervenção regional são as seguintes:

1. Coordenar e avaliar a execução das políticas de saúde na região;
2. Assegurar a adequada articulação entre os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde;
3. Desenvolver e consolidar a Rede de Cuidados Continuados Integrados;
4. Planear a afetação dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a sua execução, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação;

5. Licenciar as unidades privadas de prestação de cuidados e gerir as convenções com os sectores social e privado;
6. Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional.

Para a prossecução das suas atribuições, a ARS Algarve pode também colaborar com outras entidades do sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, nos termos da legislação em vigor.

Como se pode observar na figura 3.1, a estrutura orgânica da ARS Algarve integra: o Conselho Diretivo (constituído por um presidente e dois vogais), o Fiscal Único e o Conselho Consultivo, três departamentos geridos por dirigentes intermédios de 1.º grau, três gabinetes e duas unidades orgânicas flexíveis com dirigentes intermédios de 2.º grau e uma equipa multidisciplinar (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências). Para além dos serviços mencionados, a ARS Algarve integra ainda três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS Barlavento, ACeS Central e ACeS Sotavento) cuja localização geográfica pode ser observada na figura 3.2 (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

Figura 3.2 Agrupamentos de Centros de Saúde no Algarve



Fonte: Adaptado de Plano de Atividades da Administração Regional de Saúde do Algarve (2021)

3.2 Serviços onde o estágio decorreu

O estágio decorreu nos seguintes serviços da ARS Algarve: (1) Departamento de Contratualização; (2) Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio; (3) Assessoria Técnica e Financeira; e (4) Unidade de Compras e Logística, uma vez que foram identificados como os serviços mais pertinentes para o aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos no primeiro ano do curso e aperfeiçoamento de competências de gestão no domínio da saúde, permitindo igualmente a realização de um "Percurso pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve". A sequência de apresentação e caracterização dos serviços prende-se com a ordem de passagem da estagiária pelos mesmos.

3.2.1 Departamento de Contratualização

3.2.1.1 Competências

De acordo com o artigo 4.º da Portaria nº. 156/2012 de 22 de maio compete ao Departamento de Contratualização (DC) o seguinte:

- (1) Participar na definição dos critérios para a contratualização dos serviços de saúde;
- (2) Proceder, no âmbito de intervenção, à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos

estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução;

- (3) Propor a afetação de recursos financeiros às instituições ou serviços integrados ou financiados pelo SNS ou entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde, que atuem no âmbito das áreas dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
- (4) Preparar e acompanhar o processo de contratualização e revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas, e propor a afetação dos respetivos recursos financeiros;
- (5) Preparar e acompanhar a celebração e a execução dos contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação no âmbito da prestação de cuidados de saúde, dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
- (6) Assegurar a avaliação de desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;
- (7) Propor a realização de auditorias administrativas e clínicas.

3.2.1.2 Missão, visão e valores

A missão do DC é liderar na região do Algarve os processos de contratualização de cuidados de saúde no âmbito do SNS, de forma a promover o acesso equitativo, atempado e transparente, as melhores práticas clínicas e a sustentabilidade.

A equipa do DC está comprometida com um acompanhamento efetivo da atividade em saúde e a acrescentar valor ao processo de contratualização, na difusão de informação relevante aos *stakeholders*, que produza conhecimento que permita uma melhor e mais eficiente organização e prestação dos cuidados de saúde, orientados para as necessidades efetivas dos utentes, das suas comunidades, no quadro da sustentabilidade económico-financeira do SNS.

O DC pauta-se por três valores fundamentais: (1) Assumir um compromisso ético e de excelência como fatores determinantes e diferenciadores; (2) Incentivar a cooperação com os restantes serviços da ARS Algarve e das entidades externas; (3) Estimular a inovação, a criatividade, a qualidade e o conhecimento como motores de eficiência nos processos desenvolvidos e eficácia dos resultados obtidos (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021).

3.2.1.3 Responsabilidades

O Departamento de Contratualização, por decisão superior, tem as seguintes responsabilidades (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021):

- (1) Gestão das convenções de âmbito nacional estabelecidas na região;
- (2) Gestão regional do acesso, no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, integrando a Unidade Regional de Gestão do Acesso;
- (3) Interlocutor regional do Sistema de Gestão Partilhada de Recursos do Serviço Nacional de Saúde;
- (4) Interlocutor regional do Sistema de Gestão de Entidades de Saúde;
- (5) Representante da ARS Algarve na Comissão Técnica Nacional.

De destacar ainda a integração de duas pessoas na Comissão de Acompanhamento Externo da Contratualização do Algarve (conforme artigo 9.º da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho), uma dos quais preside à mesma e às tarefas e responsabilidades associadas à pandemia por COVID-19 que têm sido desenvolvidas pelo departamento. O departamento desenvolve um conjunto de trabalhos de organização de respostas e da sua monitorização, estudos prévios e económico-financeiros no âmbito da COVID-19, nomeadamente:

- (1) Postos de colheita dedicados à COVID-19 convencionados;
- (2) Convenções para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das medidas excecionais e temporárias para tratamento da COVID-19;
- (3) Estudos de avaliação e pareceres sobre projetos de legislação;

- (4) Mediação da realização de testes SARS-CoV-2 pelos ACeS a doentes oncológicos do CHUA em tratamento de radioterapia na Clínica de Radioncologia do Algarve;
- (5) Desenvolvimento de contactos e articulação com os ACeS e unidades funcionais decorrente da suspensão da atividade das entidades convencionadas;
- (6) Monitorização específica da atividade dos CSP e dos cuidados hospitalares para promover a retoma assistencial.

3.2.1.4 Orgânica interna

O DC está estruturado nas seguintes áreas funcionais: (1) Unidade Regional de Gestão de Acesso (que integra a Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia do Algarve e a Unidade Regional da Consulta a Tempo e Horas do Algarve); (2) Equipa Técnica de Contratualização de Cuidados dos Saúde Primários; (3) Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada, como é possível ver na figura 3.3.

Figura 3.3 Organização interna do Departamento de Contratualização



Fonte: Plano de Atividades da Administração Regional de Saúde do Algarve (2021)

A Equipa Técnica de Contratualização de Cuidados dos Saúde Primários (EtCSP), para além do acompanhamento da contratualização dos CSP, gere as convenções e acordos com entidades do setor privado e social e a gestão operacional do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. A Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada (EtCH), para além do acompanhamento da contratualização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), acompanha alguns contratos, designadamente com a

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, entre outros acordos (Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

3.2.2 Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio

O Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio (ACeS Sotavento) é um serviço público de saúde com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais e centros de saúde que tem por missão garantir a prestação de CSP à população (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). O ACeS Sotavento possui a sua sede em Tavira (Estrada de Santa Luzia, s/n) e tem como área de intervenção a correspondente aos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António. O ACeS Sotavento é um serviço desconcentrado da ARS Algarve estando assim sujeito ao seu poder de direção.

3.2.2.1 Missão e atribuições

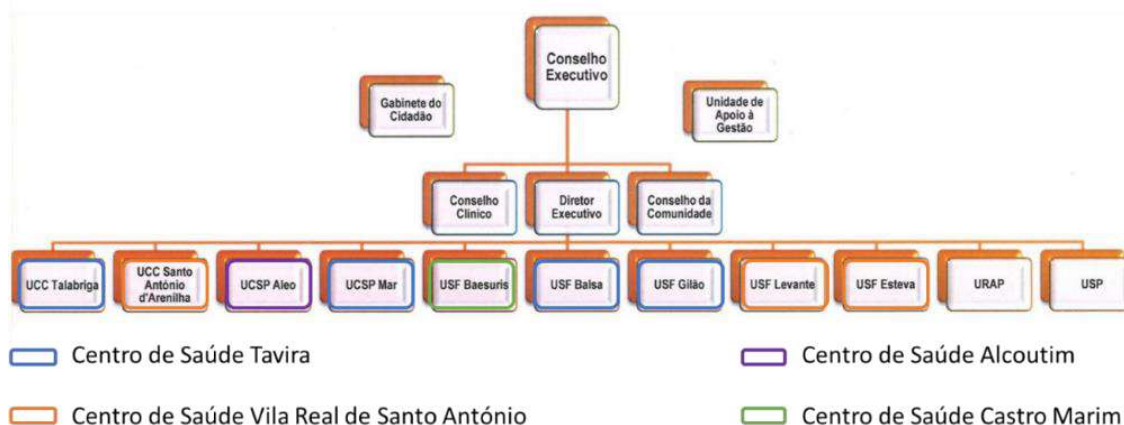
A missão do ACeS Sotavento é garantir a prestação de CSP à população da sua área de abrangência.

As principais atribuições do ACeS Sotavento são: (1) desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados; e (2) desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

3.2.2.2 Estrutura orgânica

O ACeS Sotavento tem quatro Centros de Saúde (CS), um em cada concelho de abrangência: Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António. Cada CS tem vários tipos de unidades funcionais (que por vezes se encontram distribuídos por diversos polos e/ou extensões) (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.), como se pode visualizar na figura 3.4. De referir ainda que no momento de realização do estágio, o ACeS Sotavento tinha ainda afeto uma ADR e a Equipa de Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos que não se encontram na figura abaixo.

Figura 3.4 Estrutura orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde Sotavento



Fonte: Adaptado de Administração Regional de Saúde do Algarve (s.d.)

3.2.3 Assessoria Técnica e Financeira

A Assessoria Técnica e Financeira (ATF) localiza-se na sede da ARS Algarve sob a dependência direta do Conselho Diretivo. Compete a este serviço a elaboração (em estreita articulação com os diferentes departamentos, gabinetes e ACeS da ARS Algarve) dos pareceres, relatórios e estudos com base nos quais o Conselho Diretivo dá cumprimento à obrigação de reporte de informação e prestação de contas aos diferentes organismos da Administração Pública (Deliberação (extrato) n.º 1349/2015, de 2 de julho).

3.2.4 Unidade de Compras e Logística

A Unidade de Compras e Logística (UCL) é uma das duas Unidades Orgânicas Flexíveis da ARS Algarve e localiza-se na sede da ARS Algarve, em Faro. Dois dos serviços que integram a UCL (Armazém Geral e Serviços Farmacêuticos) localizam-se na cave do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres em São João da Venda (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021).

3.2.4.1 Competências, responsabilidades e objetivos

Compete à UCL assegurar a gestão de *stocks* e o aprovisionamento de bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento da ARS Algarve. A principal responsabilidade da UCL é a aquisição de bens e contratação de serviços de forma eficiente, de modo a fazer face às necessidades da ARS Algarve.

A UCL tem 3 principais objetivos: (1) garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde nos variados serviços da ARS Algarve, antecipando necessidades de bens e serviços e contribuindo para que os mesmos sejam adquiridos em tempo útil, nos termos da legislação, nas quantidades e qualidade necessárias e com o custo mais favorável; (2) conhecer em dado momento o ponto de situação dos procedimentos em desenvolvimento, assim como dos pedidos manifestados e dos autorizados; e (3) interagir e colaborar ativamente com os serviços e as entidades que intervêm no processo de aquisição de bens e serviços (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021).

3.2.4.2 Missão, visão e valores

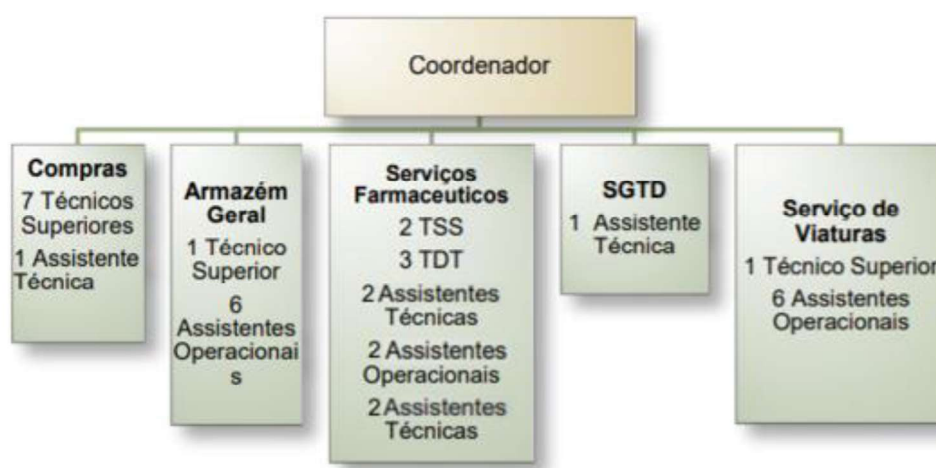
A missão da UCL é liderar e gerir os procedimentos de *procurement* de forma a suprir necessidades e contribuir para suportar a missão e os objetivos da ARS Algarve, com um forte enfoque no trabalho de equipa, na qualidade técnica e na comunicação e colaboração com os restantes serviços.

A UCL está comprometida, no âmbito das suas atribuições, em acrescentar valor ao processo de prestação de cuidados de saúde na região do Algarve. Para tal, assume um compromisso ético e de qualidade como fator determinante e diferenciador, cooperando com todos os serviços da ARS Algarve, com especial incidência nos que prestam cuidados de saúde, fomentando um ambiente interno propício ao desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores da unidade (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021).

3.2.4.3 Orgânica interna

A Unidade de Compras e Logística integra os seguintes serviços: (1) Compras; (2) Armazém Geral; (3) Serviços Farmacêuticos; (4) Serviço de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD) e, (5) Serviço de Viaturas; como pode ser observado na figura 3.5.

Figura 3.5 Orgânica interna da Unidade de Compras e Logística



Legenda: TSS - Técnico Superior de Saúde; TDT - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.

Fonte: Plano de Atividades da Administração Regional de Saúde do Algarve (2021)

O serviço de Compras é responsável pelo aprovisionamento dos bens e serviços e pelo planeamento e desenvolvimento dos procedimentos de aquisição e contratação.

O Armazém Geral tem como função o planeamento e gestão de *stocks* do armazém A (material de consumo clínico, hoteleiro e economato), enquanto os Serviços Farmacêuticos fazem o planeamento e gestão de *stocks* do armazém F (medicamentos, outros produtos farmacêuticos, dispositivos médicos e biocidas) e prestam apoio e informação técnica a outros profissionais da área.

No Serviço de Viaturas ocorre o planeamento e a gestão do parque de veículos da ARS Algarve, assegurando o transporte de todos os profissionais integrados nos serviços centrais da ARS Algarve e o transporte e a logística de produtos.

Por fim, o SGTD realiza a gestão integrada do circuito de transporte programado de doentes no âmbito do Sistema de Gestão de Transporte de Doentes, com vista à desmaterialização das credenciais de transporte e dos documentos associados, da redução dos custos operacionais e dos tempos de processamento, da diminuição dos prazos de pagamento e melhoria na deteção de inconformidades neste processo. Assegura ainda a gestão do transporte de insuficientes renais crónicos.

Para além destas tarefas, a UCL também realiza: (1) a planificação, organização e implementação dos inventários gerais e articulação com os diversos serviços, assim como apoio técnico, nos processos de inventário central e locais dos vários armazéns da ARS Algarve; (2) auditorias aos armazéns locais; (3) a gestão das quebras, abates e outras falhas; (4) a análise das listas de bens de consumo clínico; e (5) a prestação de assessoria técnica à introdução de novos artigos de consumo clínico (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021).

Capítulo 4 . ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

Este capítulo apresenta a descrição detalhada das atividades executadas durante o estágio. As atividades são apresentadas pela ordem da sua execução em cada um dos serviços por onde a estagiária passou.

4.1. Departamento de Contratualização

O Departamento de Contratualização foi onde decorreu a maior parte do estágio. De seguida apresentam-se as atividades desenvolvidas neste departamento.

4.1.1 Acompanhamento dos utentes no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a Cirurgia

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) permite a regulação de toda a atividade cirúrgica programada e o acompanhamento de todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia. Este sistema foi criado em 2004 como estratégia de combate às listas de espera para cirurgia, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.).

O processo para realização de uma cirurgia no SNS inicia-se através de uma consulta nos Cuidados de Saúde Primários, onde ocorre o registo do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar efetuado pelo médico assistente da unidade funcional do ACeS. Uma vez ocorrido este registo no sistema informático da Consulta a Tempo e Horas (CTH) o utente passa a estar inscrito na Lista de Espera para Consulta de Especialidade (LEC) e o processo segue para o médico triador que poderá atuar de três formas: (1) devolver o processo aos CSP por falta de informação médica ou administrativa no processo; (2) devolver o processo aos CSP por recusa de consulta devido a motivos clínicos; (3) continuar o processo, sem necessidade de alterações. o caso (1) poderá voltar ao médico

triador se a informação em falta for corrigida, enquanto no caso (2) o processo cessa.

Aquando da realização da primeira consulta de especialidade hospitalar por parte do utente, existe o diagnóstico do quadro clínico e definição do plano de tratamento. No final da consulta podem ocorrer dois cenários: (1) plano de tratamentos inclui cirurgia; (2) plano de tratamentos não inclui cirurgia. Apenas no cenário (1) o utente passa a constatar na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

Sempre que o hospital de origem do SNS não consegue garantir uma resposta ao utente num tempo clinicamente aceitável (tempo máximo de resposta garantido (TMRG)), são emitidos, no âmbito do SIGIC, a nível central sob responsabilidade da ACSS, documentos designados por "vales-cirurgia" ou "notas de transferência" que asseguram o encaminhamento dos utentes, em lista de cirurgia, para outros hospitais públicos com capacidade, ou para entidades privadas ou sociais com convenção com o SNS para realização da cirurgia necessária.

A Unidade Regional de Gestão ao Acesso (URGA) da ARS Algarve exerce sobretudo competências de acompanhamento regional, verificação do cumprimento dos TMRG e monitorização da produção realizada nos hospitais do SNS e nos hospitais de destino. Para além disso, aciona os mecanismos necessários para o cumprimento dos TMRG assegurando os interesses dos utentes, consoante estabelecido pela Circular da URGA Algarve n.º 1/2019.

Na URGA da ARS Algarve, houve a possibilidade de acompanhar diversas tarefas relacionadas com o cumprimento de CTH (através da monitorização dos pedidos LEC pendentes nos CSP) e SIGIC (através de processamento de vales de cirurgia e monitorização de LIC), entre elas:

- (1) Acompanhamento mensal dos pedidos de consulta sem resposta do CHUA (utentes em LEC);
- (2) Acompanhamento, junto dos ACeS do Algarve, dos pedidos sem resposta dos CSP, que correspondem a pedidos que foram enviados a hospitais do SNS e que aguardem alguma resposta da responsabilidade dos CSP para

- serem efetivados, e dos pedidos duplicados, que correspondem a um utente com mais de um pedido de consulta para a mesma especialidade do mesmo hospital;
- (3) Monitorização mensal do tempo de espera dos utentes na LIC de acordo com os TMRG estabelecidos consoante o nível de prioridade;
 - (4) Monitorização mensal da LEC e LIC de acordo com as orientações da Tutela, em matéria de Acesso (tempo máximo de resposta de 4 e 6 meses, respetivamente);
 - (5) Processamento de devoluções e cancelamentos de vales de cirurgia emitidos a pedido de utentes.

4.1.2 Apuramento de suplementos remuneratórios dos profissionais das Unidades de Saúde Familiar modelo B

As Unidades de Saúde Familiar são unidades de prestação de cuidados de saúde que assentam em equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento (A, B e C), diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto).

Os médicos que integram uma USF modelo B têm, para além do seu rendimento base, direito a suplementos (decorrentes da realização de cuidados domiciliários e prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva lista), compensações pelo desempenho (decorrente do desenvolvimento das atividades específicas) e outros acréscimos (função de coordenador da equipa ou funções de orientador de formação). Os enfermeiros e assistentes técnicos recebem mensalmente a remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (Decreto-lei n.º 73/2017, de 21 de Junho).

Neste sentido, Equipa Técnica de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários da ARS Algarve mensalmente procede ao apuramento de suplementos decorrentes da realização de cuidados domiciliários devidos aos médicos das USF modelo B, que recaiam sob a responsabilidade da ARS Algarve.

No início de cada ano civil, procede-se ao apuramento dos resultados do desempenho das Unidades de Saúde Familiar do modelo B relativamente aos valores devidos de suplementos, compensações pelo desempenho e outros acréscimos (unicamente no caso dos médicos) a cada profissional da USF. Caso seja o primeiro ano de funcionamento da USF, o apuramento é feito trimestralmente. Procede-se igualmente à atualização sempre que haja alteração do número de profissionais da USF.

Neste sentido foi possível o acompanhamento das seguintes tarefas:

- (1) Apuramento mensal de suplementos decorrentes da realização de cuidados domiciliários devidos aos médicos das Unidades de Saúde Familiares modelo B dos ACeS do Algarve;
- (2) Apuramento dos valores devidos de suplementos, compensações pelo desempenho e outros acréscimos (unicamente no caso dos médicos) no caso de uma USF em funcionamento há menos de 1 ano;
- (3) Cálculo de impacto financeiro acrescido por uma USF modelo B por inclusão de mais um médico e enfermeiro;
- (4) Cálculo do ajuste de complementos numa USF modelo B por um médico em regime *full-time* passar para regime *part-time* e cálculo do aumento de produção necessário para compensar a perda de incentivos de enfermeiros e assistentes técnicos.

4.1.3 Acompanhamento da situação epidemiológica no Algarve

Imediatamente após o aparecimento dos primeiros casos positivos de SARS-CoV-2 em Portugal¹, o Ministério da Saúde começou a compilar as informações acerca de casos confirmados de contágio num documento designado de “Relatório de Situação” onde se encontram descritos a nível nacional o número de casos ativos, recuperados, óbitos, contactos em vigilância, total acumulado de casos confirmados, distribuição dos casos em internamento (e variação associada), para além da caracterização demográfica dos casos confirmados e caracterização dos óbitos por COVID-19. A nível regional são apresentados os números de total

¹ O primeiro caso confirmado de COVID-19 em Portugal ocorreu a 2 de março de 2020 e o primeiro Relatório de Situação foi publicado no dia 3 de março de 2020.

de casos, de óbitos e variação por região. Este documento é de livre acesso sendo atualizado diariamente pelo Ministério da Saúde² (à data de passagem da estagiária pelo DC), com base nos dados fornecidos pelas Administrações Regionais de Saúde.

Assim e por ordem superior, no DC é realizado o apuramento diário do número de utentes nos hospitais do Algarve em internamento e cuidados intensivos e respetiva variação. São também feitos os cálculos do número de camas disponíveis, número de recuperados, número de mortes, caracterização demográfica dos casos confirmados e da caracterização dos óbitos por COVID-19 ocorridos na região.

4.1.4 Acompanhamento e participação no plano de auditorias 2021-2023

Uma das competências do DC é propor a realização de auditorias administrativas e clínicas, de modo a avaliar a qualidade e acessibilidade dos cuidados prestados pelas entidades convencionadas (Portaria nº. 156/2012 de 22 de maio). Assim, compete à equipa de auditoria propor o plano anual de auditoria nas áreas e competência do departamento (nomeadamente SIGIC e convenções) tal como executar o plano de auditoria e produzir o(s) relatório(s). Aquando do início do estágio no DC, as auditorias presenciais foram suspensas por ordem superior, no sentido de mitigar os riscos decorrentes da pandemia, subsistindo as auditorias via telefónica e/ou através de análise documental.

No plano de auditorias 2021-2023 “Plano de fiscalização de entidades convencionadas e similares” estão previstas dezanove auditorias: treze na área de convenções e acordos (dos quais três estão relacionados com a pesquisa RNA do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real) e seis referentes à área do SIGIC. No início do estágio, já tinham sido realizadas quatro auditorias e uma estava a decorrer.

Devido a uma reclamação comunicada à URGa que alegava um tempo de espera excessivo (três dias) para marcação de um teste PCR, prescrito pelo SNS24 num

² A partir de 10 de março de 2022, o Relatório de Situação Covid-19 da DGS passou a ser atualizado semanalmente em vez de diariamente

dos postos de colheita convencionados, foi estabelecida uma nova auditoria que não estava inicialmente planeada para verificar as disponibilidades para marcação de testes de diagnóstico à Covid por PCR em todos os postos de colheita convencionados para aquele efeito à data (16 de dezembro 2021).

A auditoria foi feita pela equipa auditora e pela estagiária, via telefónica, tendo-se apenas verificado um posto referiu a inexistência de disponibilidade por um período superior a três dias. No final da auditoria, foi elaborado um relatório para reportar os resultados encontrados.

No final do estágio, foi também realizada uma auditoria de acompanhamento da testagem COVID por PCR, em que foi realizada, pela estagiária, a verificação dos locais de realização dos testes COVID.

4.1.5 Acompanhamento do rastreio de *SARS-CoV-2* em utentes oncológicos

A norma 009/2020 de 02/04/2020 da Direção Geral da Saúde regula a abordagem clínica dos doentes oncológicos com suspeita e infeção confirmada por SARS-CoV-2 no SNS, pois estes indivíduos pertencem aos grupos mais vulneráveis. Esta norma estabelece as situações em que deve ocorrer a testagem laboratorial para SARS-CoV-2 nos doentes oncológicos, mesmo que assintomáticos, nomeadamente, antes de iniciarem terapêutica sistémica com quimioterapia ou tratamento com radioterapia, uma vez por semana durante as referidas terapêuticas.

No Algarve, o CHUA é o único hospital público responsável pelo tratamento destes doentes, porém, devido a constrangimentos não é possível assegurar os tratamentos de radiologia a todos os utentes nas suas instalações, sendo estes tratados na Clínica de Radioncologia do Algarve, sob responsabilidade financeira do CHUA.

Neste sentido, a EtCSP do DC recebe semanalmente a lista de utentes oncológicos da Clínica de Radioncologia do Algarve com tratamentos a decorrer e por iniciar na semana seguinte, necessitando estes utentes de prescrição de teste diagnóstico por parte do seu médico. Após receção da lista, é necessário

proceder ao preenchimento de dados relativamente ao médico de família, ACeS e ARS responsável pela requisição do teste PCR dos utentes que foram adicionados à lista. Os utentes que estejam inscritos nos CSP dos ACeS do Algarve são da responsabilidade destes, portanto é enviado um email a cada ACeS com as informações acerca dos utentes e dos respetivos médicos de família, de modo que estes últimos procedam à emissão da requisição desmaterializada. Caso sejam detetados utentes inscritos em ACeS sob a alçada de outra ARS, é enviado um email ao CHUA a informar qual a ARS responsável, de modo que o CHUA possa contactar essa ARS para emissão da requisição. Para os utentes seguidos pelo setor privado, terão de ser esses médicos a emitir a requisição, sendo enviado um email ao CHUA com a respetiva informação. Durante o estágio foi possível acompanhar este procedimento.

Foi também possível à estagiária proceder à leitura e análise do relatório referente ao ano 2020 acerca dos testes de pesquisa de SARS-CoV-2 nos doentes oncológicos da responsabilidade financeira do CHUA, mas que realizam os seus tratamentos na Clínica de Radioncologia do Algarve.

4.1.6 Acompanhamento e participação no processo de alargamento da rede convencional de postos de colheita para a pesquisa do vírus *SARS-CoV-2*

A Direção-Geral da Saúde estabeleceu o rastreio de contactos, a aplicação de testes de diagnóstico laboratorial para *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) em larga escala, a deteção ativa e precoce de casos e o isolamento rigoroso dos casos e seus contactos, como sendo elementos-chave para limitar a propagação da COVID-19. Assim, a estratégia nacional de testes para SARS-CoV-2 inclui a massificação de realização de testes de modo a facilitar uma evolução estratégica para "*Find-Test-Track-Trace-Isolate*", de acordo com a Norma No 019/2020 de 26/10/2020, atualizada a 22/06/2021.

Os testes laboratoriais para diagnóstico de SARS-CoV-2 disponíveis, atualmente, em Portugal são: (1) Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (onde se incluem testes PCR convencional, em tempo real); (2) Testes Rápidos de Antígeno (TRAg); (3) Autotestes; e, (4) Testes serológicos. Apenas os testes

(1) e (2) são indicados para diagnóstico laboratorial da presença do vírus SARS-CoV-2.

Para garantir o acesso dos cidadãos aos testes supramencionados foi solicitado, pela tutela, no início da pandemia o alargamento das convenções da área das Análises Clínicas para diagnóstico de doentes infetados com COVID-19 de regime excecional e temporário, cuja operacionalização regional é da responsabilidade da respetiva Administração Regional de Saúde.

4.1.6.1 Testes *PCR*

No início da pandemia, em março 2020, foi solicitado ao Departamento de Contratualização para proceder à operacionalização do alargamento das convenções da área das Análises Clínicas para diagnóstico de doentes infetados com COVID-19 de regime excecional e temporário no Algarve. Para tal, foram recolhidas as propostas dos laboratórios existentes no Algarve referentes à disponibilidade destes de estabelecer postos de colheita para a pesquisa de RNA do vírus SARS-CoV-2 por testes *Polymerase Chain Reaction* (PCR) em tempo real no Algarve.

Após análise e deferimento superior das propostas, foi estabelecida uma rede de postos de colheita convencionados para realização do referido teste, com base na procura, localização geográfica e cobertura populacional, não tendo sido necessário proceder à abertura de todos os postos propostos pelos laboratórios, permanecendo as restantes propostas em carteira para possível alargamento futuro.

Em dezembro de 2021, durante o decorrer do estágio, foi necessário proceder a um novo alargamento da rede convencionada na área de Análises Clínicas, devido à aproximação da época festiva e do aumento de risco de disseminação do vírus SARS-CoV-2. A estagiária participou em todas as atividades descritas a seguir.

Numa primeira fase, e após autorização superior, foi alargada a rede convencionada de postos de colheita para a pesquisa de RNA do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real no Algarve, de acordo com as propostas que estavam em carteira. Após comunicação da autorização de início de funcionamento aos

respetivos laboratórios, foi atualizada a lista de rede convencionada de postos de colheita de apoio específico às Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios (ADR)-Comunidades do Algarve no site da ARS Algarve (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.). Simultaneamente foi solicitada informação aos laboratórios com postos no Algarve, sobre a disponibilidade de abertura de novos postos de colheita para realização de pesquisa de RNA do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real no Algarve para um possível futuro alargamento da rede.

Após receção das novas propostas por parte dos laboratórios, houve condensação da informação e realização de estudos de impacto (com base na análise da distribuição geográfica e cobertura populacional dos postos propostos) de modo a verificar se a abertura de novos postos estaria relacionada com um melhor acesso por parte dos utentes. As informações auferidas foram apresentadas ao superior hierárquico para despacho, e no final do mês de dezembro, foi deferido este alargamento da rede convencionada.

No caso dos pontos de colheita que receberam despacho positivo, mas que não têm o seu laboratório central no Algarve, foi necessário proceder à elaboração de pareceres (positivos) por parte da ARS Algarve para enviar à ARS na qual se localiza o laboratório central, de modo a indicar que a abertura dos postos de colheita propostos são do interesse da ARS Algarve. A abertura destes postos de colheita apenas pode ser realizada após a autorização da ARS da respetiva zona de abrangência do laboratório central.

Assim, procedeu-se novamente à condensação da informação enviada pelos respetivos laboratórios para atualização da lista de rede convencionada de postos de colheita de apoio específico às ADR-Comunidades do Algarve no site da ARS Algarve. Para além desta atualização, foi também necessário proceder à validação de informação (contactos, horários, tipos de serviço prestados) acerca dos novos postos de colheita no sistema SDM@SNS gerido pela ACSS. Estes dados serão posteriormente incorporados na base de dados Sistema Integrado de Informação de Prestadores (SIIP), cujo acesso é condicionado a instituições do Ministério da Saúde devidamente autorizadas para eventual planeamento e gestão de serviços de saúde.

4.1.6.2 TRAg

No final de dezembro de 2021 houve um grande aumento de procura para realização de testes laboratoriais para diagnóstico de SARS-CoV-2 e foi solicitado, pela tutela, para proceder ao alargamento das convenções da área de análises clínicas para garantir o acesso da população aos testes, indo de encontro com a Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2 (testes PCR ou TRAg).

Como a rede convencionada de postos de colheita para a pesquisa de RNA do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real já foi alargada duas vezes pela ARS Algarve, foi considerado o alargamento das convenções da área das Análises Clínicas para incluir a realização de TRAg de uso profissional com prescrição do SNS. A estagiária participou em todas as atividades descritas a seguir.

Assim, o DC procedeu à recolha de informação junto dos laboratórios com convenção de análises clínicas que operam no Algarve sobre a disponibilidade de estabelecer postos de colheita para realização diagnóstico laboratorial de infeção por SARS-CoV-2 através de TRAg ao abrigo de um alargamento de regime excecional e temporário. As informações fornecidas por parte dos laboratórios, foram compiladas e enviadas para despacho. Após análise e deferimento superior das propostas, foi estabelecida um alargamento da rede convencionada de 28 postos de colheita para realização de TRAg, tendo a respetiva informação sido disponibilizada no *site* da ARS Algarve (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.).

No início de janeiro de 2022 foram recebidas pelo DC mais propostas, por parte de laboratórios, para abertura de mais postos para realização de TRAg. Sempre que um conjunto de propostas fosse comunicada ao DC, as informações fornecidas por parte dos laboratórios foram compiladas e enviadas para despacho. Após aprovação superior dos novos postos de colheita, foi realizada a atualização desta informação no *site* da ARS Algarve.

4.1.7 Acompanhamento do número de testes de pesquisa do vírus SARS-CoV-2 por testes PCR realizados pelos postos de colheita convencionados

O Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres é o laboratório do SNS no Algarve responsável pela realização de análises clínicas, porém com a evolução da pandemia foi necessário proceder ao reforço da capacidade de pesquisa do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real, como referido anteriormente. Assim, foi estabelecida uma rede convencionada de postos de colheita de apoio específico às ADR-Comunidades do Algarve.

Semanalmente, é realizado um relatório com o número de testes de pesquisa do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real realizados pelos prestadores convencionados para monitorização da sua atividade.

4.1.8 Acompanhamento de processos relacionados com o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que está inscrito no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Ministério da Saúde, s.d.). A promoção da saúde e a prevenção primária e secundária da cárie dentária é operacionalizada através da atribuição de um cheque-dentista a utilizar num médico prestador aderente ao PNPSO. Este programa permite a prestação de cuidados médico-dentários a grupos chave e especialmente vulneráveis, que sejam utentes do SNS. Os cheques-dentistas podem ser utilizados pelos utentes atrás indicados num médico aderente do PNPSO.

Três anos após a primeira adesão ao PNPSO é necessário que o médico dentista proceda à renovação da documentação (contrato com a ARS, nova carta de compromisso, registo na ERS e licença de funcionamento da clínica, cópia da cédula profissional atualizada), sendo a EtCSP do DC responsável pela gestão operacional do PNPSO nomeadamente pelas renovações de adesão e verificação dos pedidos de rescisão de médicos-dentistas.

Adicionalmente, a Ordem dos Médicos Dentistas envia mensalmente uma lista com alterações de estado de cédula profissional (ex. suspensão) dos seus

membros à EtCSP, que é responsável pela verificação de que nenhum destes médicos dentistas esteja registado no PNPSO. Foi possível à estagiária acompanhar e participar em todos estes procedimentos.

4.1.9 Acompanhamento de elaboração de parecer sobre pedido de investimento do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

A necessidade de otimizar a gestão dos recursos financeiros e a necessidade de prevenir a acumulação de novos pagamentos em atraso obriga a que seja efetuado um planeamento integrado dos investimentos do SNS. Caso as entidades tenham acumulado pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento, apenas podem ser autorizados pelos Conselhos de Administração das entidades do SNS investimentos que tenham valor inferior a 100.000 euros. Nos restantes casos os investimentos têm de ser previamente submetidos à autorização da tutela. O pedido de autorização destas entidades deve ser submetido à ACSS (através da plataforma "SNS + Investimento") e, no caso das Entidades Públicas Empresariais e dos Hospitais do Setor Público Administrativo, é necessário um parecer prévio da ARS, de acordo com o Despacho n.º 10220/2014 de 8 de agosto de 2014.

Durante o período do estágio, o CHUA submeteu um pedido de autorização para investimento no seu bloco operatório na plataforma "SNS + Investimento", com a necessidade de elaboração de um parecer prévio da ARS Algarve, uma vez que o CHUA tem pagamentos em atraso. Para elaboração de pareceres internos foram contactados o DC, o Gabinete de Instalações e Equipamentos e o Departamento de Saúde Pública e Planeamento. Posteriormente os pareceres internos foram encaminhados para a Assessoria Técnica e Financeira, onde foi elaborado um parecer prévio completo. O parecer da ARS contém uma análise crítica da informação fornecida pela entidade e avalia o investimento no contexto da oferta/procura de cuidados de saúde na região.

4.1.10. Elaboração de materiais

O diretor do Departamento de Contratualização solicitou à estagiária que elaborasse alguns materiais úteis ao departamento. Seguidamente descrevem-se os materiais produzidos bem como os processos de elaboração dos mesmos.

4.1.10.1 Ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convenionados no Algarve a disponibilizar aos utentes e assistentes técnicos com função de secretário clínico

Convenção é um contrato de adesão entre o Ministério da Saúde, através da ACSS ou das Administrações Regionais de Saúde, e as pessoas privadas, singulares ou coletivas, que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde (Administração Regional de Saúde do Centro, s.d.).

As entidades convenionadas resultam da realização de uma convenção e, embora os serviços prestados por estas entidades apenas tenham carácter complementar aos serviços prestados pelo SNS, têm um impacto significativo no total de despesas com saúde em Portugal.

Cada ARS é responsável pela gestão dos acordos e convenções dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) na sua área de abrangência. Existem no total quatorze áreas convenionadas de MCDT (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.): (1) Patologia Clínica/Análises Clínicas; (2) Cardiologia; (3) Medicina Nuclear; (4) Electroencefalografia; (5) Endoscopia Gastroenterológica; (6) Medicina Física e de Reabilitação; (7) Otorrinolaringologia; (8) Pneumologia e Imunoalergologia; (9) Urologia; (10) Neurofisiologia; (11) Radiologia; (12) Especialidades Médico-Cirúrgicas (Consultas); (13) Psicologia; (14) COVID 19 – Acordo de Adesão excecional e temporário – teste PCR e TRAg. Existem também acordos e convenções que são de nível regional, cuja gestão recai igualmente sob alçada da respetiva ARS.

Cada ARS faculta no seu *website* as áreas que tem convenionadas e as respetivas entidades prestadoras existentes na sua área de abrangência. Considerando que a base de dados existente no *website* é a principal fonte de informação disponível aos utentes, importa que esta seja apresentada de forma intuitiva e clara. Uma estratégia para modernizar e otimizar a apresentação dos dados é através de *benchmarking interno*.

Benchmarking interno é uma ferramenta de gestão que permite a análise estratégica das melhores práticas organizacionais realizadas por entidades que atuam no mesmo setor, definidas como sendo de referência. Através da comparação com o modelo de referência é possível identificar oportunidades de melhorias na própria entidade e aumentar a sua eficiência (Nascimento, 2013).

No SNS, o processo de *benchmarking* tem dois objetivos centrais: por um lado, melhorar o desempenho económico–financeiro das instituições e, por outro lado, garantir um melhor desempenho na prestação de cuidados aos utentes, nomeadamente ao nível da qualidade e do acesso (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.).

Na ARS Algarve o DC é responsável pela gestão dos acordos e convenções e pela disponibilização da informação sobre as entidades convencionadas aos utentes. Atendendo ao facto que durante o decorrer do estágio foram efetuadas várias alterações às convenções dos MCDT, foi necessário proceder à criação de uma ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convencionados no Algarve. Assim, foi solicitado à estagiária, pelo diretor do DC, para proceder à análise das melhores práticas utilizadas pelas outras Administrações Regionais de Saúde. Esta pesquisa teve como finalidade a criação de uma ferramenta de acesso a informação *on-line* sobre prestadores convencionados no Algarve a disponibilizar aos utentes e assistentes técnicos com função de secretário clínico, de modo a simplificar o modo de apresentação, assegurando uma melhoria no acesso à informação.

Sucintamente, foram realizados os seguintes passos para a modernização da base de dados: (1) *benchmarking* das formas de divulgação de informação sobre entidades convencionadas utilizadas pelas outras Administrações Regionais de Saúde e elaboração de um póster com as ferramentas de acesso a informação *on-line* sobre prestadores convencionados das cinco Administrações Regionais de Saúde³; (2) sessão de *brainstorming* com a EtCSP para redefinir o desenho da base de dados disponível aos utentes; (3) reunião com a equipa de Assessoria

³ Vide Apêndice 1

de Imprensa e Comunicação; (4) elaboração de uma prototipagem da ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convencionados de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica no Algarve a disponibilizar aos utentes e assistentes técnicos com função de secretário clínico⁴ para despacho do presidente da ARS Algarve. Esta ferramenta aguarda a respetiva implementação.

4.1.10.2 Documento técnico de apoio para a Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada

A contratualização hospitalar é concretizada através de um Contrato-Programa (CP) que visa relacionar a produção prevista num hospital e o respetivo financiamento atribuído. Este contrato é estabelecido entre três *stakeholders*: (1) o Estado, através da ACSS (entidade que atua como financiadora, em representação do SNS); (2) Administração Regional de Saúde (que atua como compradora de cuidados de saúde para fazer face às necessidades em saúde da respetiva região); e (3) a unidade prestadora de cuidados de saúde (hospital) (Conselho das Finanças Públicas, s.d.).

Os principais objetivos do processo de contratualização são, por um lado, a satisfação das necessidades em saúde dos cidadãos e, por outro lado, a implementação de estratégias que assegurem elevados níveis de acesso, qualidade e eficiência no SNS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016). De modo a promover a equidade e para minimizar eventuais discrepâncias de avaliação entre instituições, as metas de contratualização entre as ARS e as instituições hospitalares são definidos de acordo com uma metodologia nacional, sendo definidos a nível regional os objetivos para cada hospital. Como esta contratualização hospitalar tem um elevado impacto financeiro, importa ter um conhecimento geral acerca das patologias que estão na base das prestações de saúde a ser contratualizados no âmbito do CP do CHUA.

Face ao exposto sentiu-se a necessidade de elaborar um documento que servisse de apoio à Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada na elaboração desses Contratos-Programas. Nesse sentido, foi solicitado à estagiária

⁴ Vide Apêndice 2

a realização de uma pesquisa sobre “Programas de gestão da doença crónica” e outras doenças contratualizadas que tenham uma expressão financeira significativa no CP do CHUA. A pesquisa teve como finalidade a elaboração de um guia sucinto com as informações mais relevantes para cada atividade hospital e patologia associada (quadro clínico, fatores de risco, consequências, curabilidade, tratamento, prevalência na população, etc.), de modo a facilitar à equipa EtCH do DC o processo de contratualização. Este documento foi intitulado de “Programas de Gestão da Doença Crónica e outras atividades hospitalares do Contrato-Programa do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Documento técnico de apoio para a Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada”.

A seleção das patologias a ser abordadas no guia teve início com a leitura dos contratos-programa da região algarvia, os Planos de Saúde Locais (ACeS Barlavento, ACeS Central e ACeS Sotavento) e a Circular Normativa Nº. 3/2021/DPS/ACSS de 26 de fevereiro da ACSS. Após a análise desta documentação, foi realizada uma reunião com o diretor do DC com o objetivo de identificar as doenças a incluir no referido documento de apoio, sendo que o principal critério de escolha seriam as doenças que iriam originar programas com maior impacto financeiro, ou seja, com elevada produção contratualizada a nível nacional e/ou regional. No final, foram selecionadas 20 doenças.

Sintetizando, a elaboração do guia compreendeu as seguintes fases: (1) identificação, em documentação variada e em conjunto com o diretor do DC, das principais doenças com elevada produção contratualizada no Algarve; (2) recolha, via eletrónica, de informação acerca das doenças selecionadas; (3) compilação da informação recolhida num documento de apoio. O documento elaborado, aprovado pelo DC, encontra-se no Apêndice 3 deste relatório de estágio.

4.2 Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio

De modo a obter uma visão mais real do funcionamento, organização e gestão de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) como prestador de CSP foi considerado pertinente a passagem da estagiária pelos diversos serviços prestados por um ACeS.

Neste contexto, a estagiária teve oportunidade de conhecer os seguintes serviços existentes na sede do ACeS Sotavento, em Tavira: (1) Unidade de Apoio à Gestão (UAG); (2) Gabinete do Cidadão; (3) UCSP Mar; (4) USF Gilão (modelo A) e USF Balsa (modelo B); (5) URAP; (6) UCC Talabriga; (7) USP; (8) Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR Comunidade); e, (9) Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), os quais serão descritos mais pormenorizadamente de seguida.

A UAG consiste num serviço de apoio dependente da Diretora Executiva do ACeS Sotavento que tem como principal objetivo prestar apoio administrativo e geral à Diretora Executiva, ao Conselho Clínico e às Unidades Funcionais de todo o ACeS. Assim, fazem parte das suas atribuições: (1) controlo do orçamento; (2) controlo de pedidos de atividades ao exterior; (3) compilação de dados para o relatório de atividades, plano de ação, plano de formação; (4) assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afetos ao ACeS e garantir o controlo de consumos; (5) proposta de auditorias; (6) definir a contratualização interna e externa; e, (7) coordenação dos serviços de segurança, apoio e vigilância ao ACeS e suas unidades funcionais. Durante a passagem por este serviço foi também possível acompanhar a avaliação da contratualização interna e externa de 2021 e preparação da contratualização interna para 2022.

O Gabinete do Cidadão é um serviço de apoio que funciona na dependência da Diretora Executiva do ACeS Sotavento e serve todos os utentes deste ACeS (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). A sua principal função é reforçar a relação dos CS com os seus utentes através da (1) verificação das condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde; (2) comunicação aos utentes sobre os seus direitos e deveres como utilizadores dos CSP; (3) averiguação de

observações, sugestões e reclamações, dos utentes, relativas aos cuidados prestados; (4) verificação regular do grau de satisfação dos utentes; e (5) organização de canais de comunicação com cada CS do ACeS. Durante a passagem por este serviço foi possível proceder à discussão com o responsável do serviço acerca dos principais tópicos de reclamação, elogios e sugestões, ver a sua evolução temporal e proceder à leitura de relatórios de exposições apresentadas pelos utentes do ACeS.

Ao percorrer a UCC Talabriga, UCSP Mar, URAP, USP, USF Gilão e USF Balsa foi possível contactar com as realidades das diferentes tipologias de unidades funcionais em termos de serviços prestados, organização física e estrutura organizacional, para além de também ter sido possível fazer o paralelo entre Unidades de Saúde Funcionais que apesar de existirem no mesmo espaço (CS Tavira) operam de formas diferentes por apresentarem tipologias de modelo A e B (USF Gilão e USF Balsa, respetivamente).

Atendendo à evolução epidemiológica da pandemia por COVID-19 em Portugal foi determinada a implementação de espaços ADR Comunidade para a avaliação clínica dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda que, pela gravidade dos sintomas, necessitassem de observação médica presencial conforme a Norma 004/2020 da Direção Geral de Saúde. O ADR no CS de Tavira atende os utentes de Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António.

A ECSCP do ACeS Sotavento, numa iniciativa pioneira (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.), realiza intervenções na Consulta de Medicina Paliativa no CS Tavira ou através de apoio domiciliário junto a utentes com doenças crónicas avançadas e progressivas nos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António, Olhão, Faro e Tavira.

4.3 Assessoria Técnica e Financeira

A Assessoria Técnica e Financeira (ATF) tem como principal função a articulação com outras entidades e serviços, servindo de elo entre os vários departamentos e serviços da ARS, os ACeS, a ACSS e a tutela. Embora a sua principal função seja servir de apoio ao Conselho Diretivo da ARS Algarve, as suas tarefas podem também estar relacionadas com pedidos solicitados por outras entidades.

A ATF faz a monitorização das atividades dos serviços de acordo com as necessidades dos mesmos, realizando, entre outros, a articulação das candidaturas de investimento para o Plano de Recuperação e Resiliência e das necessidades de investimento em saúde no Algarve a médio e longo prazo. Para além destas tarefas, são realizadas estatísticas e questionários consoante a necessidade, como por exemplo, relatórios acerca da atividade dos ADR e reportes de investimentos realizados em saúde no Algarve a pedido da ACSS. Outras tarefas que carecem da articulação da ATF são a enunciação de questões parlamentares e a descentralização na área da saúde (onde ocorre a transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde) (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro).

4.4 Unidade de Compras e Logística

A ARS Algarve é responsável pela distribuição de Bens de Consumo de Saúde pelas Unidades de Saúde (Centros de Saúde e/ou USF) sob sua responsabilidade a partir do seu Centro de Armazenagem Central (que inclui o Armazém Central, Serviços Farmacêuticos e Laboratório Regional de Saúde Pública).

Foi possível a passagem da estagiária pelos dois serviços da Armazenagem Central que são dependentes da UCL: (1) Armazém Geral (AG) e (2) Serviços Farmacêuticos (SF), ambos localizados na cave do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres.

O AG fornece essencialmente três tipos de materiais: (1) material de economato; (2) material de consumo clínico; e (3) material de consumo hoteleiro e limpeza. O aprovisionamento destes materiais é assegurado a nível mensal para os CS,

que para além de pedidos de carácter regular podem também fazer pedidos “extra” para materiais de carácter urgente que não estão incluídos nos pedidos mensais. O CS recetor é depois responsável pela distribuição dos materiais pelas suas Unidades Funcionais e respetivas extensões. Para além destas tarefas de rotina, o AG é também responsável pela (1) realização de auditorias aos armazéns locais; (2) planificação, organização e implementação dos inventários gerais e articulação com os diversos serviços, assim como apoio técnico, nos processos de inventário central e locais dos vários armazéns da ARS Algarve; (3) a gestão das quebras, abates e outras falhas; e (4) a análise das necessidades da região de bens de consumo clínico.

Os SF são responsáveis pelo fornecimento de medicamentos, vacinas e outros produtos médicos, estes artigos são dispensados por dispensadores Kardex com apoio do aplicativo Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) que permite o controlo automático dos *stocks*. As vacinas dispensadas pelos SF são constituintes do Plano Nacional de Vacinação ou da Consulta do Viajante e são fornecidas mensalmente às diversas USF do Algarve consoante necessidades comunicadas. Para além destas tarefas os SF são também responsáveis pela manipulação de fármacos (e o seu embalamento em unidoses) e pelo fornecimento e acompanhamento de medicamentos com prescrição médica controlada (imunoglobulinas humanas, psicotrópicos e cloreto de metadona) para tratamento de situações clínicas específicas (Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, 2020; Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P, s.d.).

Durante a passagem por estes serviços, foi notável que a pandemia por COVID-19 teve um grande impacto nestes dois serviços pois aumentou as necessidades da região em termos de material de consumo clínico e produtos farmacêuticos.

Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Reflexão Crítica

O estágio realizado na ARS Algarve, como já foi referido, decorreu no Departamento de Contratualização, no Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento Algarvio, na Assessoria Técnica e Financeira e na Unidade de Compras e Logística, onde a estagiária teve oportunidade de desenvolver diversas atividades.

Ao passar pelas quatro tipologias de serviços da ARS Algarve (um departamento, um ACeS, um serviço do Conselho Diretivo e uma unidade) foi possível à estagiária experienciar realidades diferentes em termos organizacionais e práticos. Foi também possível obter uma visão mais abrangente do Serviço Nacional de Saúde, em especial no que respeita aos Cuidados de Saúde Primários prestados no Algarve. Outro aspeto que se tornou evidente durante este percurso foi a forte interdependência existente entre os diversos serviços da ARS Algarve.

A fase inicial do estágio foi marcada por um período de adaptação à instituição, em que a estagiária procedeu à leitura de documentação diversificada a fim de se familiarizar com a organização interna da ARS Algarve, o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Para tal, os documentos disponibilizados nomeadamente Portarias, Decretos-Lei, Planos Nacionais de Saúde, Planos Locais de Saúde, planos estratégicos e operacionais, relatórios anuais de gestão, relatórios de auditorias e Contratos-Programa foram absolutamente fulcrais para entender as relações entre temáticas e estabelecimento de pontos de ligação com os conteúdos lecionados no primeiro ano do curso. Este processo possibilitou a criação de um esquema que sintetiza o Sistema Nacional de Saúde (figura 2.5, página 16) tal como conhecer a estrutura orgânica da ARS Algarve, as suas normas de funcionamento, as competências de cada departamento e as relações existentes entre os vários departamentos.

O percurso entre departamentos e as atividades a desenvolver durante o estágio foram definidas de acordo com as expectativas e objetivos da estagiária e com a disponibilidade dos serviços da ARS Algarve, obedecendo a um plano de estágio

acordado entre o supervisor e a orientadora do estágio. Infelizmente, não foi possível fazer um percurso mais completo pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve devido aos constrangimentos causados pela pandemia COVID-19.

Como já foi referido, o Departamento de Contratualização foi o serviço onde a estagiária passou mais tempo, tendo beneficiado da sua representação estratégica na ARS Algarve. Por solicitação do Diretor do DC a estagiária desenvolveu dois materiais para este departamento: (1) Documento técnico de apoio destinado à Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada sobre Programas de Gestão da Doença Crónica e outras atividades hospitalares do Contrato-Programa do Centro Hospitalar Universitário do Algarve e (2) Ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convenccionados no Algarve. Estes materiais constituem uma mais-valia para o DC, por um lado, o documento técnico de apoio constitui uma ferramenta importante para a contratualização com o CHUA e a ferramenta de acesso a informação sobre prestadores convenccionados no Algarve, aguardando ainda a respetiva implementação, poderá facilitar a apresentação de informações úteis aos utentes e profissionais de saúde, garantindo um melhor acesso à informação.

Foram definidos três grandes objetivos para o estágio: a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos no primeiro ano do curso de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde; o desenvolvimento de competências de gestão no domínio da saúde; e o contacto com o contexto real de uma ARS, proporcionando uma vertente prática visando incrementar as competências em gestão.

A realização do estágio permitiu colocar em prática os conhecimentos adquiridos no primeiro ano do curso, aprofundar os conhecimentos do funcionamento e gestão dos serviços de saúde em Portugal e contribuir para o desenvolvimento de competências de gestão no domínio da saúde da estagiária. Ou seja, os objetivos definidos no início do estágio foram concretizados.

Uma reflexão que merece atenção neste trabalho tem a ver com o facto de que o estágio ocorreu durante uma pandemia, coincidindo com uma das vagas em que os casos de COVID-19 aumentaram exponencialmente. Este facto permitiu à estagiária assistir e participar em tarefas que não seriam realizadas num

período não-pandémico, embora tenha condicionado o acesso a tarefas mais rotineiras e a outros serviços, não refletindo, portanto, a organização e o funcionamento “normal” da ARS Algarve.

O percurso realizado pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve permitiu à estagiária avaliar o impacto em contexto real da pandemia COVID-19 nos CSP do SNS, razão pela qual decidiu abordar o assunto na introdução do presente relatório de estágio.

Para além do desafio acrescido que é a gestão de uma pandemia, o SNS enfrenta outros desafios como as listas de espera crescentes quer em termos de primeira consulta hospitalar quer em cirurgias, a falta de profissionais (sobretudo na região algarvia) e o subfinanciamento crónico. Apesar destes constrangimentos terem sido amplificados pela pandemia COVID-19, existe um claro esforço por parte dos profissionais de saúde para os combater.

5.2 Conclusões

O estágio na ARS Algarve foi bastante enriquecedor, permitindo à estagiária consolidar, incrementar e aprofundar os conhecimentos adquiridos no primeiro ano de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, bem como ganhar novas competências tanto a nível pessoal, como da gestão no domínio da saúde. O contacto com os vários tipos de serviço da instituição permitiu acompanhar o trabalho de diferentes profissionais de saúde e lidar com trabalho de diferentes conteúdos.

A ARS Algarve tem como principal missão garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde à população da respetiva área geográfica de intervenção, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção. A realização do estágio nesta instituição de elevado reconhecimento permitiu à estagiária conhecer a evolução, gestão, e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, com foco no Serviço Nacional de Saúde.

O sucesso do estágio prendeu-se fortemente com o apoio dos profissionais da ARS Algarve que, devido ao seu conhecimento na área da gestão da saúde,

possibilitaram a transmissão de conhecimento, inculcando, simultaneamente, um pensamento analítico e crítico à estagiária, preparando-a para enfrentar os futuros desafios que se poderão colocar no domínio da gestão em saúde.

As atividades desenvolvidas durante o estágio estiveram relacionadas com os objetivos do mesmo e com as atividades e competências dos serviços onde o estágio decorreu. Tendo em conta as atividades descritas e os materiais elaborados, a estagiária considera que se atingiram os objetivos do plano de estágio apesar dos constrangimentos decorrentes da pandemia.

Como nota final, a estagiária gostaria de expressar o seu agradecimento a toda a Administração Regional de Saúde do Algarve pela possibilidade de realização de estágio nesta instituição de elevado prestígio. Este agradecimento é extensível a todos os profissionais de saúde que ofereceram o seu conhecimento e tempo no decorrer do estágio, em especial aos profissionais do DC que, de forma incansável, apoiaram os esforços para a realização do presente Percorso pelos Cuidados de Saúde Primários do Algarve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (s.d.) *Benchmarking*. Disponível em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/Objetivos (Acedido em 27 de março de 2022).
- Administração Central do Sistema de Saúde (s.d.) *Setor Convencionado*. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/convencionados/?lang=pt#:~:text=As%20convencionados%20que%20t%C3%AAm%20%20%20Imunoalergologia%2C%20Urologia%20e> (Acedido em 24 de março de 2022).
- Administração Central do Sistema de Saúde (s.d.) *Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia*. Disponível em: <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeAcessoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/SIGIC/tabid/262/language/pt-PT/Default.aspx> (Acedido em 19 de fevereiro de 2022).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2016) *Cuidados de Saúde Primários—Metodologia de Contratualização*. Disponível em: https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf (Acedido em 26 de março de 2022).
- Administração Central do Sistema de Saúde (2016) *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/OrientacoesGestao.pdf> (Acedido em 26 de março de 2022).
- Administração Regional de Saúde do Algarve (s.d.) *Acordos e Convenções*. Disponível em: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/acordos-e-protocolos/> (Acedido em 27 de março de 2022).
- Administração Regional de Saúde do Algarve (s.d.) *Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Algarve III - Sotavento*. Disponível em: <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-algarve-iii-sotavento/#content> (Acedido em 15 de fevereiro de 2022).
- Administração Regional de Saúde do Algarve (s.d.) *Cuidados Paliativos*. Disponível em: <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-paliativos/> (Acedido em 3 de abril de 2022).
- Administração Regional de Saúde do Algarve (s.d.) *Determinantes sociais*. Disponível em: https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/03/_images_centrodocs_perfilsaude_PRSARSA_LG_CAPIII_DetSociais.pdf (Acedido em 13 de março de 2022).
- Administração Regional de Saúde do Algarve (s.d.) *Pesquisa de RNA do vírus SARS-CoV-2 por PCR em tempo real*. Disponível em: https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/12/Rede_postos_colheita_covid_20211230.pdf (Acedido em 28 de março de 2022).
- Administração Regional de Saúde do Algarve (2021) *Plano de Atividades da Administração Regional de Saúde do Algarve*. Disponível em: https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/12/Plano_de_Atividades_ARS_Algarve_2021_Homologado.pdf (Acedido em 20 de março de 2022).

- Administração Regional de Saúde do Centro (s.d.) *Entidades convencionadas*. Disponível em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/entidades-convencionadas/> (Acedido em 14 de março de 2022).
- Afonso, P. (2020) *O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental*. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.13877> (Acedido em 17 de março de 2022).
- Ahn, S., Kim, S., & Koh, K. (2020) *Changes in Healthcare Utilization, Spending, and Perceived Health during COVID-19: A Longitudinal Study Singapore*. Disponível em: <https://www.ssrn.com/abstract=3669090> (Acedido em 11 de fevereiro de 2022).
- Badash, I., Kleinman, N. P., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. W. (2017) *Redefining Health: The Evolution of Health Ideas Antiquity to the Era of Value-Based Care*. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.1018> (Acedido em 17 de março de 2022).
- Begun, J. W., & Jiang, J. (2020) *Health Care Management During Covid-19: Insights Complexity Science*. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0541> (Acedido em 7 de março de 2022).
- Bircher, J. (2005) *Towards a Dynamic Definition of Health and Disease*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y> (Acedido em 8 de março de 2022).
- Card, A. J. (2017) *Moving Beyond the WHO Definition of Health: A New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care: Redefining Health*. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wmh3.221> (Acedido em 28 de janeiro de 2022).
- Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (2020) *Recomendação sobre utilização de Imunoglobulina Humana Normal*. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1816213/Recomenda%C3%A7%C3%A3o+sobre+utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+Imunoglobulina+Human+a+Normal/27563b3a-71d3-6698-63a3-4074b0b0c0b9> (Acedido em 12 de abril de 2022).
- Conselho das Finanças Públicas (s.d.) *Contratualização com as EPE*. Disponível em: https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/publicacao-ocasional-n-1-2019-contratualizacao-com-as-epe.pdf (Acedido em 25 de março de 2022).
- Conti, A. (2018) *Historical evolution of the concept of health in Western medicine*. Disponível em: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.6739> (Acedido em 23 de dezembro de 2021).
- Crisóstomo, S. (2017) O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: Saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 33–48.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health: Background Document to WHO: Strategy Paper for Europe*. Institute for Futures Studies. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=uC8_nQAACAAJ (Acedido em 19 de janeiro de 2022).
- Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro da Presidência do Conselho de Ministros, *Diário da República* 1ª série n.º 21. Disponível em: <https://dre.pt> (Acedido em 10 de abril de 2022).
- Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro do Ministério de Saúde. *Diário da República*: 1ª série, n.º 38. Disponível em: www.dre.pt. (Acedido em 18 de fevereiro de 2022).

- Decreto-lei n.º 73/2017, de 21 de junho do Ministério de Saúde, *Diário da República*: 1ª série, n.º 118. Disponível em: www.dre.pt. (Acedido em 18 de fevereiro de 2022).
- Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro do Ministério de Saúde, *Diário da República*: 1ª série, n.º 249. Disponível em: www.dre.pt. (Acedido em 17 de fevereiro de 2022).
- Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro do Ministério de Saúde, *Diário da República*: 1ª série, n.º 195. Disponível em: www.dre.pt. (Acedido em 13 de fevereiro de 2022).
- Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro do Ministério de Saúde, *Diário da República*: 1ª série, n.º 229. Disponível em: www.dre.pt. (Acedido em 14 de janeiro de 2022).
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto do Ministério de Saúde, *Diário da República*: 1ª série, n.º 161. Disponível em: www.dre.pt. (Acedido em 3 de fevereiro de 2022).
- Deliberação (extrato) n.º 1349/2015, de 2 de julho do Ministério da Saúde-Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., *Diário da República*: 1ª série, n.º 127. Disponível em: www.dre.pt (Acedido em 2 de fevereiro de 2022).
- Della Monica, A., Ferrara, P., Dal Mas, F., Cobianchi, L., Scannapieco, F., & Ruta, F. (2022) *The impact of Covid-19 healthcare emergency on the psychological well-being of health professionals: A review of literature*. Disponível em: <https://doi.org/10.7416/ai.2021.2445> (Acedido em 24 de fevereiro de 2022).
- Entidade Reguladora da Saúde (2020) *Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. Disponível em: <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf> (Acedido em 22 de dezembro de 2021).
- Comissão Europeia (2017) *Pilar europeu dos direitos sociais*. Publications Office. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2792/239183> (Acedido em 6 de fevereiro de 2022).
- Fonseca, A. F., Corbo, A. D. (2007) Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In *O território e o processo saúde-doença*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Hunter, D. (1997) Public health management. Time for a new start? *The European Journal of Public Health*, 7(3), 345–349. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/7.3.345> (Acedido em 11 de janeiro de 2022).
- Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (s.d.) *Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde*. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872 (Acedido em 8 de abril de 2022).
- Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit (2003) *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/10681> (Acedido em 15 de março de 2022).
- Jornal Médico (2020) *Economia e saúde são as principais preocupações dos consumidores, segundo estudo*. Disponível em: <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/39698-economia-e-saude-sao-as->

- principais-preocupacoes-dos-consumidores-segundo-estudo.html (Acedido em 23 de janeiro de 2022).
- Keskinocak, P., & Savva, N. (2020) A Review of the Healthcare-Management (Modeling) Literature, *Manufacturing & Service Operations Management*. Disponível em: <https://doi.org/10.1287/msom.2019.0817> (Acedido em 21 de janeiro de 2022).
- Kolakowski, H., Shepley, M. M., Valenzuela-Mendoza, E., & Ziebarth, N. R. (2021) *How the COVID-19 Pandemic Will Change Workplaces, Healthcare Markets and Healthy Living: An Overview and Assessment*. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/su131810096> (Acedido em 4 de março de 2022).
- Kutzin, J. (2013) *Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy*. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985> (Acedido em 14 de fevereiro de 2022).
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro do Ministério da Saúde, *Diário da República*: 1ª série, nº 169. Disponível em: www.dre.pt (Acedido em 3 de fevereiro de 2022).
- Ministério da Saúde (s.d.) *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Disponível em: https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action;jsessionid=85112365508CD9DF1C1BB316DB1AED23.pnpso_w1 (Acedido 17 de Março de 2022).
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007) *Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde—Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Disponível em: https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf (Acedido em 13 de abril de 2022).
- Nações Unidas (s.d.) *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/> (Acedido em 19 de janeiro 2022).
- Organisation for Economic Cooperation and Development (s.d.) *The impact of COVID-19 on social and welfare issues*. Disponível em: <https://www.oecd.org/fr/social/covid-19.htm> (Acedido em 29 de dezembro de 2021).
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2020) *Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD*. Disponível em: <https://oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/> (Acedido em 17 de janeiro de 2022).
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2021) *Health Statistics*. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (Acedido em 3 de fevereiro de 2022).
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2022) *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic*. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/65cfc31c-en> (Acedido em 14 de janeiro de 2022).
- Organização Mundial de Saúde (1948) *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> (Acedido em 8 de janeiro de 2022).

- Organização Mundial de Saúde (1986) *A promoção da saúde—A carta de Otava*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx> (Acedido em 13 de abril de 2022).
- Organização Mundial de Saúde (2021) *Cuidados de saúde primários*. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care> (Acedido em 2 de abril de 2022).
- Pimenta, D. (2020) *Saúde: Principal preocupação do brasileiro no pós-pandemia*. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/opini%C3%A3o/blogs/opini%C3%A3o-1.363900/sa%C3%BAde-principal-preocupa%C3%A7%C3%A3o-do-brasileiro-no-p%C3%B3s-pandemia-1.798891> (29 de dezembro de 2021).
- Popescu, M., Militaru, E., Cristescu, A., Vasilescu, M., & Maer Matei, M. (2018). *Investigating Health Systems in the European Union: Outcomes and Fiscal Sustainability*. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/su10093186> (Acedido em 12 de abril de 2022).
- Portaria nº. 156/2012 de 22 de maio dos Ministérios das Finanças e da Saúde, *Diário da República*: 1ª série n.º 99. Disponível em: www.dre.pt (Acedido em 5 de fevereiro de 2022).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. *Diário da República*: 1ª série, n.º 196. Disponível em: <https://dre.pt/> (Acedido em 15 de março de 2022).
- Scliar, M. (2007) *História do conceito de saúde*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003> (Acedido em 10 de dezembro de 2021).
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997) *O conceito de saúde*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016> (Acedido em 10 de dezembro de 2021).
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.) *Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.* Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/administracao-central-do-sistema-de-saude/> (Acedido em 21 de janeiro de 2022).
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.) *Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.* Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/administracao-regional-de-saude-do-algarve/> (Acedido em 15 de fevereiro de 2022).
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.) *Apresentação ARS ALGARVE I.P.* Disponível em: <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/apresentacao-ars-algarve-i-p/> (Acedido em 17 de fevereiro de 2022).
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.) *O Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.chs.min-saude.pt/guia-do-utente/o-servico-nacional-de-saude/> (Acedido em 23 de janeiro de 2022).
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.) *Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/> (Acedido em 29 de janeiro de 2022).
- Serviço Nacional de Saúde (2016) *SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/sistema-integrado-de-gestao-do-acesso-no-servico-nacional-de-saude-siga-sns/> (Acedido em 26 de março de 2022).
- Shanks, N., Buchbinder, S., & Thompson, J. (2008) *Overview of Healthcare Management*. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/lhs.2008.21121cae.001/full/html> (Acedido em 1 de fevereiro de 2022).

- Sobregrau Sangrà, P., Aguiló Mir, S., Castro Ribeiro, T., Esteban-Sepúlveda, S., García Pagès, E., López Barbeito, B., Pomar Moya-Prats, J. L., Pintor Pérez, L., & Aguiló Llobet, J. (2022) *Mental health assessment of Spanish healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic*. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152278> (Acedido em 9 de janeiro de 2022).
- Vianna, L. A. C. (s.d.) *Determinantes Sociais de Saúde: Processo saúde doença*. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf (Acedido em 4 de março de 2022).
- Vieira, P. A., Barros, P. J., Caseiro, T., Rodrigues, N., & Arcanjo, J. (2021) *Efeitos de uma pandemia numa unidade de cuidados de saúde primários e sua população: Um estudo retrospectivo*. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i5.13135> (Acedido em 30 de março de 2022).
- World Health Organization (s.d.) *Coronavirus Overview*. Disponível em: <https://covid19.who.int/> (Acedido em 28 de dezembro de 2021)
- World Health Organization (1948) *Constitution of the World Health Organization*. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (Acedido em 15 de janeiro).
- World Health Organization (2010) *The world health report: Health systems financing: the path to universal coverage*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371> (Acedido em 18 de janeiro).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 | Póster com as ferramentas de acesso a informação *on-line* sobre prestadores convenccionados das cinco Administrações Regionais de Saúde

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Escolha da área convenccionada

Entidades convenccionadas

PDF dividido por distritos com as seguintes informações:

- Designação Social
- Morada
- Código postal
- Concelho
- Contactos (telefone, fax, e-mail, website)
- Âmbito geográfico (nacional, regional)
- Valências disponíveis
- Horário

Disponível em: <http://www.arsnorte.gov.pt/arsnorte/comunicacao>

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Escolha do distrito

Escolha da área convenccionada

PDF com as seguintes informações:

- Designação
- Morada
- Valências disponíveis
- Contactos (telefone e fax)

Disponível em: <http://www.arsnorte.gov.pt/arsnorte/comunicacao>

ars vive
para a tua região

3 opções de pesquisa

Mapa dos prestadores convenccionados

Possibilidade de filtrar por nome do convenccionado, área ou valência disponibilizada

Informações disponibilizadas:

- Natureza do prestador
- NIPC
- Designação
- Morada de prestação de cuidados
- Código postal
- Abrangência territorial

Lista dos prestadores convenccionados

Possibilidade de filtrar por nome do convenccionado, morada, localidade, área ou valência disponibilizada

Seleção de convenção adicional

Informação adicional disponível:

- Área
- Valência
- Abrangência territorial
- Mapa georreferenciado
- Morada

Disponível em: <http://www.arsalentejo.gov.pt>

ARS ALentejo
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

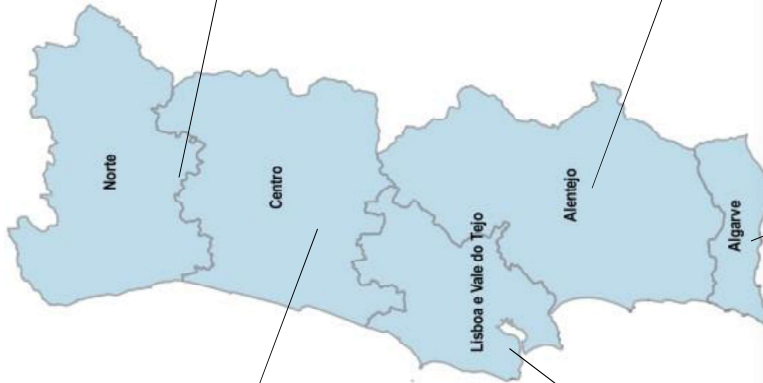
Listagem de convenccionados

Possibilidade de filtrar (opção não evidente) por convenccionado, área, âmbito, localidade e distrito

Seleção de convenccionado

Informação adicional disponível

Disponível em: <http://www.arsalentejo.gov.pt>



ARS ALGARVE
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Escolha da área convenccionada

PDF com as seguintes informações:

- Concelho
- Denominação
- Estabelecimento (Morada e código postal)
- Contactos (telefone)
- Valências disponíveis
- Âmbito geográfico (nacional, regional)

Disponível em: <http://www.arsalgarve.gov.pt>

APÊNDICE 3 - Documento técnico de apoio para a Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARSAlgarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Programas de gestão da doença crónica e outras atividades hospitalares do contrato-programa

Documento técnico de apoio

Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada

Departamento de Contratualização

Fevereiro de 2022

Versão 1.0/2022

70

Agradecimentos

À Dra. Mélanie Silva, MSc, que investigou e desenvolveu o presente documento técnico de apoio no decurso do estágio do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, que realizou no Departamento de Contratualização.

Enquadramento

A contratualização hospitalar, que se encontra implementada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), é concretizada através de um contrato-programa que visa relacionar a produção prevista num hospital com o necessário financiamento. Este contrato é estabelecido entre três *stakeholders*: (1) o Estado, através da Administração Central do Sistema de Saúde (entidade que atua como financiadora, em representação do Ministério da Saúde); (2) a Administração Regional de Saúde territorialmente competente (que atua como compradora de cuidados de saúde para fazer face às necessidades em saúde da respetiva região); (3) e a unidade prestadora de cuidados de saúde (o Hospital, Centro Hospitalar ou Unidade Local de Saúde, em função da tipologia).

O contrato-programa estabelece o plano de prestação de cuidados e de serviços de saúde e as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas.

O financiamento dos hospitais do SNS é assegurado nos termos na base 23 da Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, por verbas do Orçamento do Estado, conforme critérios objetivos e quantificáveis de produção de atividade que o hospital estima atingir.

Este documento destina-se a apoiar os membros da Equipa Técnica de Contratualização Hospitalar e Especializada do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Algarve, e tem como principal objetivo garantir um conhecimento mais profundo de conceitos de saúde, relevante na negociação com o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).

O presente documento elenca e enquadra as doenças e patologias de acompanhamento específico da atividade hospitalar, com uma descrição breve, ainda que nem todas especificamente contratualizadas com o CHUA.

Índice

ENQUADRAMENTO	3
1. DOENÇA DE HANSEN'	5
2. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA)	6
3. HEPATITE C	7
4. HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	8
5. ESCLEROSE MÚLTIPLA	9
6. PATOLOGIA ONCOLÓGICA – MIELOMA MÚLTIPLO'	10
7. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)'	11
8. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (EAM)	12
9. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (ICC)	13
10. DIABETES <i>MELLITUS</i> - DISPOSITIVOS DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA	14
11. POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF)'	15
12. DOENÇAS LISSOSSOMAS - DOENÇA DE GAUCHER'	16
13. DOENÇAS LISSOSSOMAS - DOENÇA DE FABRY	17
14. DOENÇAS LISSOSSOMAS – MUCOPOLISSACARIDOSE (MPS)' (INCLUI DOENÇA DE HURLER, DOENÇA DE HUNTER E DOENÇA DE MAROTEAUX-LAMY)	18
15. DOENÇAS LISSOSSOMAS - DOENÇA DE NIEMANN-PICK'	19
16. DOENÇAS LISSOSSOMAS - DOENÇA DE POMPE	20
17. PERTURBAÇÕES MENTAIS GRAVES QUE CAUSAM PSICOSE "	21
18. OBESIDADE E EXCESSO DE PESO	23
19. DOENÇAS QUE CAUSAM INFERTILIDADE (INCLUI INFORMAÇÃO ACERCA DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA)	24
20. PERDA AUDITIVA (INCLUI IMPLANTES COCLEARES)	25

1. Doença de Hansen^{1,2}

O que é?

A Doença de Hansen (também conhecida como hanseníase ou lepra) é uma infecção causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*. Esta bactéria cresce muito lentamente e pode levar 20 anos até ao desenvolvimento de sintomas.

Fatores de risco

Apenas a forma lepromatosa não tratada é contagiosa. Uma vez iniciado o tratamento, a hanseníase já não é transmissível. A melhor prevenção é evitar o contato com secreções fisiológicas e exantema em pessoas infetadas.

Consequências

A doença pode afetar os nervos, a pele, os olhos e a mucosa nasal. As bactérias atacam os nervos que podem ficar inchados sob a pele. Isso pode fazer com que as áreas afetadas percam a capacidade de sentir o toque e a dor, o que pode levar a lesões, como cortes e queimaduras.

Normalmente a pele afetada muda de cor e fica seca ou escamosa, com perda de sensibilidade e/ou rubor devido à inflamação da pele.

Se não for tratada, a lesão nervosa pode resultar em paralisia das mãos e dos pés, podendo inclusivamente resultar na perda dos dedos.

Outros sinais de hanseníase avançada podem ser a perda de sobrancelhas e deformação do nariz resultante de danos ao septo nasal.

Embora se saiba da sua baixa probabilidade de transmissibilidade, existe muito estigma e preconceito associados à doença e quem sofre dela pode ser isolado e discriminado.

Curável?

Depende. Com diagnóstico e tratamento precoces, a doença pode ser curada se não tiverem ocorridos danos irreversíveis. Embora o tratamento possa interromper a progressão da doença, não pode reverter os eventuais danos nos nervos ou deformidades que já tenham ocorrido.

Tratável?

Sim, normalmente o tratamento passa por esquemas multifármacos (devido à resistência aos antibióticos) a longo prazo. Em alguns casos a medicação tem de ser feita durante o resto da vida.

Prevalência na população

Mundialmente existem cerca de 200 mil novos casos de hanseníase por ano. Em Portugal é considerada erradicada (prevalência inferior a um caso por 10 000 habitantes).

¹ <https://www.cdc.gov/leprosy/about/about.html>

² https://www.who.int/lep/resources/Guide_Africa_P1.pdf?ua=1

2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)³

O que é?

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é um conjunto de sinais e sintomas que aparecem causados pela deficiência do sistema imunitário, que vai ficando com menos capacidade de resposta ao longo da evolução da doença. O VIH é o vírus da imunodeficiência humana que causa a SIDA. O vírus ataca e destrói o sistema imunitário do organismo, isto é, destrói os mecanismos de defesa que protegem de doenças.

Importa realçar que estar infetado com VIH não é o mesmo que ter SIDA, podendo o indivíduo estar infetado com o VIH, mas apenas ser seropositivo, podendo ou não desenvolver SIDA.

Fatores de risco

O VIH pode ser essencialmente transmitido através de: (1) relações sexuais desprotegidas (não utilização de preservativo) com pessoas infetadas por VIH; (2) partilha de agulhas, seringas ou outro equipamento utilizado na preparação de drogas para injeção; (3) transmissão de mãe para filho: o VIH pode ser transmitido durante a gravidez, parto ou através do leite materno.

Por outro lado, o VIH não se transmite através de apertos de mão, abraços e beijos, suor ou saliva, partilha de pratos, talheres ou copos, tosse ou espirros, conversa ou contactos sociais, picada de insetos ou uso de casas de banho.

Consequências

Após contrair a infeção podem existir sintomas semelhantes à gripe: febre, dores de cabeça, cansaço e gânglios inflamados no pescoço e virilhas. Posteriormente, os sintomas tornam-se mais graves, tais como: perda rápida de peso, infeções graves, pneumonia, diarreia prolongada, lesões na boca, ânus ou genitais, perda de memória, depressão ou outros distúrbios neurológicos.

Curável?

Não. Atualmente, ainda não existe cura para a infeção por VIH.

Tratável?

Sim. O tratamento consiste na toma de medicamentos antirretrovirais com o objetivo de travar a replicação do vírus e recuperar de forma significativa o sistema imunitário das pessoas infetadas, permitindo que vivam durante mais anos e com qualidade. Em Portugal é gratuito e está disponível através das consultas de especialidade.

Prevalência na população⁴

Estima-se que, no ano de 2018, 41 305 portugueses viviam infetados com o VIH, em que 6,8% não estavam diagnosticados.

³ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/tratamento-da-infecao-por-vih/>

⁴ <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-vih-e-sida-em-portugal-2020/#:~:text=Foram%20ainda%20notificados%20172%20novos,1983%20e%20final%20de%202019.>

3. Hepatite C⁵

O que é?

A hepatite C é causada pelo vírus VHC. Encontra-se no indivíduo infetado e tem um período de incubação que oscila entre os 40 e os 70 dias. Até agora, foram identificados seis genótipos principais diferentes do VHC que, por sua vez, se dividem em subtipos.

Fatores de risco

A prevenção da infeção passa por evitar, acima de tudo, o contacto com sangue infetado. Estratégias de prevenção são: (1) não partilhar escova de dentes, lâminas, tesouras ou outros objetos de uso pessoal; (2) não partilhar seringas e outros instrumentos usados na preparação e consumo de drogas injetáveis e inaláveis; (3) desinfetar as feridas que possam ocorrer e cobri-las com pensos e ligaduras; (4) usar preservativo nas relações sexuais, principalmente quando existem múltiplos parceiros.

A hepatite C é mais comumente transmitida entre pessoas que compartilham agulhas não esterilizadas para injetar drogas ilícitas, podendo também ocorrer na realização de tatuagens ou *piercings*. Adicionalmente, estima-se o risco de uma mãe transmitir o VHC ao filho durante a gravidez em cerca de 6%.

Consequências

Cerca de 20 a 30% dos indivíduos infetados com o VHC recuperam espontaneamente após a infeção aguda pelo mesmo. Os restantes 70 a 80% evoluem para hepatite crónica. Em 20% dos doentes, a hepatite C crónica pode conduzir à cirrose e/ou cancro do fígado.

A maioria das pessoas com hepatite C aguda não sabe que está infetada. Apenas 25 a 30% dos infetados apresentam, numa fase aguda, sintomas de doença que se podem manifestar da seguinte forma: cansaço, perda temporária ou completa da sensibilidade e do movimento, náuseas, febre, mal-estar geral, problemas de concentração, queixas gastrointestinais (como perda de apetite), intolerância ao álcool, dores na zona do fígado, icterícia (coloração amarelada da pele e dos olhos).

Curável?

Sim.

Tratável?

Sim, todas as pessoas com hepatite C têm disponível no SNS tratamentos que garantem a cura em mais de 95%.

Prevalência na população⁶

Mundialmente, cerca de 71 milhões de pessoas estão infetadas com hepatite C. No ano de 2019, estimou-se que 45 000 portugueses estariam cronicamente infetados pelo vírus da hepatite C.

⁵ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vhc/#sec-0>

⁶ <https://hepic.pt/hepatite-em-portugal/>

4. Hipertensão Arterial Pulmonar⁷

O que é?

A hipertensão pulmonar (HP) é a elevação persistente da pressão vascular pulmonar, que pode ser causada por aumento isolado do segmento arterial ou por aumento nas pressões dos segmentos venosos e arteriais da circulação pulmonar. A HP não é uma doença específica, mas uma condição fisiopatológica.

Fatores de risco

A HP é classificada nos cinco grupos, com base na causa da doença: (1) Hipertensão arterial pulmonar; (2) Insuficiência cardíaca esquerda; (3) Disfunção pulmonar ou níveis baixos de oxigênio; (4) Doenças crônicas que causam coágulos; (5) Outros mecanismos (incluem distúrbios sanguíneos, distúrbios mieloproliferativos, distúrbios sistêmicos e alguns distúrbios metabólicos).

Consequências

Falta de ar durante o esforço é o sintoma mais comum de hipertensão pulmonar, com eventual sensação de tontura ou fadiga. É habitual a pessoa sentir-se fraca, pois os tecidos do corpo não recebem oxigênio suficiente. Em geral, outros sintomas, como tosse (raramente, com expectoração de sangue) e chiados são causados pela doença pulmonar subjacente. Pode ocorrer inchaço

(edema), especialmente das pernas. O inchaço geralmente é um sintoma de insuficiência cardíaca direita. Raramente, pessoas com hipertensão pulmonar ficam roucas.

Curável?

Não, mas o tratamento permite atenuar os seus sintomas e retardar a progressão da doença.

Tratável?

Sim. Frequentemente, os tratamentos utilizados para aliviar os sintomas são medicamentos que dilatam vasos sanguíneos e oxigênio suplementar. Tratamentos para prevenir ou tratar complicações passam pelo uso de anticoagulantes ou transplante pulmonar. Em pessoas com HP que têm um baixo nível de oxigênio no sangue, o uso contínuo de oxigênio através de tubos nasais ou máscara de oxigênio pode também reduzir a pressão sanguínea nas artérias pulmonares e pode aliviar a falta de ar.

Prevalência na população⁸

Não existem muitos dados, mas estimativas sugerem uma prevalência de 1% na população geral, sendo muito superior nos indivíduos com idade superior a 65 anos (cerca de 10%).

⁷ https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-pulmonares-e-das-vias-respirat%C3%B3rias/hipertens%C3%A3o-pulmonar/hipertens%C3%A3o-pulmonar#v727807_pt

⁸ <https://raiox.pt/presenca-de-hipertensao-pulmonar-persistente-determina-mau-prognostico-e-provoca-incapacidade-e-limitacao-importante-na-qualidade-de-vida/>

5. Esclerose Múltipla⁹

O que é?

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, inflamatória e degenerativa, que afeta o sistema nervoso central. Surge frequentemente entre os 20 e os 40 anos de idade e tem maior incidência nas mulheres do que nos homens.

Fatores de risco

A origem da EM ainda não é clara. Pensa-se que vários fatores intervêm no espoletar da doença entre os quais se destacam o ambiente e o património genético. Os fatores genéticos parecem resultar numa predisposição para a doença, porém a EM não é uma doença hereditária. Os vírus poderão estar ligados ao aparecimento da doença, neste quadro o mais citado é o vírus de Epstein Barr.

Consequências

Os sintomas mais comuns são fadiga, alterações na marcha, dormência, sensação de rigidez e espasmos musculares, fraqueza, problemas de visão, tonturas, problemas de bexiga, disfunção sexual, dor, dificuldades cognitivas, alterações emocionais, depressão, alterações na fala, alterações na deglutinação, tremor, convulsões, problemas respiratórios, perda de audição e disfunção da bexiga.

Curável?

Não, ainda não existe cura. Porém existem fármacos eficazes na contenção da

doença, evitando e espaçando os episódios de surto-remissão.

Tratável¹⁰?

Sim, o tratamento inclui: (1) corticosteroides, utilizados quando ocorre um surto de EM, com o intuito de controlar a inflamação aguda; (2) imunomoduladores e imunossuppressores, utilizados para diminuir o risco de ocorrência de surtos e desacelerar a progressão da incapacidade; (3) terapêutica sintomática utilizada com o objetivo de aliviar as manifestações da doença.

O mecanismo de ação de cada um dos fármacos modificadores da doença é distinto e nem todos se destinam à mesma fase de progressão da EM e a sua eficácia difere de pessoa para pessoa. O SNS assegura o fornecimento dos fármacos gratuitamente através das farmácias hospitalares, sob prescrição do neurologista responsável.

Prevalência na população

Estima-se que em todo o mundo existam cerca de 2,5 milhões de pessoas com esclerose múltipla (dados da Organização Mundial de Saúde) e em Portugal mais de 8 mil.

⁹ <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/12/04/dia-nacional-da-pessoa-com-esclerose-multipla/>

¹⁰ <https://spem.pt/wp-content/uploads/2019/08/manual.pdf>

6. Patologia oncológica – Mieloma Múltiplo^{11,12}

O que é?

O Mieloma Múltiplo é um cancro que afeta um tipo de células que existem na medula óssea, os plasmócitos. Os plasmócitos são as células que produzem os anticorpos, que nos defendem das infeções. No mieloma, os plasmócitos tornam-se malignos, aumentando a sua presença e atividade na medula óssea e levando à alteração e fragilização dos ossos. É designado de múltiplo pois afeta a medula óssea em múltiplos locais.

Fatores de risco

A causa das alterações que levam ao desenvolvimento de mieloma é desconhecida. Especula-se que uma exposição prolongada a certos produtos químicos, como solventes, benzeno, dioxina, produtos usados na agricultura, ou a elevadas doses de radiação, como no acidente de Chernobyl, possam estar relacionadas com este tipo de patologia.

Consequências

Os tumores de plasmócitos podem causar a perda de densidade óssea (osteopenia ou osteoporose) e enfraquecimento dos ossos, levando a fraturas. Além disso, a liberação de cálcio pelos ossos pode resultar em níveis demasiado elevados no sangue e pode causar constipação, aumento da frequência de micção, problemas renais, fraqueza e confusão.

A diminuição da produção de glóbulos vermelhos frequentemente leva à anemia que, por sua vez, causa fadiga, fraqueza e palidez e pode levar a problemas cardíacos. A diminuição da produção de glóbulos brancos leva a infeções repetidas. A diminuição da produção de plaquetas compromete a capacidade de coagulação do sangue, podendo resultar na formação de hematomas ou ocorrência de sangramentos mais facilmente.

Curável?

Não, até à data nenhum tratamento levou à cura total prolongada.

Tratável?

Sim. O tratamento depende de vários fatores, nomeadamente o estado de evolução da doença. Normalmente é utilizada uma combinação de diversos tipos de fármacos, sendo que pode existir a utilização de quimioterapia tradicional em combinação com esses tipos de fármacos. Em casos específicos pode ocorrer o transplante de células-tronco ou, em caso de dor óssea, radioterapia.

Prevalência na população

É uma doença pouco frequente. Surgem cerca de 3 novos casos/ano/100 000 habitantes no Ocidente. Em Portugal surgem entre 300 e 500 novos casos por ano.

¹¹ <https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/cancro/mieloma-multiplo-que>

¹² <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-do-sangue/dist%C3%BArbios-dos-plasm%C3%B3citos/mieloma-m%C3%BAltiplo>

7. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)^{13,14,15}

O que é?

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é um estado patológico crónico caracterizado por causar dificuldades respiratórias devido à limitação do fluxo aéreo, onde se incluem a bronquite crónica e o enfisema pulmonar.

Fatores de risco

Os principais riscos para o desenvolvimento de DPOC são o tabagismo ativo e/ou passivo (responsável por 40-70% dos casos de DPOC) e fatores genéticos. Existem também outros fatores, como a exposição a poluição ambiental, exposição ocupacional ao pó ou outras substâncias químicas inalatórias.

Consequências

Os doentes com DPOC apresentam uma qualidade de vida prejudicada devido a uma diminuição da tolerância a exercícios físicos e perda de força dos músculos respiratórios. Para além do impacto físico, a DPOC tem um impacto social e psicológico significativo, tanto no doente como nos indivíduos que o rodeiam.

Curável?

Não. Até à data não existe cura para a doença pulmonar obstrutiva crónica, sendo que o tratamento apenas pode ajudar a retardar a progressão da doença e a controlar os sintomas.

Tratável?

Sim. O tratamento fundamental é a cessação tabágica para os indivíduos afetados pela DPOC que fumem. As opções de tratamento farmacológico incluem broncodilatadores, corticosteroides inalatórios, antibióticos e mucolíticos, que têm como objetivo facilitar a respiração. A reabilitação pulmonar e a oxigenoterapia de longo prazo também são estratégias de tratamento de suporte possíveis. Em casos raros são efetuadas cirurgias ou transplantes de pulmões.

Prevalência na população¹⁶

A DPOC, em 2015, afetava 64 milhões de pessoas a nível mundial e causou mais de 3,2 milhões de mortes; projeta-se que, globalmente, será uma das três principais causas de morte até 2030. Em Portugal, foi responsável por 2791 óbitos no ano de 2016, segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR).

Observações

Apesar de as estatísticas indicarem que cerca de 800 mil portugueses tenham esta doença, em 2016, apenas 131 632 pessoas estavam referenciadas nos Centros de Saúde como tendo DPOC e, dessas, apenas 32,3% tinham o diagnóstico confirmado por espirometria, de acordo com o ONDR.

¹³ <https://www.nhs.uk/conditions/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/>

¹⁴ <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/7>

¹⁵ <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/doen%C3%A7a-pulmonar-obstrutiva-cr%C3%B4nica-e-doen%C3%A7as-relacionadas/doen%C3%A7a-pulmonar-obstrutiva-cr%C3%B4nica-dpoc>

¹⁶ <https://www.viversaudavel.pt/sociedade-portuguesa-de-pneumologia-e-associacao-respira-sensibilizam-para-a-importancia-de-viver-bem-com-dpoc/>

8. Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

O que é?

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), vulgarmente conhecido como “ataque cardíaco”, ocorre quando uma das artérias do coração fica obstruída por um coágulo, o que faz com que uma parte do músculo cardíaco deixe de funcionar por falta de oxigénio e nutrientes¹⁷.

Fatores de risco

Os principais fatores de risco para o EAM são: (1) tabagismo; (2) colesterol elevado; (3) diabetes; (4) hipertensão arterial; (5) excesso de peso; (6) sedentarismo; (7) *stress* e (8) idade (a prevalência de enfarte agudo do miocárdio aumenta com a idade).

Consequências

Se houver um atraso no diagnóstico e no tratamento do EAM, uma parte importante do miocárdio poderá morrer. Assim o coração pode perder alguma capacidade de bombear o sangue pelo que o doente pode sofrer de insuficiência cardíaca, com as limitações que aí decorrem, nomeadamente: (1) falta de ar; (2) incapacidade de realizar esforços; (3) dor (“angina”) de peito; (4) reinternamentos; e (5) riscos de novos enfartes.

Curável?

Não. O coração é incapaz de regenerar o músculo cardíaco após um enfarte e o tecido cardíaco danificado pelo episódio é substituído por tecido cicatricial. Porém, com prevenção e tratamento adequados, é possível minimizar sequelas e o risco de novo enfarte¹⁸.

Tratável?

Sim. O tratamento mais eficaz, consiste na desobstrução da artéria coronária responsável pelo enfarte, através de angioplastia primária (com recurso a cateterismo cardíaco). Em alternativa, podem ser administrados medicamentos com capacidade de dissolver o coágulo.

Quando o diagnóstico e o tratamento são atempados, é possível salvar o miocárdio e minimizar as complicações do enfarte.

Prevalência na população

Todos os anos mais de 10 mil portugueses sofrem um enfarte agudo do miocárdio¹⁹.

Observações

O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma das principais causas de morte em Portugal. Em 2019, representou 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração, apesar da diminuição de 7,5% no número de óbitos em relação ao ano de 2018.

¹⁷ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/enfarte-agudo-do-miocardio/>

¹⁸ <https://www.uclahealth.org/heart/cardiac-repair-regeneration>

9. Insuficiência Cardíaca Crónica (ICC)

O que é?

A Insuficiência Cardíaca Crónica (ICC) é uma incapacidade contínua do coração de bombear suficiente sangue pelo corpo para garantir um suprimento suficiente de oxigénio, normalmente devido à fraqueza e/ou rigidez do músculo cardíaco.

Fatores de risco

A insuficiência cardíaca normalmente ocorre devido a uma patologia cardíaca anterior ou corrente que danificou o coração, como doença das artérias coronárias, ataque cardíaco ou hipertensão. No entanto, existem muitos outros fatores que causam a insuficiência cardíaca, como por exemplo: colesterol elevado, tabagismo, diabetes, obesidade, sedentarismo ou histórico familiar de doença cardíaca ou mutações genéticas.

Consequências

A insuficiência cardíaca está associada a complicações inerentes à incapacidade de o coração bombear sangue para o corpo, podendo causar alterações em diferentes órgãos devido à falta de oxigénio e nutrientes, causando sintomas de cansaço extremo, tonturas ou desmaios ou levar à acumulação de líquido nos pulmões ou nas pernas (edema), causando a falta de ar ou as pernas inchadas. Além disto, as lesões que existem no coração podem levar a que

ocorram arritmias, que podem ser graves ao ponto de poder causar morte súbita.

Curável?

Não. Embora seja possível levar uma vida minimamente normal apesar da insuficiência cardíaca, se esta doença não for tratada de forma precoce, pode ser necessário internamento hospitalar.

Tratável?

Sim. O tratamento é dependente do grau de insuficiência cardíaca e da sua evolução. No entanto, por norma, o tratamento consiste em mudanças no estilo de vida (não fumar, alimentação saudável e prática de exercício físico); medicamentos, que devem ser tomados sem interrupções; intervenções como cateterismo, cirurgia ou colocação de pacemaker. Quando a insuficiência cardíaca é muito grave e não responde favoravelmente ao tratamento, pode haver indicação para transplante cardíaco²⁰.

Prevalência na população

A insuficiência cardíaca é uma doença que afeta cerca de 400 mil portugueses, um número que tem tendência a aumentar. Estima-se que o número de pessoas com ICC venha a aumentar entre 50% a 70% até 2030.

²⁰ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/insuficiencia-cardiaca/#sec-0>

10. Diabetes Mellitus - Dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

O que é?

A diabetes *mellitus* (DM) é um conjunto de distúrbios no metabolismo caracterizado por hiperglicemia resultante de um défice de secreção de insulina, resistência à ação da insulina ou ambos²¹.

Fatores de risco

Os fatores de risco para a DM são: idade superior a 45 anos; excesso de peso; obesidade central; hipertensão arterial; valor de colesterol HDL baixo; valores elevados de triglicérides; história de macrossomia ou diabetes gestacional; predisposição genética; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica²².

Consequências

Utentes diabéticos apresentam uma maior prevalência de outras patologias, sendo reconhecido que a diabetes está associada ao desenvolvimento, a longo prazo, de lesões nos órgãos e a um risco acrescido de complicações oftalmológicas, renais, cardíacas ou vasculares²³.

Curável?

Não. Embora existam estudos a decorrer neste sentido, de momento não existe cura para a DM.

Tratável?

Sim. Um tratamento que permita a manutenção de níveis glicémicos próximos da normalidade, reduz o risco de complicações a longo prazo. A terapêutica de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI) constitui uma opção que permite este controlo glicémico rigoroso.

Os Dispositivos de PSCI possuem um reservatório preenchido com análogo de insulina de ação rápida que é difundida através de um cateter para o tecido celular subcutâneo do doente e este pode facilmente regular a quantidade de insulina administrada por hora, simulando a ação do pâncreas²⁴.

Prevalência

Em 2019, 9,8% dos adultos portugueses apresentavam diabetes dos tipos 1 ou 2, o valor mais elevado da União Europeia. A prevalência da doença aumenta com a idade e estima-se que 30 a 40% dos cidadãos europeus poderão desenvolver DM²⁵. Dados de 2018 afirmam que cerca de 2300 pessoas com diabetes em Portugal utilizam bombas de insulina.

²¹

<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1515/1100>

²² Coentre, R. and Levy, P. (2020) "Early intervention in psychosis in Portugal: Where are we?," *Acta Medica Portuguesa*, 33(9), pp. 540–542. doi:10.20344/amp.13472.

²³

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf

²⁴

<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1515/1100>

²⁵

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf

11. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF)^{26,27}

O que é?

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), também conhecida como amiloidose associada à transtirretina (TTR), é uma doença hereditária, rara e progressiva que atinge o sistema nervoso periférico por acumulação de depósitos amiloides, especialmente nos músculos.

Fatores de risco

A PAF é uma doença genética, sem fatores de risco externos associados. Por se tratar de uma doença hereditária, o pai ou a mãe acometidos com a doença podem transmiti-la para um ou mais filhos (cada filho tem 50% de hipótese de possuir o gene). A existência de alteração no gene indica uma maior probabilidade de desenvolver PAF, embora não seja obrigatória esta relação.

Consequências

A PAF pode incluir como sintomas a neuropatia periférica (fraqueza, dor e/ou perda de sensibilidade nos membros), neuropatia autonómica (distúrbios do intestino, bexiga, pressão arterial e disfunção sexual), insuficiência cardíaca; inchaço nas pernas, perda de peso, náusea, fadiga, tontura e colapso, sono interrompido, dor no peito. Outros órgãos que podem ser atingidos pela doença devido a depósitos de amiloide são os olhos, rins, tireoide e glândulas supra-renais.

Curável?

Não, mas o diagnóstico precoce permite um melhor acompanhamento da evolução clínica e o encaminhamento para centros especializados para realização de tratamento.

Tratável?

Sim. Os medicamentos disponíveis são chamados de Estabilizadores da Transtiretina, que impedem a agregação das proteínas de transtiretina defeituosas, prevenindo assim a formação e o depósito amiloide. Os Estabilizadores da Transtiretina atuam no amiloide em formação, mas não tem eficácia nas estruturas danificadas.

O transplante de fígado é a terapia padrão pois interrompe a progressão da neuropatia removendo a principal fonte de produção de TTR mutante (o fígado produz cerca de 95% da TTR).

Prevalência na população

Apesar de ser extremamente rara a nível mundial, a PAF é bastante comum em algumas zonas específicas de Portugal, Suécia e Japão.

Às vezes, as pessoas portadoras da mutação nunca desenvolvem a doença. Por exemplo, cerca de 1 em 500 pessoas no norte de Portugal são portadoras e apenas 80% desenvolvem a doença.

²⁶ <https://drdiegodecastro.com/polineuropatia-amiloidotica-familiar/>

²⁷ <https://www.amyloidosis.org.uk/about-amyloidosis/hereditary-systemic-amyloidosis/introduction-to-attr-amyloidosis/>

12. Doenças Lisossomais - Doença de Gaucher^{28,29}

O que é?

A doença de Gaucher tipo 1 (que corresponde a 90 % dos casos) é uma doença hereditária rara, crónica, progressiva e que pode atingir vários órgãos. É causada por um défice de uma enzima – glucocerebrosidase – que é responsável por digerir uma gordura, glucocerebrósido, que se acumula dentro de um tipo de organelos celulares chamados lisossomas. A acumulação nos lisossomas leva a que as células fiquem pesadas e impedidas de realizar as suas funções, sendo que este tipo de células se acumula principalmente nos tecidos do fígado, do baço, dos pulmões e da medula óssea.

Fatores de risco

A doença de Gaucher é uma doença genética, sem fatores de risco externos. Trata-se de uma doença hereditária de transmissão autossómica recessiva, o que significa que para se ser doente é preciso herdar mutações de ambos os pais. Se os dois elementos de um casal forem portadores, têm, em cada gestação, 25% de probabilidade de ter um filho com a doença.

Consequências

A doença de Gaucher causa aumento do tamanho do fígado e do baço e pigmentação pardacenta na pele. A acumulação de glicocerebrosídeos nos olhos causam o aparecimento de pontos

amarelos. A acumulação na medula óssea podem causar dor e danificar os ossos. A infiltração na medula óssea leva à redução da produção dos elementos figurados do sangue levando a anemia, trombocitopenia e leucopenia com um risco aumentado de contrair infeções. Os doentes com o tipo 1 têm também risco acrescido de doenças malignas (como mieloma múltiplo).

Curável?

Não.

Tratável?

Sim. O tratamento de primeira linha consiste na administração quinzenal ou mensal, por via endovenosa, da enzima em falta. Atualmente existem duas formulações de terapêutica de substituição enzimática: imiglucerase e velaglucerase. Quando o tratamento endovenoso não é tolerado ou existem efeitos secundários, há indicação para tratamento de segunda linha, miglustato (um medicamento que reduz a concentração de glicocerebrosídeo no corpo).

Prevalência na população

Em Portugal, aproximadamente 140 pessoas estão diagnosticadas, mas acredita-se que vários doentes poderão estar ainda por diagnosticar.³⁰

²⁸ <http://www.hemoap.ap.gov.br/dados.php?d=1037&a=642>

²⁹ <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/06/DoencadeGaucher.pdf>

³⁰ <https://www.spmi.pt/anemia-fadiga-e-cansaco-os-sinais-insuspeitos-da-doenca-de-gaucher/>

13. Doenças Lisossomais - Doença de Fabry³¹

O que é?

A doença de Fabry é uma doença hereditária do metabolismo do grupo das doenças lisossomais de sobrecarga. É uma doença genética, rara, crónica, e progressiva, causada pela deficiência de atividade de uma enzima denominada alfa-galactosidase A, que existe no interior dos lisossomas. Esta enzima desempenha um papel importante no metabolismo das gorduras, sendo necessária para a degradação de alguns destes produtos. A ausência ou a diminuição de atividade da alfa-galactosidase A tem como consequência a acumulação de gorduras nos tecidos e órgãos.

Fatores de risco

A doença de Fabry é uma doença genética, sem fatores de risco externos. A sua transmissão encontra-se ligada ao cromossoma X, podendo manifestar-se quer em homens quer em mulheres, embora a doença seja geralmente mais grave nos homens.

Consequências

A acumulação dos metabolitos nos lisossomas pode alterar progressivamente a função e estrutura celular/ tecidual e ocasionar lesão dos respetivos órgãos (incluindo coração, rim, vasos, entre outros), com envolvimento e manifestações de magnitude e intensidade variáveis.

Os sintomas mais comuns são dor neuropática, ausência ou diminuição da

transpiração, intolerância ao frio, calor ou exercício, crises de febre inexplicadas, alterações gastrointestinais, alterações da córnea dos olhos, excreção aumentada de proteínas na urina, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, surdez e hipertrofia cardíaca, insuficiência cardíaca, arritmias e bloqueios cardíacos.

Curável?

Não.

Tratável?

Sim. Atualmente, existem duas opções terapêuticas disponíveis para a Doença de Fabry: a terapêutica de substituição enzimática (com agalsidase alfa e agalsidase beta) e a terapêutica com chaperone migalastat (reservado a doentes com determinadas mutações, que demonstraram ser suscetíveis de resposta a este fármaco).

Prevalência na população

Em Portugal, a prevalência deste tipo de patologias em recém-nascidos é de 25 por cada 100 000 nados vivos. Sendo que, em 2018, havia 106 doentes diagnosticados com Doença de Fabry em tratamento em Portugal³².

³¹ <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/06/DoencadeFabry.pdf>

³² <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/RelatorioCCTDLS2018.pdf>

14. Doenças Lisossomais – Mucopolissacaridose (MPS)^{33, 34} (inclui Doença de Hurler, Doença de Hunter e Doença de Maroteaux-Lamy)

O que é?

A mucopolissacaridose (MPS) é uma doença genética, rara, progressiva, causadas pela deficiência de atividade de enzimas específicas que existem no interior do lisossoma e são responsáveis pela degradação de moléculas de açúcares complexos (mucopolissacáridos ou glicosaminoglicanos), resultando numa acumulação destas moléculas. Existem muitos tipos de MPS, dependendo da enzima específica que está ausente.

Fatores de risco

A doença de MPS é uma doença genética, sem fatores de risco externos. Como é uma doença de transmissão autossómica recessiva, ambos os progenitores serão portadores de uma mutação no gene sendo que cada um dos filhos tem 25% de probabilidade de ter a doença. A única exceção é MPS tipo II, em que apenas a mãe transmite o defeito genético.

Consequências

Os sinais e sintomas da MPS são amplos e podem variar entre utentes e subtipo, podendo incluir: deficiência intelectual, alterações da face, aumento do tamanho da língua, atraso no crescimento com baixa estatura e baixo peso, rigidez das

articulações, deformidades ósseas e distúrbios do fígado, do coração e cérebro.

Curável?

Não há uma terapêutica curativa para a MPS.

Tratável?

Sim. A recente utilização da terapêutica de substituição enzimática com a enzima em falta (consoante o tipo de MPS), tem sido bem tolerada e tem apresentado um bom perfil de eficácia e segurança nos doentes. Esta reposição enzimática pode prevenir que os distúrbios piorem e reverter algumas das complicações. Em casos raros pode também ocorrer um transplante de medula óssea ou um transplante de células-tronco, contudo, tais procedimentos podem acarretar riscos consideráveis.

Prevalência na população

Em Portugal Continental, em 2018, estavam em tratamento 9 utentes com MPS tipo I (Doença de Hurler/Sheie), 9 utentes com MPS tipo II (Doença de Hunter), 3 utentes com MPS tipo IV A (Doença de Morquio), 13 utentes com MPS tipo VI (Doença de Maroteaux-Lamy) e 2 utentes com MPS tipo VII (Doença de Sly).

³³ <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/dist%C3%BArbios-metab%C3%B3licos-heredit%C3%A1rios/mucopolissacaridoses>

³⁴ <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/06/MucopolissacaridosetipoVI.pdf>

15. Doenças Lisossomais - Doença de Niemann-Pick^{35,36}

O que é?

A doença de Niemann-Pick é uma doença genética, rara, crónica, progressiva e neurodegenerativa do grupo das doenças lisossomais de sobrecarga. A doença Niemann-Pick tipo A e tipo B ocorrem quando o corpo não tem as enzimas necessárias para decompor a esfingomielina (tipo de gordura), existindo a sua acumulação no interior das células.

Fatores de risco

A doença de Niemann-Pick é genética, sem fatores de risco externos. Como é uma doença de transmissão autossómica recessiva é preciso herdar mutações de ambos os pais para manifestar a doença.

Consequências

A alteração genética resulta num defeito no transporte intracelular de vários glicolípidos e do colesterol não-esterificado, originando a sua acumulação nos lisossomas de vários tecidos, incluindo fígado, baço e sistema nervoso central, sendo estes lípidos tóxicos para as células.

Os sintomas e a velocidade de propagação da doença de Niemann-Pick tipo C são extremamente variados.

Curável?

Não há uma terapêutica curativa para a Doença de Niemann-Pick.

Tratável?

Depende. Atualmente, não existe tratamento eficaz para pessoas com Doença de Niemann-Pick de tipo A ou B. Para doentes com tipo C leve a moderado, um medicamento chamado Miglustat pode ser uma opção, pois permite estabilizar ou reduzir a progressão dos sintomas neurológicos. O tratamento inclui também medidas de suporte que permitam minimizar as manifestações clínicas e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Prevalência na população

A Doença de Niemann-Pick de tipo C tem uma prevalência na população portuguesa de 2,2 por cada 100 000 nados-vivos. Em 2018, havia 10 utentes em tratamento com a doença de Niemann-Pick tipo C em Portugal Continental.

³⁵ <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/06/NiemannPicktipoC.pdf>

³⁶ https://brainfoundation.org.au/images/stories/applicant_essays/2012_essays/Niemann-Pick_Disease-Grubman.pdf

16. Doenças Lisossomais - Doença de Pompe³⁷

O que é?

A doença de Pompe é uma doença hereditária do grupo das doenças lisossomais de sobrecarga. É uma doença genética, rara, crónica e progressiva, causada pela deficiência de atividade de uma enzima denominada alfa-glucosidase ácida, que existe no interior de um compartimento celular designado de lisossoma. Esta enzima transforma o glicogénio (um açúcar composto, que constitui uma importante fonte de energia da célula) localizado no interior dos lisossomas em glicose. Alterações patogénicas podem levar à ausência ou à diminuição de atividade da alfa-glucosidase lisossomal, com a consequente acumulação de glicogénio.

Fatores de risco

A doença de Pompe é uma doença genética, sem fatores de risco externos. Como é uma doença de transmissão autossómica recessiva, ambos os progenitores serão portadores, sendo que cada um dos filhos tem 25% de probabilidade de ter a doença (para ser doente é preciso herdar mutações de ambos os pais). Os portadores não apresentam sinais de doença.

Consequências

A doença de Pompe é uma doença neuromuscular, cuja gravidade varia com a idade de início de sintomas, a rapidez da sua progressão e envolvimento dos vários órgãos.

A forma infantil desta doença é a mais rara e mais grave, sendo as manifestações clínicas habituais o aumento do coração, fraqueza muscular progressiva, fígado aumentado, língua grande e insuficiência respiratória antes do ano de idade. A forma tardia caracteriza-se por fraqueza muscular progressiva e insuficiência respiratória, sendo que em casos graves pode ser necessário o uso de cadeira de rodas ou ventiladores.

Curável?

Não há uma terapêutica curativa.

Tratável?

Sim. Recentemente tem sido estudada a terapêutica de substituição enzimática com alfa-glucosidase, com resultados promissores e um bom perfil de eficácia e segurança nos doentes. É também elaborado um adequado plano individual, sendo sempre fundamental a total adesão a esse plano por parte do doente tal como a manutenção de um regime nutricional orientado e hábitos de vida saudáveis, de forma a diminuir riscos adicionais.

Prevalência na população

A prevalência desta doença é, em geral, muito baixa. Em Portugal é de 0,17 por cada 100 000 nados-vivos. Em 2018, havia 31 utentes em tratamento em Portugal Continental.

³⁷ <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/06/DoencadePompe.pdf>

17. Perturbações Mentais Graves que causam psicose ^{38,39,40}

O que é a psicose?

A psicose é um conjunto de sintomas que afetam as crenças, pensamentos, sentimentos, e comportamento de uma pessoa. Um episódio psicótico é um período de tempo durante o qual existem sintomas de psicose, que interferem na vida diária e que podem remitir. Existem vários tipos de psicoses, entre elas: psicose esquizofrênica, psicose afetiva e psicose não-orgânica.

A esquizofrenia⁴¹ é um tipo de doença crónica mental que causa alterações no funcionamento cerebral, em que a pessoa não consegue distinguir a realidade da ficção, perdendo, por vezes, o contacto com a realidade.

Psicose afetiva⁴² é um termo utilizado para descrever um transtorno do humor acompanhado por características psicóticas (ex. delírios ou alucinações). A perturbação do humor precede os sintomas psicóticos e os sintomas psicóticos ocorrem apenas durante um episódio depressivo maior ou um episódio maníaco. Os transtornos bipolares são, por exemplo, definidos pela experiência de episódios maníacos e depressivos, sendo por isso considerada como psicose afetiva.

Enquanto a psicose orgânica⁴³ descreve uma função cerebral reduzida devido a doenças que não são de natureza

psiquiátrica (ex. danos no cérebro) e apresentam evidências biológicas da sua existência, a psicose não orgânica⁴⁴ refere-se a um transtorno mental que se apresenta sem dano neurológico, mas com apresentação atípica e causada por fatores psicológicos/ psiquiátricos (exemplos são alguns distúrbios depressivos *major*, distúrbio psicótico breve, psicoses de causa desconhecida não derivada de uma substância ou causa fisiológica conhecida).

Fatores de risco

Vários estudos científicos estão a decorrer nesta área, mas a causa definitiva de psicoses continua por definir. Existe evidência forte de que a psicose é causada por uma combinação de fatores ambientais (como infeções virais do sistema nervoso central ou trauma e negligência na infância), genéticos e patológicos (ex. doença de Alzheimer, Parkinson, cancro no cérebro) que tornam algumas pessoas vulneráveis a sintomas psicóticos. Estes sintomas psicóticos podem também ocorrer como resposta a *stress*, a drogas ou a alterações nas relações sociais.

Consequências

Os sintomas de psicose são: mudanças de humor; alterações de apetite; dificuldades

³⁸ <https://www.webmd.com/schizophrenia/mental-health-schizophrenia>

³⁹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

⁴⁰ https://www.chuc.min-saude.pt/media/Psiquiatria/folheto_psicose.pdf

⁴¹ <https://www.webmd.com/schizophrenia/mental-health-schizophrenia>

⁴² https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/DH-TreatingAffectivePsychosis_v2_0.pdf

⁴³ <https://www.verywellmind.com/organic-mental-disorders-2162516#:~:text=An%20organic%20mental%20disorder%20is,are%20not%20psychiatric%20in%20nature>

⁴⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338913/>

de concentração e memória (ex. pensamentos confusos); perda de energia, desmotivação; alterações do sono; pensamentos muito rápidos ou lentos; mudança nos sentimentos; alucinações e crenças falsas ou delírios. A esquizofrenia pode ser altamente incapacitante. Se não for precocemente detetada e tratada, pode afetar de modo significativo a vida emocional, familiar, social, escolar e laboral do indivíduo.

Curável?

Não, as psicoses não têm cura, embora possam entrar em remissão.

Tratável?

Sim. O tratamento da psicose pode envolver uma combinação de medicamentos (chamados antipsicóticos) e terapia. Os medicamentos reduzem as alucinações e delírios e ajudam as pessoas a pensar com mais clareza. O tipo de antipsicótico prescrito dependerá dos sintomas. E, frequentemente, apenas é necessário proceder ao tratamento com antipsicóticos por um curto período de

tempo para controlar os sintomas, enquanto pessoas com esquizofrenia podem precisar de medicação para o resto da vida.

Prevalência na população⁴⁵

Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte.

As perturbações psicóticas são as mais graves doenças psiquiátricas, pelo que têm elevado impacto na vida dos doentes e suas famílias. A sua prevalência é entre 3% e 4% em Portugal e nelas estão incluídas doenças como a esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar ou algumas formas graves de perturbações depressivas. A esquizofrenia afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas mundialmente (1 em cada 300 indivíduos)⁴⁶. Quanto aos custos envolvidos, no período compreendido entre 2008 e 2015, os custos totais das hospitalizações por esquizofrenia em Portugal ascenderam aos 89,1 milhões de euros⁴⁷.

⁴⁵ <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>

⁴⁶ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

⁴⁷ Coentre, R. and Levy, P. (2020) "Early intervention in psychosis in Portugal: Where are we?," *Acta Medica Portuguesa*, 33(9), pp. 540–542. doi:10.20344/amp.13472.

18. Obesidade e excesso de peso⁴⁸

O que é?

A obesidade é um problema de saúde pública e uma doença crónica. É definida como uma patologia em que o excesso de gordura corporal acumulada pode afetar a saúde. Com origem em diversos fatores, a obesidade requer esforços continuados para ser controlada.

Uma ferramenta que ajuda na deteção de obesidade e excesso de peso é o Índice de Massa Corporal (IMC) que pode ser calculado pela seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso em kg}}{\text{Altura em metros} \times \text{Altura em metros}}$$

Consoante o valor obtido é possível avaliar se o peso se adequa à altura.

- baixo peso $\leq 18,5$
- peso normal = 18,5 – 24,9
- excesso de peso = 25
- pré-obesidade = 25 – 29,9
- obesidade = 30
 - classe 1 = 30 – 34,9
 - classe 2 = 35 – 39,9
 - classe 3 = 40

Fatores de risco

Os principais fatores de risco a combater são o sedentarismo e a alimentação inadequada. Por isso, é importante analisar os estilos de vida e alterá-los, caso necessário.

Consequências

A obesidade e o excesso de peso constituem uma ameaça grave para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, tais como: diabetes *mellitus* tipo 2, doença cardíaca coronária, hipertensão arterial, cancro da mama, morte prematura, insuficiência respiratória, problemas osteoarticulares crónicos, problemas de pele e infertilidade.

Curável?

Sim, ambos podem ser revertidos com alterações de estilos de vida.

Tratável?

Sim. A mudança do estilo de vida, que compreende reeducação alimentar e atividade física, é a base do tratamento clínico da obesidade. Em casos de obesidade mórbida pode também ser necessário proceder a uma intervenção cirúrgica (ex. banda ou bypass gástricos).

Prevalência na população⁴⁹

Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2016, o excesso de peso atinge 34,8% da população portuguesa e a obesidade está presente em 22,3% dos portugueses. O Algarve apresentou a menor prevalência de obesidade (19,2%) a nível nacional, mas em termos de excesso de peso foi a segunda região com maior prevalência (36,3%)

⁴⁸ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#:~:text=%C3%89%20definida%20como%20uma%20patologia,esfor%C3%A7os%20continuados%20para%20ser%20controlada.>

⁴⁹ <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-em-numeros/estado-nutricional/>

19. Doenças que causam infertilidade (inclui informação acerca de Procriação Medicamente Assistida)⁵⁰

O que é?

Embora a infertilidade não seja uma doença, pode ser definida como “o resultado de uma falência orgânica devida à disfunção dos órgãos reprodutores, dos gametas ou do conceito. Um casal é infértil quando não alcança a gravidez desejada ao fim de 1 ano de relacionamento sexual contínuo sem métodos contraceptivos (...), em que a mulher tem <35 anos de idade (6 meses se ≥35 anos de idade), e em que ambos não conhecem qualquer tipo de causa de infertilidade que os atinja. Também se considera infértil o casal que apresenta abortamentos de repetição”.

Fatores de risco

Existem essencialmente três fatores de risco associados à infertilidade: (1) doenças infecciosas, como as infeções sexualmente transmissíveis (IST) ou outras doenças que afetam o aparelho reprodutor; (2) Idade; (3) problemas do foro genético, endocrinológico ou do sistema imunitário.

Consequências

A infertilidade tem impactos sociais negativos significativos na vida dos casais inférteis, e particularmente das mulheres, que frequentemente sofrem violência, divórcio, estigma social, stress emocional, depressão, ansiedade e baixa autoestima.

Curável?

Depende, a infertilidade pode ser curada dependendo da causa.

Tratável?

Sim. O casal com problemas de infertilidade deve consultar um especialista de Procriação (ou Reprodução) Medicamente Assistida (PMA). A PMA engloba o conjunto das técnicas de tratamento de situações de infertilidade conjugal com apoio laboratorial.

De acordo com a legislação portuguesa, as técnicas de PMA são um método subsidiário e não alternativo de procriação. Neste contexto legal, só quando há um diagnóstico de infertilidade, ou no caso de necessidade de tratamento de doença grave ou de risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras, é que se podem aplicar as técnicas de PMA (inseminação intrauterina; fertilização *in vitro*; injeção intracitoplasmática de espermatozoides; transferência de embriões, gametas ou zigotos; diagnóstico genético pré-implantação ou outras equivalentes).

Prevalência na população

A prevalência da infertilidade conjugal é de 15-20% na população em idade reprodutiva.

⁵⁰ <http://www.apf.pt/gravidez-e-parentalidade/se-nao-consegue-engravidar>

20. Perda auditiva⁵¹ (inclui Implantes Cocleares)

O que é?

Na audição normal, o som é captado e enviado até ao tímpano, cuja vibração é convertida em impulsos elétricos. Estes, por sua vez, são enviados para o cérebro através do nervo auditivo. No caso de perda auditiva coclear ou neurossensorial, as células sensoriais da orelha interna (células ciliadas) estão muito danificadas ou são insuficientes para garantir a audição, sendo que as células do ouvido interno não permitem que os sinais acústicos (vibração) sejam convertidos em impulsos elétricos.

Fatores de risco

Existem essencialmente sete fatores de risco para a perda auditiva: (1) exposição prolongada a sons intensos; (2) medicamentos tóxicos para a audição (alguns tipos de antibióticos e quimioterápicos); (3) hereditariedade; (4) alterações metabólicas; (5) doenças durante a gestação (ex. rubéola, sífilis); (6) doenças infecciosas agudas por vírus e bactérias (ex. meningite e sarampo); e (7) estilos de vida não saudáveis.

Consequências

Os problemas causados pela perda auditiva vão muito para além do facto de os indivíduos deixarem de ouvir corretamente, tendo efeitos importantes na vida quotidiana e gerar a sensação de isolamento.

Curável?

Dependendo da causa e severidade da deficiência auditiva, a perda de audição pode ter cura após tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Porém, muitos casos de perda auditiva profunda não têm cura e o tratamento envolve a compensação da deficiência auditiva com aparelhos auditivos e tecnologias auxiliares (ex. implantes cocleares).

Tratável?

Sim. De acordo com a severidade da perda auditiva, o tratamento adequado pode ir de próteses auditivas convencionais a implantes. Em determinadas situações a terapêutica é efetuada com recurso a implantes cocleares, necessitando de intervenção cirúrgica. O implante coclear é um aparelho que transforma os sons e ruídos em energia elétrica capaz de estimular o nervo coclear, desencadeando uma sensação auditiva no indivíduo. Esta técnica provou ser eficaz no tratamento de casos de surdez neurossensorial severa a profunda, podendo ser colocado de forma unilateral ou bilateral, consoante indicação médica.

Prevalência na população⁵²

Em Portugal há cerca de um milhão de pessoas com perda auditiva. Cerca de 1 300 implantes cocleares foram realizados pelo SNS até ao momento.

⁵¹ <https://www.cuf.pt/mais-saude/perda-auditiva-conheca-os-implantes-mais-eficazes>

⁵² <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/08/30/surdez-implantes-cocleares/>