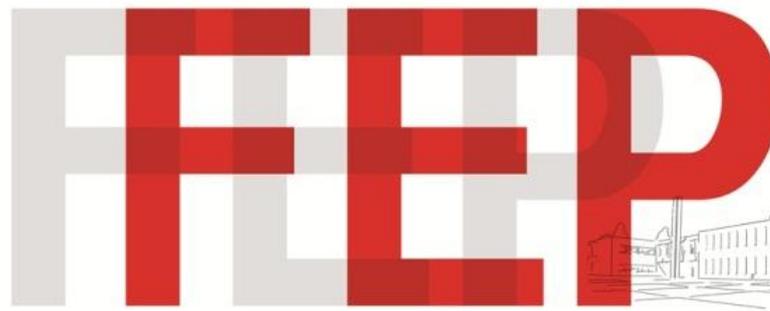


U. PORTO



ECONOMIA E GESTÃO

TESE DE MESTRADO

Leonor Paula Soares Nogueira
110484019 - MEGSS

Setembro 2014



TESE DE MESTRADO

Leonor Paula Soares Nogueira
110484019 - MEGSS

Setembro 2014

Orientador de tese: Prof. Álvaro Almeida

CUSTOS DOS UTENTES NÃO URGENTES NO SERVIÇO DE URGENCIA HOSPITALAR

INDICE

1 - INTRODUÇÃO	11
2 - MOTIVAÇÃO.....	19
2.1 - Motivação Pessoal.....	19
2.2 - Motivação Científica	19
3- ESTADO DA ARTE	21
4- FINANCIAMENTO	23
5 - CUIDADOS HOSPITALARES	37
5.1 - Portugal.....	37
6 - SERVIÇOS HOSPITALARES	45
6.1 - Reino Unido.....	47
6.2 - Espanha.....	48
6.3 - Alemanha	50
6.4 - Bélgica	51
7 - METODOLOGIA.....	54
8 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
8.1 - Base de dados e enquadramento institucional.....	56
8.2 - Identificação e descrição das variáveis.....	58
9 - ANALISE	62
10 - CONCLUSÃO.....	78
11 - BIBLIOGRAFIA.....	83

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico - 1.....44

INDICE DE GRAFICO DE TABELAS

Tabela 1: <i>Tipologia de cuidados</i>	28
Tabela 2: <i>Tipologia de cuidados</i>	28
Tabela 3: <i>Evolução dos valores das taxas moderadoras para os serviços nas instituições do SNS</i>	42
Tabela 4: <i>Expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres em 2012</i>	55
Tabela 5: <i>Distribuição relativa de episódios de urgência por mês, cor e custo médio</i> ..	55
Tabela 6: <i>Distribuição relativa de episódios de urgência por mês, cor, género e idade</i>	62
Tabela 7: <i>Distribuição relativa de episódios de urgência por mês, cor e custo médio</i> ..	64
Tabela 8: <i>Especialidades10+, Janeiro 2012, cor verde</i>	65
Tabela 9: <i>Especialidades10+, Abril 2012, cor verde</i>	67
Tabela 10: <i>Especialidades10+, Junho 2012, cor verde</i>	67
Tabela 11: <i>Especialidades10+, Janeiro 2012, cor azul</i>	68
Tabela 12: <i>Especialidades10+, Abril 2012, cor azul</i>	68
Tabela 13: <i>Especialidades10+, Junho 2012, cor azul</i>	69
Tabela 14: <i>Diagnosticos10+, Janeiro 2012, cor verde</i>	69
Tabela 15: <i>Diagnosticos10+, Abril 2012, cor verde</i>	70
Tabela 16: <i>Diagnosticos10+, Junho 2012, cor verde</i>	70
Tabela 17: <i>Tempo médio de espera para observação médica</i>	71
Tabela 18: <i>Diagnosticos10+, Janeiro 2012, cor azul</i>	71
Tabela 19: <i>Diagnosticos10+, Abril 2012, cor azul</i>	72
Tabela 20: <i>Diagnosticos10+, Junho 2012, cor azul</i>	72
Tabela 21: <i>Produtos farmacêuticos, 10+ Janeiro 2012 cor verde</i>	73
Tabela 22: <i>Produtos farmacêuticos, 10+ Abril 2012 cor verde</i>	73
Tabela 23: <i>Produtos farmacêuticos, 10+ Junho 2012 cor verde</i>	74
Tabela 24: <i>Material de consumo clinico 10+ Janeiro 2012, cor verde</i>	74

Tabela 25: <i>Material de consumo clinico</i> 10+, Abril 2012, cor verde.....	75
Tabela 26: <i>material de consumo clinico</i> 10+, Junho 2012, cor verde.....	75
Tabela 27: <i>Produtos farmacêuticos</i> 10+, Janeiro 2012, cor azul.....	76
Tabela 28: <i>Produtos farmacêuticos</i> 10+, Abril 2012, cor azul.....	76
Tabela 29: <i>Produtos farmacêuticos</i> 10+, Junho 2012, cor azul.....	77

RESUMO

A necessidade premente em manter o Serviço Nacional de Saúde sustentável é uma das grandes preocupações, que a todos deve alertar. A afluência sem regras aos serviços de urgência hospitalar é uma questão que causa apreensão a nível económico-financeiro. Cooperar para este fato, a mentalidade da população Portuguesa, que acredita que este serviço consagra mais facilidades de acesso nas 24 horas em que esta em funcionamento, dispõe de mais recursos humanos e tecnológicos e fornece cuidados de saúde de qualidade. Foram tomadas medidas preconizadas, como o agravamento sucessivo das taxas moderadoras, para tentar travar este fenómeno, mas tal fato não se verificou, da forma que o Estado estava á espera. Embora se refira que houve uma diminuição dos episódios de urgência em cerca de 10%, em Portugal, estudos apontam para que cerca de 30-35% de episódios são considerados pouco urgentes ou não urgentes. È indispensável que não só se enfatizem as novas medidas, como se informe e eduque a população com vista à correta utilização dos serviços de urgência hospitalares, dos custos que acarretam para todos os contribuintes o seu uso indevidamente, através de campanhas de sensibilização positiva. È necessário informar os utentes que nos cuidados de saúde primários se praticam cuidados de qualidade. Estimular as mulheres que acorrem em maior numero ao serviços de urgência hospitalar que a consulta com o seu médico assistente tem benefícios e que não tem necessidade de recorrer ao serviço de urgência hospitalar por sintomas que podem ser tratados de forma mais personalizada no Centro de Saúde onde esta inscrita. Com a diminuição dos utentes pouco urgentes e não urgentes que são admitidos nos serviços de urgência hospitalares, a qualidade e eficiência dos cuidados aumentaria, os recursos financeiros que são gastos nestes utentes podem ser alocados em outras áreas do hospital. Os recursos humanos poderiam ser distribuídos de forma diferente. O financiamento / os contratos programa das instituições de saúde certamente que poderiam também ser diferentes para que este fosse um passo importante para a sustentabilidade do SNS, embora existem outros fatores onde possam ocorrer alteração com o mesmo objetivo.

PALAVRAS-CHAVE: serviço de urgência, sustentabilidade, financiamento

ABSTRAT

The pressing need to maintain a sustainable National Health Service is a major concern that everyone should be aware of.

The inflow without rules to Hospital Emergency Department is a problem that causes apprehension at economic and financial level.

Cooperates to this fact the Portuguese mentality that believes this service devotes more access facilities in the 24 hours that is running, that has more human and technological resources and provides quality health care.

Measures advocated as successive increase of users fees have been taken to curb this phenomenon but this has not been forthcoming the way that the Government was waiting.

Although it should be noted that there was a 10% reduction in episodes of urgency in Portugal, studies indicate that approximately 30-35% of episodes are considered low or non-urgent.

It is essential that not only emphasize the new measures but also inform and educate the population for correct use of Hospital Emergency Services and the cost implied for all taxpayers for their use improperly, through the positive awareness campaigns.

It is necessary to inform users that Primary Health Care is quality care practice.

Encourage women who flock in larger numbers to Hospital Emergency Department that the consultation with their doctor has benefits and there is no need to resort to the Hospital Emergency Department for symptoms that can be treated in a more personalized way at Primary Care Units.

With decreasing low or non-urgent users who are admitted to Hospital Emergency Department, the quality and efficiency of care increases, the financial resources that are spent in these users can be allocated to other areas. The human resources could be distributed differently.

Funding/contracts program of health institutions could certainly be different in a way that could assure the sustainability of the National Health System, although there are other factors that could influence this same goal.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde, IP
- ARS** - Administração Regional de Saúde
- ARSLVT** – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo
- CNRRNEU**- Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
- CP** – Contrato-Programa
- CRP** - Constituição da República Portuguesa
- CS** - Centro de Saúde
- CSP** - Cuidados de Saúde Primários
- DGS** - Direção Geral da Saúde
- DL** - Decreto-Lei
- EPE** – Entidade Empresarial do Estado
- ERS** - Entidade Reguladora da Saúde
- GDH** – Diagnostico Hospitalar
- MCC** – Material de Consumo Clinico
- MCDT** - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- MCSP** - Missão para os Cuidados de Saúde Primários
- MoU** – Memorando de Entendimento
- OCDE** - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
- OGE** - Orçamento Geral do Estado
- PIB**- Produto Interno Bruto
- SIARS** - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
- PF** – Perfil Farmacológico
- SNS** - Serviço Nacional de Saúde
- SU** – Serviço de Urgência
- ULS** – Unidade Local de Saúde
- USF** – Unidade Saúde Familiar
- EU** – União Europeia

1 - INTRODUÇÃO

Avaliação dos custos para os hospitais que causam os utentes não urgentes ou seja triados com a prioridade Verde e Azul, pela triagem de Manchester.

O Centro Hospitalar de São João está a receber neste ano de 2014 em média mensal, até ao final do mês de Agosto, 12 884 utentes admitidos no Serviço de Urgência (SU), sendo que aproximadamente 1/3, são triados com prioridade pouco urgente (verde) ou não urgente (azul), pela escala de Prioridades de Triagem de Manchester que seleciona os utentes por gravidade de sintomas, para avaliação médica. O processo da triagem de prioridades requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação por parte dos profissionais que a executa.

Evidências sobre a eficiência e segurança do Protocolo de Manchester:

Does the Manchester triage system detect the critically ill? Cooke MW, Jinks S, J Accid Emerg. Medicine 1999; Validation of physiological scoring system in the A& E department-Subbe CP, Slater A, Menon D, Gemmel L-Emerg Med Journal, 2006;

Detecting High risk patients with Chest pain-Speak D, Teece S, Mackway-Jones K-Emergency nurse 2003;

Is Manchester (MTS) more than a triage system? Studying it's association with death and admission in a large Portuguese Hospital-BMJ (no prelo);

Reliability and validity of Manchester Triage system in a general emergency department patient population in the netherlands: results of a simulation study-Emergency Medicine Journal 2008.

O uso excessivo de episódios de urgência e a despesa em saúde cada vez mais elevada em termos reais, a um ritmo médio anual de 5,3%, leva a que se pense de forma quase que inadiável a toma de medidas para a sustentabilidade do SNS. Daí a importância deste tipo de estudo.

Num estudo de mestrado de Mafalda Gomes (2013), sobre o uso abusivo dos utentes ao Serviço de urgência, entre outros pontos “*avaliou hora e data dos episódios, de forma a que se cruzem informações em termos de horário de funcionamento dos SU*

e Centros de Saúde (CS). verificou-se que a maior afluência é durante a semana (79%) e durante o dia (71,75%,. este fato espelha que a população prefere claramente recorrer aos SU do que aos CS, quer pelas crenças..., quer por questões de facilidade de acesso”.

A introdução de taxas moderadoras, representava para os seus defensores Lagaarde e Palmer (2006), uma forma de: (1) desmotivar o consumo dispensável de serviços de saúde e naturalmente com isso podia aumentar a eficiência no consumo; (2) contribuir para o financiamento do sistema e, dessa forma, engrandecer a qualidade dos serviços de saúde; (3) aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde por parte de famílias e indivíduos com capacidade financeira diferente.

O Centro Hospitalar de São João – Porto, recebeu em taxas moderadoras pagas pelos utentes no momento do episódio de urgência no ano de 2011, **379 433,86€** em que a taxa base de uma urgência simples era de **9,60€**, e o número de episódios de urgência foi de **159.077**, no ano de 2012, recebeu **646 749,69€** com a taxa base de uma urgência simples era de **20,00€**, em que o número de episódios foi de **134.306** e no ano de 2013, recebeu **634 226,59€** com o preço da taxa base de uma urgência simples é de **20,60€** a partir do dia 21 de Janeiro com número de episódio de **147.297**.

Enquanto, que no ano de 2012 o valor das taxas recebidas se aproxima da duplicação do valor relativo a 2011, a mesma relação não pode fazer no ano de 2013 em relação ao ano de 2012, em que recebeu um valor inferior em taxas moderadoras e sendo o número de utentes superior. Levanta-se aqui uma questão: Quais as razões que levaram a uma receita inferior de taxas moderadoras no ano de 2013, sendo o número total de utentes superior a 2012?

As necessidades de saúde de um povo, seja de que país for, manifestam-se em procura de assistência de saúde, o que a semelhança de outros fatores, origina crescentes volumes de gastos neste setor.

Portugal adotou o sistema Beveridgiano, em que o seu autor propôs que todo o cidadão que se situe na faixa etária laboral deve pagar uma contribuição semanal ao Estado. Esse dinheiro seria depois usado como subsídio para doentes, desempregados, reformados e viúvas. Os subsídios deveriam então tornar-se um direito dos cidadãos, em troca de

contribuições, em vez de pensões dadas pelo Estado. Segundo Beveridge, este sistema permitiria um nível de vida mínimo, abaixo do qual ninguém deveria viver. O sistema Beveridge é visto como o responsável pelo aparecimento do plano da assistência social contemporâneo.

Em 1979, Portugal adquiriu condições políticas para a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), que ainda existe hoje mas como muitas alterações ao longo dos anos.

Neste contexto as alterações mais profundas quanto ao financiamento do sistema de saúde foram verificadas no sistema hospitalar, principalmente após 1971, quando se verificou uma modernização da economia e da sociedade portuguesa. Inicialmente foram os hospitais das Misericórdias que foram nacionalizados, integrando-se os Centros de Saúde com postos médicos dos Serviços Sociais para posteriormente e com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, se verificar uma autonomia administrativa e financeira dos hospitais do SNS. O que inicialmente era um serviço de saúde gratuito, hoje é um serviço de saúde tendencialmente gratuito. O SNS é financiado pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), e o acesso aos cuidados de saúde primários e aos hospitais passa a ser tendencialmente gratuito, exigindo-se o pagamento de uma taxa moderadora em ambos os casos. Existem algumas exceções na lei para a cobrança das referidas taxas moderadoras. A introdução da cobrança de taxas moderadoras quer nos hospitais quer nos CSP, deve-se ao fato de existir um forte desequilíbrio nas contas do SNS e conseqüentemente nas contas das instituições de saúde.

Nas últimas décadas esse sistema sofreu muitas alterações, tudo devido às transformações sentidas em muitos países, principalmente pela evolução socioeconómica. Nas últimas décadas, nos países da UE e na OCDE, a os gastos com a saúde no PIB têm revelado aumentos significativos. Esta tendência de engrandecimento tem sido mais acentuada em Portugal do que na média desses países, principalmente pela influência do crescimento da vertente publica de gastos nas várias componentes da saúde. De acordo com Barros (2009), cerca de 70% dos hospitais que pertencem ao SNS, tem um consumo muito acentuado desses gastos, principalmente ao nível dos recursos humanos, tecnológicos e farmacológicos.

È cada vez mais importante ter presentes os processos tecnológicos e científicos que se assumem como verdadeiros e indiscutíveis fatores de produção e de mudança, desencadeando fenómenos que interagem na criação de novos contextos sociais, económicos e culturais, daí decorrendo novas mentalidades e diferentes padrões de comportamento.

Com a evolução da sociedade, e com mais visibilidade nos países que se encontram em crise económica, (países do sul da Europa), um dos traços mais significativos dessas alterações está relacionado com o modo e os estilos de vida das populações, que tem sofrido variadas mutações. Não existem dúvidas que as crises económicas e financeiras dos países, afetaram a saúde das populações por variados mecanismos e com intensidade distinta, em função da sua capacidade de resposta. Todos nos debatemos diariamente com situações de saúde problemáticas que urgem ser resolvidas em tempo útil, e que, para quem está a vivenciar o problema, procura a resolução imediata, e mais acessível daí procurarem os Serviços de Urgência Hospitalar, que estão abertas 24 horas e que são dotados de meios humanos, tecnológicos e terapêuticos, sem necessitarem de mais gastos em tempo e de dinheiro.

Os gastos em saúde continuam a aumentar, como já foi referido, a nível nacional e internacional, embora esse aumento tenha sofrido alguma redução nos últimos 2 anos, devido às medidas de contingência instituídas por cada governo em crise. Em Portugal, entre 2010 e 2013 essa redução refletiu-se principalmente no controlo da despesa com medicamentos e salários, sendo a despesa do SNS nessa área reduzida em 571 milhões de euros. Dados da OCDE de 2006, projetavam as despesas publicas com a saúde no período de 2005/2050, se não fossem tomadas todas as medidas necessárias para a contenção de gastos com a saúde a percentagem no PIB, quase duplicaria. Estes dados referem-se não só a Portugal, bem como aos valores médios da OCDE. Esses gastos, referem-se essencialmente a recursos cada vez mais escassos. Torna-se necessário promover a educação para a saúde e se racionalize os recursos em saúde de forma racional. Esta problemática tem sido de tal importância, que existem várias organizações/instituições internacionais que estudam os vários modelos de financiamento da saúde, no sentido de apurar os fatores que estão na origem desta situação financeira. Os panoramas que se podem estabelecer mediante as respostas que

os governos conseguem encontrar, traduzem-se na elaboração de algumas recomendações para que os gastos em saúde possam ser controlados. Nas já referidas projeções para 2050 a nível da União Europeia o aumento dos gastos é de 1 a 2% do PIB dos estados.

No relatório mundial de saúde de 2010 dedicado ao financiamento dos sistemas de saúde e á cobertura universal, a OMS expõe orientações gerais para que os países evoluam para uma cobertura universal e mostra formas de financiamento para os Cuidados de Saúde, num contexto caracterizado por custos crescentes devido principalmente ao envelhecimento global da população, ao crescimento das doenças crónicas, á continua inovação tecnológica e ainda á crise económica.

Esta organização encontra 3 barreiras importantes á cobertura universal.

- Disponibilidade de recursos (que são cada vez menores em grande parte dos estados).
- Dependência excessiva de pagamentos diretos dos utentes (co-pagamentos) – Usados devido á escassez de recursos económicos.
- Uso ineficiente e desigual de recursos – 20 a 30% dos recursos que são direcionados para a saúde são desperdiçados.

Os estados necessitam de uma gestão de saúde rigorosa em todas as suas instituições e com sentido de inovação permanente de forma a tornar-se cada vez mais eficazes e eficientes de modo a responder todas as solicitações dos utentes que a ele recorram.

Em Portugal, a despesa pública em saúde tem apresentado uma tendência crescente desde a década de 70. A despesa total em saúde entre 1970 e 2008, cresceu a uma taxa anual média de 7%, que foi acompanhada por uma despesa per capita de 6.4%. Estes aumentos levaram a um crescimento da despesa no consumo total de recursos na economia.

As despesas em saúde no PIB, passaram de 2,4% em 1970, para o valor de 10.7%, em 2010.

No período de 2011 e 2012, a despesa corrente com a saúde decresceu a um ritmo muito superior ao do PIB (-2,1% em 2011 e -3,6% em 2012). Para 2013, projetava-se que a despesa corrente tenha uma tendência de diminuição, enquanto o PIB registou um

crescimento de 0,9%. Em termos acumulados, e relativamente a 2010, a despesa corrente em saúde apresentou uma diminuição superior em 8,5 p.p. (pontos percentuais) à do PIB.

No ano de 2013, de fato a despesa corrente em saúde manteve uma tendência de diminuição (-2,1%), embora menos acentuada que o verificado em 2011 que foi de (-5,2%) e 2012 (-6,6%). Verificando em percentagem do PIB, a despesa corrente em saúde caracterizou-se por 8,9% em 2013. A evolução da despesa corrente pública levou a uma diminuição de 1,1% em 2013, após se terem verificado reduções significativas em 2011 (-8,2%) e 2012 (-9,9%). A despesa corrente privada averbou aumentos moderados em 2011 (+1,8%) e 2012 (+0,5%), estimando-se um decréscimo de 3,9% para o ano de 2013.

Na execução económico-financeira do SNS, verifica-se que 56% dos custos são resultantes da atividade dos hospitais, principalmente os hospitais EPE. Na ARS, onde está presente a atividade dos cuidados de saúde, estes representam 42% dos custos. Os maiores gastos são no fornecimento e serviços externos e os custos os recursos humanos.

Com referência ao Regulamento do Conselho (UE) n.º 407/2010 de 11 de Maio de 2010, que estabelece o Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira (European Financial Stabilisation Mechanism — EFSM) e, em particular, o Artigo 3(5) do mesmo, o presente Memorando de Entendimento descreve as condições gerais da política económica tal como contidas na Decisão do Conselho [...] de [...] sobre a concessão de assistência financeira da União Europeia a Portugal.

Antes da assinatura deste MoU, Portugal cumpriu as ações prévias (prior actions) fixadas no Memorando de Políticas Económicas e Financeiras (Memorandum of Economic and Financial Policies – MEFP), que estão também incluídas neste MoU.

A Decisão faz também depender os desembolsos adicionais de uma conclusão positiva das avaliações.

...

1.10. Controlar os custos no sector da saúde, com base nas medidas detalhadas adiante no ponto sobre “Sistema Nacional de Saúde”, obtendo poupanças de 550 milhões de euros.

No Relatório do Tribunal de contas 2014 e referindo-se á perspectiva de sustentabilidade - ganhos de eficiência, no seu Relatório de Auditoria n.º 16/2013 - 2.ª S, respeitante à “Auditoria orientada à consolidação de contas e análise à situação económico-financeira do SNS – 2011” alertou para o acentuar da “(...) *debilidade da estrutura de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, revelado pelo rácio de autonomia financeira (29,7% em 2009, 18,5% em 2010 e 8,5% em 2011)*” e que, neste sentido, “É *expectável que no futuro sejam necessários novos programas de regularização extraordinária de dívidas ou aumentos do capital estatutário*” e que “*Os Fundos Próprios do Serviço Nacional de Saúde têm vindo a diminuir devido aos elevados prejuízos anuais registados*”

Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.

A conciliação e a complementação são urgentes e possíveis: a par de uma atividade profissional desgastante da nossa sociedade, que se reflete negativamente nos hábitos diários, devem criar-se situações que permitam e favoreçam a prática de atividades, que promovam a saúde das populações.

Uma sociedade marcada, essencialmente, pela prática de atividade humana com fins lucrativos não pode descurar a saúde dos seus indivíduos, sob pena de ditar o seu fim precoce.

Os custos económicos e sociais de hábitos de sedentarismo generalizado são demasiado pesados para a sociedade. A sociedade são os indivíduos, a sociedade atual exige a tomada de decisões e a responsabilização de todos os seus elementos, quer se trate de órgãos sociais ou indivíduos em particular. A escola, a família, os grupos etários, os grupos ideológicos deverão envolver-se no processo de alternativas que permitam mudanças ao nível das práticas humanas.

Ainda que ao Estado comportem responsabilidades pelo bem-estar do coletivo, não deve ser ele a assumir um papel protecionista que impeça que a cada um de nós pertença

também um papel relevante e significativo no sentido de encontrar soluções para os problemas que se iniciam como particulares e se transformam, rapidamente, em coletivos em todas as sociedades, onde estão inseridas

2- MOTIVAÇÃO

2.1- Motivação Pessoal

Como enfermeira do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de São João, atenta á realidade dos utentes que recorrem a esta instituição, verifico uma percentagem elevada de utentes que acedem a este serviço sem motivo que justifique, provocando uma sobrelotação nesta unidade hospitalar. Esta realidade, poderá provocar ineficiência e diminuição da qualidade na prestação de cuidados aos utentes que efetivamente necessitam de recorrer as urgências hospitalares, pela incapacidade de observar os utentes em tempo adequado. Todos temos direito á saúde e de receber cuidados de saúde de que necessitamos, mas nos locais certos em função das necessidades apresentadas. È urgente que as populações sejam devidamente informadas dos gastos associados ao serviço de urgência hospitalar, dos custos que o SNS tem com a saúde das populações, dos recursos que cada utente mobiliza quando se desloca a um serviço de urgência hospitalar. A minha motivação pessoal está relacionada com os argumentos supracitados, no sentido de perceber melhor quais os custos associados à prestação dos serviços de urgência no Hospital de S. João Porto.

2.2 - Motivação Científica

A despesa pública, que é obtida principalmente de impostos (cerca de 90%), inclui o financiamento da prestação de cuidados de saúde diretos no interior do SNS e subsídios para os subsistemas de saúde no caso dos funcionários do setor público.

Com o aumento da despesa total em saúde já referenciada anteriormente, fica a todos a preocupação de saber se o Ministério da Saúde irá dispor no futuro, não muito longínquo, de poder financeiro para assegurar o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.

Saber quais as medidas que deverão ser tomadas, para manter esse poder financeiro e manter verídico o que diz o Artigo nº 64 da nossa constituição- *“Todos tem direito á proteção da saúde e o dever de a defender e promover.”” há que definir quais os recursos disponíveis e quais as possibilidades de utilização que esses recursos delimitam. Escolher significa selecionar uma utilização de recursos que esteja dentro do conjunto de possibilidades”*.

A sustentabilidade financeira do sistema do Serviço Nacional de Saúde, a todos preocupa, mas continuamos, sem respostas credíveis e aplicáveis, para que a sustentabilidade deixe ser problema.

Quando se fala do princípio do utilizador / pagador, ele deve ir mais além do que se faz atualmente, que é o caso da aplicação de taxas moderadoras no momento do consumo de cuidados de saúde. Elas podem trazer mais rendimentos para o SNS, mas o que se tem verificado é que não é suficiente, para impedir os utentes, não urgentes de recorrer às nossas unidades hospitalares. Existe a necessidade de os utentes tomarem consciência dos custos dos cuidados em saúde e fazerem a sua opção de livre escolha, mas sabendo que se não for adequada tem que pagar ou recorrer aos Cuidados de Saúde Primários, que tem menos custos para o próprio utente e para o SNS. Estes, por sua vez, também têm que tomar medidas de várias ordens para que os utentes optem por escolhe-los em detrimento das urgências hospitalares.

3 -ESTADO DA ARTE

O sistema de saúde em Portugal é constituído por uma rede de prestadores de cuidados de saúde públicos, privados e por diversos sistemas de financiamento. Identificam-se três tipos de cobertura de cuidados em saúde: o SNS, (é financiado sobretudo por impostos gerais, os recursos dos subsistemas advêm das contribuições obrigatórias de empregadores e empregados), subsistemas públicos de saúde (contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são compulsórias dentro do grupo profissional abrangido) e privados de saúde (contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são compulsórias para os trabalhadores da empresa (ou grupo de empresas) e ainda por seguros de saúde privados que os indivíduos adquirem de forma voluntária (as contribuições são calculadas de acordo com o risco individual ou de grupo), seguro social (contribuições são realizadas, usualmente de acordo com o rendimento e a gestão dessas contribuições é assegurada por fundos próprios. Segundo Barros e Simões (2007), no ano de 2004, o financiamento, publico português representava 71.2%, da despesa total em saúde em que 57.6%, esta relacionado com o SNS e 7.0% esta relacionado com os subsídios aos subsistemas públicos. A despesa privada é constituída pela parte da despesa que não é reembolsada pelos sistemas de saúde e por pagamentos diretos e cargo dos utentes e pelos prémios de seguro de saúde, embora em menor valor. Para Pita Barros (2011) Saúde em análise uma visão de futuro da Deloitte), refere que *“o setor da saúde tem como uma das suas características essenciais a presença de um triangulo (quase passionnal) entre cidadãos, entidade (s) financiadora(s) e prestadores de cuidados de saúde. De um modo simplificado, o cidadão paga á(s) entidade(s) financiadora um valor de modo regular para que quando necessitar de cuidados de saúde, essa entidade assuma o respetivo encargo financeiro. O prestador de cuidados de saúde, neste triângulo, presta cuidados de saúde necessários aos cidadãos e em contrapartida são pagos pela entidade financiadora. Por seu lado, a entidade financeira tem dois papeis a cumprir. Primeiro, tem uma missão de recolher fundos junto dos cidadãos. Segundo, tem a função de pagar aos prestadores. Os fundos que obtém na primeira função têm que ser suficientes para assegurar a segunda.”*

4 - FINANCIAMENTO

O financiamento público dos cuidados de saúde, continua a ser o modo mais frequentemente utilizado internacionalmente para possibilitar o acesso aos cuidados médicos indispensáveis para uma grande maioria da população, independentemente se é de um país mais ou menos desenvolvido. Esta situação leva a dois “problemas”, primeiro, os indivíduos não estão sensibilizados para as despesas e por isso não são impedidos de procurar mais cuidados além do necessário e os prestadores são estimulados a retribuir a essa procura principalmente quando a honorários variam em função da sua atividade. Depois, os poderes públicos são chamados a desempenhar um papel de moderador. Mas também aqui se encontram problemas pelo facto dos interesses dos consumidores e dos produtores que se opõe a essa moderação.

Existem por isso muitos desafios na área do financiamento que devem preocupar a todos os cidadãos, mas principalmente a quem tem o poder de gerir os recursos de saúde que são cada vez mais escassos. Deverá haver um maior controlo por parte de todos para que não continue a aumentar sem reservas a despesa em saúde. Quem gere instituições de saúde, deverá preocupar-se em conseguir ser eficiente com os recursos disponíveis. Principalmente a nível dos cuidados de saúde primários, procurar cada vez mais fazer educação para a saúde de forma a prevenir a doença. Todos os profissionais de saúde sem exceção deverão satisfazer as necessidades do cidadão quando procura cuidados de saúde mas no local indicado em função das suas necessidades clínicas. A contratualização pode ser uma das chaves para a diminuição do problema do crescimento da despesa da saúde. No contexto público a contratualização é formalizada através de um Contrato Programa celebrado entre o ministério da saúde que fixa objetivos por linha de produção e prevê que o pagamento seja feito com base na atividade realizada pela instituição.

- **Artigo 146.º ao Artigo 152.ºc Contratos-programa na área da saúde,**

Orçamento do Estado para o ano de 2013; Artigo 146.º

Contratos-programa na área da saúde

1 - *Os contratos-programa a celebrar pelas administrações regionais de saúde, I*

P. (ARS, I.P.), com os hospitais integrados no SNS ou pertencentes à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, nos termos do n.º 2 da base XII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e do n.º 2 do artigo 1.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado em anexo à Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, bem como os celebrados com entidades a integrar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito do funcionamento ou implementação da RNCCI, são autorizados pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde, da solidariedade e da segurança social e podem envolver encargos até um triénio.

2 - O disposto no número anterior é aplicável aos contratos-programa a celebrar pelas ARS, I.P., e pelo ISS, I.P., com entidades a integrar na RNCCI, no âmbito do funcionamento ou implementação da mesma, sendo autorizados pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde, da solidariedade e da segurança social. ...

4 - O contrato-programa a celebrar entre a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), e a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., relativo aos sistemas de informação e comunicação e mecanismo de racionalização de compras a prover ao SNS, fixa os encargos com esta atividade até ao limite de um triénio, mediante aprovação dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sendo-lhe aplicável o disposto no número anterior.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS *Proposta de Lei n.º 176*

5 - Fora dos casos previstos nos números anteriores, os contratos dos centros hospitalares, dos hospitais e unidade locais de saúde com natureza de entidade pública empresarial passam a estar sujeitos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas. Artigo 147.º

Alguns autores Ferreira e Cardoso (2012) defendem que existem alguns fatores que são importantes no financiamento dos contratos programa como o caso do ajustamento da casuística (case mix), ou seja a maior ou menor complexidade dos utentes tratados e o ajustamento pelo peso da estrutura dos hospitais.

“ É incontestável que um hospital universitário, diferenciado, com urgência polivalente carteira de serviços diversificada, disponibilidade dos meios tecnológicos mais avançados e estrutura relevante em termos de recursos humanos e de produção não é semelhante a um pequeno hospital distrital, indiferenciado com urgência básica, carteira de serviços limitada e indisponibilidade de meios tecnológicos mais complexos, com pequena estrutura e staff técnico reduzido volume de produção em termos comparativos (...) pag. 4

Partindo da melhor informação disponível identificam-se os efeitos que condicionam os custos, reduzem-se esses fatores a um subconjunto de fatores que em termos econométricos, tem maior poder explicativo e a partir daí procede-se aos agrupamentos das entidades que constituem o universo hospitalar em grupos homogêneos. Esta metodologia garante que os grupos de financiamentos traduzam uma relação de similitude entre as instituições que os compõem e permitam a comparabilidade na análise do seu desempenho e em termos da sua eficácia relativa pag. 5

O financiamento hospitalar português faz-se várias formas em função do contrato que estabelece com o ministério da saúde. No contrato programa que foi definido para 2011 e na sua cláusula 3º referente aos custos fixos e produção marginal menciona o seguinte:

1- Sempre que os volumes de produção realizada pelo Hospital na Urgência forem inferiores aos contratados, o SNS assume o pagamento de cada unidade não produzida pelo preço de 27.5% do preço contratado, valor correspondente a 50% dos custos fixos associados a esta produção

2 – Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção

3- Se o volume de produção realizada pelo hospital for superior ao volume contratado, o SNS assume o pagamento de cada unidade produzida acima desse volume, até ao limite máximo de 10%, ao preço marginal que corresponde a: 44% do preço contratado para internamento de GDG médicos e de GDH cirúrgicos urgentes; a 58% do preço contratado para a consulta; a 45 % do preço contratado para urgência e a 75% do preço contratado para o hospital de dia.

Entretanto no contrato programa para 2012, verificaram-se algumas alterações quanto á definição de preços e fixação de objetivos para a saúde:

- *Incentivos á melhoria da qualidade e eficiência aumentam de 2.7% para 4%;*
- *A produção a contratar considera a atividade relativa aos utentes do SNS, incluindo os beneficiários da ADSE, SAD da GNR, PSP e ADM das forças armadas;*
- *Simultânea dos grupos de financiamento hospitalar e da tabela de preços de contrato-programa*
- *SIGIC: Hospitais de origem responsabilizados financeiramente pelas transferências par o setor convencionado*
- *Eliminação do pagamento de 50% dos custos fixos da produção contratada e não realizada na urgência.*
- *Pagamento da verba de convergência mediante o cumprimento do plano de ajustamento*

No contrato programa de 2013 verificou-se que para os Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), tinham de dar cumprimento ao disposto na alínea b) do nº 1 do artigo 10º da Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, que antevia a celebração de contratos-programa (CP) com as Administrações Regionais de Saúde, em que eram decididos os objetivos a atingir e acordados com o ministério, e ainda os indicadores de atividade que possibilitavam avaliar o desempenho das respetivas unidades.

O Contrato-Programa 2013-15 afigurou-se uma evolução do contrato-programa em vigor desde 2007, que será marcado pelo *“reforço das medidas de qualidade e acesso, evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e responsabilização das entidades hospitalares pelos encargos gerados. Igualmente procura-se maturar a separação pagador-prestador no atual quadro de quasi-mercado.*

O quadro de forte restrição orçamental previsto para 2013, decorrente da atual

conjuntura económica e financeira, exige determinação na contenção dos gastos públicos e impõe um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público. Estes compromissos são claramente assumidos no Memorando de Entendimento (MoU), celebrado entre a República Portuguesa, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu.

O ano de 2013 foi muito exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e tinha previsto uma diminuição de financiamento para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 2,8% face ao ano de 2012, tendo como consequência uma afetação de recursos às instituições do SNS.

Conforme o ocorrido no ano de 2012, o processo de contratualização para 2013, manteve-se a necessidade de uma reestruturação da oferta hospitalar e a adoção de medidas centralizadas para a redução e contenção de gastos, principalmente nas áreas do medicamento, MCDT e recursos humanos, de forma a dar cumprimento às metas que foram estabelecidas nos orçamentos. Manteve-se o objetivo principal do SNS.

Progrediram para uma gestão eficiente, de forma a garantir que com os recursos disponíveis e, sem privação de qualidade, se defendam os atuais níveis de acesso e qualidade proferidas num conjunto de orientações para a elaboração do Plano de Desempenho de cada instituição em que destaco as relativas aos serviços de urgência :

*...10. A **atividade nas urgências deve reduzir-se**, não só devido à melhoria do acesso aos cuidados programados (hospitalares e primários), como também devido à melhoria do acompanhamento e da continuidade dos cuidados prestados na doença crónica e na reabilitação das doenças agudas*

Na sequência da metodologia de contratualização aplicada em 2012, o pagamento da linha de Urgência é realizado de acordo com tipologia de cuidados (serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica).

Tabela. 1 – Tipologia de cuidados

Atendimentos Urgentes	Preço
Serviço de Urgência Básica	31,98
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	56,16
Serviço de Urgência Polivalente	112,07

Fonte: Contrato Programa 2013

Para o ano de 2013, e conforme já foi referido, esta linha de produção será acompanhada no sentido de se equacionar um futuro pagamento por “disponibilidade de serviço”, o qual deverá considerar a tipologia de urgência e a estrutura definida pela Tutela para o respetivo serviço de urgência, o volume de atividade do serviço e indicadores de qualidade do serviço de urgência.

No contrato programa para o ano de 2014 existe a necessidade de dar continuidade á procura da sustentabilidade económico-financeira do SNS e a uma diminuição de financiamento para as EPE do ministério da saúde de 3,5% face ao ano de 2013.

O SNS teve que contar com os recursos disponíveis já existentes de forma a continuar a dar resposta às necessidades de cuidados de saúde da população que a ela recorre, numa perspetiva de articulação e complementaridade, desenvolvendo soluções reais e ajustadas que possibilitem garantir os elevados níveis de qualidade, suportando os atuais níveis de acesso e eficiência

Na sequência da metodologia de contratualização aplicada em 2012, o pagamento da linha de Urgência para 2014 continua a ser realizado de acordo com tipologia de cuidados (serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica).

Tabela. 2 – Tipologia de cuidados

Atendimentos Urgentes	Preço
Serviço de Urgência Básica	30,70
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	53,91
Serviço de Urgência Polivalente	107,59

Fonte: Contrato Programa 2014

Para o ano de 2014, como referido, esta linha de produção será acompanhada no sentido de se equacionar um futuro pagamento por “disponibilidade de serviço”, o qual deverá considerar a tipologia de urgência e a estrutura definida pela Tutela para o respetivo serviço de urgência, o volume de atividade do serviço e indicadores de qualidade do serviço de urgência.

Na saúde como em outras áreas sociais e quando nos propomos atingir objetivos temos que fazer reformas do que já existe. Assim funcionam os governos. Elaboram políticas de forma a melhorar cada vez mais o que funciona menos bem. Na saúde o financiamento e os cuidados de saúde prestados aos cidadãos causam problemas. É o caso da insistência de deficiências no acesso aos serviços de saúde e na proteção dos rendimentos quando são precisos cuidados médicos; o constante aumento da despesa em saúde; o desassossego sobre a eficiência e eficácia dos cuidados de saúde. Estes e outros problemas persistem porque mantem-se a evolução demográfica, as novas tecnologias que provocam grande aumento da despesa, as doenças crónicas cada vez mais difíceis de controlar, as novas doenças, o envelhecimento da população que utiliza mais os serviços de saúde porque possui várias patologias, a procura de cuidados de um nível cada vez mais elevado.

A somar a estes problemas surge a incapacidade governativa para controlar fatores adversos a evolução das reformas planeadas, como por exemplo: incentivos inadequados oferecidos aos prestadores de cuidados de saúde; atividades monopolistas e limitativas dos prestadores; estruturas orgânicas e de gestão desadequadas; mecanismos ineficientes de regulação e controlo; falhas na informação sobre custos e eficácia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Ribeiro, José António Mendes (2011) – Relatório Final, do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, <http://www.acs.min-saude.pt>, tem como missão propor um conjunto de medidas que visem reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e racional do sistema de saúde e que permita:

- a. Melhorar o acesso e a qualidade das prestações de Saúde;*
- b. Melhorar a eficiência hospitalar;*
- c. Garantir a sustentabilidade económica e financeira;*
- d. Melhorar a governação e o desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais;*

e. Reforçar o protagonismo e o dever de informação aos cidadãos.

O programa tem por pretensão uma reforma estrutural do sector da saúde que possibilite ter um plano plurianual de ajustamento, entre os anos de 2012 a 2014. É um motor indispensável para a mudança estrutural e que se baseia na **Qualidade**. A qualidade dos resultados clínicos, dos serviços prestados, da gestão das instituições de saúde. Deverá haver um empenho total na melhoria da qualidade para permitir reduzir o desperdício e o mau desempenho.

*Outra medida que esta prevista é Reformular o modelo de financiamento da atividade hospitalar, visando adotar uma **tabela única de preços** com aplicação universal a todos os hospitais, e incentivos associados ao melhor desempenho clínico, induzindo por essa via uma competição salutar entre instituições que estimule a melhoria de eficiência de cada unidade hospitalar. A tabela de preços não deve ajustar-se à realidade de cada entidade mas cada entidade é que deverá ajustar os seus custos face à tabela praticada.*

Deverá haver uma melhoraria na articulação das instituições hospitalares com a rede dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a uma referênciação dos utentes mais real em função das necessidades clínicas e dos recursos existentes (atualmente é necessário estar atento às necessidades económicas das instituições mas também dos utentes). Ou seja haver uma definição de critérios de Referênciação entre a Rede de Cuidados Primários e a Rede Hospitalar. Existe uma elevada recorrência dos utentes aos serviços de urgência por falta de consultas quer nos Cuidados Primários, assim como as consultas de especialidade. *“É geralmente aceite pelos autores que a falta de integração entre os diferentes níveis de cuidados pode resultar em falta de qualidade e ineficiência, e é prejudicial aos utentes (Grone e Garcia-Barbero, 2001).”*

“...estamos perante uma situação em que os recursos não são usados de forma a promover acessibilidade, e em que os cuidados nem sempre são prestados no nível de cuidados mais adequado, decorrendo a situação de uma falta de integração de cuidados que urge corrigir”. Daí a necessidade de cada vez mais investir no desenvolvimento dos cuidados primários e no investimento destes na promoção e prevenção da saúde dos cidadãos.

*“.... a **sobrelotação das urgências hospitalares**, em parte com casos que são depois triados como não urgentes”*

“.....Assim, de forma a tornar possíveis estas mudanças, e para além de um conjunto de outras medidas abordadas noutros capítulos mas também com impacto no acesso (por exemplo, as respeitantes aos sistemas de informação ou à ambulatorização da cirurgia), o GTRH propõe a implementação de 7 medidas principais, designadamente 1) Definir critérios de referenciação entre os Cuidados de Saúde Primários e hospitais, 2) Promover a ida de especialistas hospitalares aos Cuidados de Saúde Primários, 3) Promover reuniões entre as direções clínicas de hospitais e Cuidados de Saúde Primários, criando eventualmente UCFs, 4) Promover consultas com recurso a novas tecnologias, 5) **Atender os doentes triados como não urgentes fora das urgências hospitalares**, 6)

No Relatório de contas de 2014, “*Quanto ao proposto pelo grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011) destaca-se a integração da prestação de cuidados primários com o nível de cuidados hospitalares, designadamente no que respeita a:*

- *Doentes considerados "não urgentes" atendidos fora das urgências hospitalares;*
- *Consultas de especialidades hospitalares feitas em centros de saúde;*
- *Concretizar o princípio de liberdade de escolha do prestador;*
- *Considerar o nível de satisfação dos utentes na avaliação do desempenho.”*

Note-se que a transferência de “falsas” urgências hospitalares para consultas nas unidades funcionais de cuidados primários permitiria, por hipótese, ter obtido uma poupança potencial na ARSLVT, em 2011, na ordem dos € 104.174.738211

Regulamento do Conselho (UE) n. ° 407/2010 de 11 de Maio de 2010, que estabelece o Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira (European Financial Stabilisation Mechanism — EFSM)

Cuidados de Saúde Primários

3.70. O Governo prossegue com o reforço dos serviços de cuidados de saúde primários, de modo a continuar a redução do recurso desnecessário a consultas de especialidade e às urgências e de modo a melhorar a coordenação dos cuidados, através de:

i. aumento do número das Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com Administrações Regionais de Saúde (ARS), continuando a recorrer a uma combinação

de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho. Assegurar que o novo sistema conduz a uma redução de custos e a uma prestação de cuidados mais eficazes;

ii. criação de um mecanismo para garantir a presença de médicos de família em áreas carenciadas, de modo a possibilitar uma distribuição mais equitativa dos médicos de família pelo país.

- **Campos, Correia,** (2010), 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Coimbra, Almedina

“Medidas de contenção de gastos. Devido à progressiva desproporção entre o crescimento de gastos e de recursos, os governos viram-se obrigados a conduzir a política de contenção de custos, visando influenciar a procura e a oferta da saúde integrados ou não, ... política de estratégias mais amplas de reformas de medidas de contenção de gastos - medidas que afetam a procura de cuidados financiados por fundos públicos, - medidas que afetam a oferta de cuidados. Pag 66.

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – pontos 7 e 8 – Volume II)

105. A falta de avaliação (quantitativa) sobre os impactos da reforma dos cuidados primários impede que se conheçam e se auditem os custos, as poupanças e os ganhos de saúde para a população, resultantes da atividade das unidades funcionais de cuidados primários, quer, ainda, os impactos ao nível dos cuidados hospitalares.

O relatório de contas de 2014 no seu nº 106, relativo à sustentabilidade do SNS *Tendo em vista a imprescindível sustentabilidade do SNS e a previsível necessidade de continuar a reduzir as transferências orçamentais para o SNS, importará salientar que ainda não foram realizados plenamente todos os objetivos propostos pela reforma para os cuidados de saúde primários, as metas pré-estabelecidas no memorando de entendimento (MoU) ou, ainda, as medidas já traçadas pelo grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011).*

- **Fernandes, Adalberto Campos,** (2011) Inovação E Sustentabilidade em Saúde, Cadernos Saúde Sociedade, Diário Bordo Editores

“ a incapacidade crescente dos cuidados primários para satisfazer as necessidades da população, (quantos milhares de Portugueses continuam sem medico de família, acaba por determinar que muitos portugueses recorram ás urgências, sem ser necessário, aumentando desnecessariamente os custos dos hospitais e desviando assim recursos que podiam ser utilizados na introdução á inovação, pag 29

- **Cabral, Manuel Vilaverde;** Silva, Pedro Alcântara – O Estado da Saúde em Portugal (2009), Instituto Ciências Sociais e Ministério da Saúde; Este livro mostra estudos efetuados em 2001 e 2008 e faz a sua comparação. Relativamente aos serviços de urgência a conclusão a chegaram é que *...a frequência com que os inquiridos a elas recorrem manteve-se estável entre 2001 e 2008, com alguma restrição no tempo para ser atendido, que pode resultar na reorganização do atendimento através de triagem, o qual recebe, no entanto a aprovação da grande maioria dos inquiridos que reconhece melhorias efetivas. A avaliação dos tratamentos recebidos nas urgências é tendencialmente ainda mais positiva em 2008 do que em 2001.*

De referir que no Centro hospitalar de São João existem 2 tipos de financiamento e no seu relatório de contas de 2010, constata-se o seguinte:

A produção do Hospital de São João é financiada de duas formas distintas, de acordo com o subsistema dos doentes.

Os doentes que têm como sistema responsável o Serviço Nacional de Saúde são financiados pelo Ministério da Saúde através de contratualização anual efetuada com a ARSN (Contrato Programa), onde são definidas quantidades e preços para cada linha de produção. Em 2010, os beneficiários dos subsistemas públicos ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas passam a integrar, para efeitos de pagamento, o Serviço Nacional de Saúde (nos termos do n.º 3 do artigo 151.º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril).

No que diz respeito aos doentes pertencentes aos restantes subsistemas o Hospital de São João é ressarcido de acordo com os valores expressos na Portaria n.º 132 /2009 de 30 de Janeiro com alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho, ambas do Ministério da Saúde.

Em 2010, o Hospital de São João ultrapassou, em algumas linhas de produção, os valores contratualizados em Contrato-Programa (CP) com a ARSN. Desta forma, e de

acordo com as regras de contratualização, qualquer acréscimo de produção, até ao limite de 10% (exceção: atividade cirúrgica programada), é financiado a preços marginais que variam de acordo com a linha de produção e representam sempre uma percentagem do preço base. No período em análise, a receita marginal poderá atingir o montante de 13.331.173,87 €.

Receitas do Serviço Nacional de Saúde

1 - O Ministério da Saúde, através da ACSS, I.P., implementa as medidas necessárias à faturação e à cobrança efetiva de receitas, devidas por terceiros legal ou contratualmente responsáveis, nomeadamente mediante o estabelecimento de penalizações, no âmbito dos contratos-programa.

2 - O pagamento das prestações de serviços efetuadas pelas entidades do SNS a pessoas singulares fiscalmente residentes nas regiões autónomas é da responsabilidade do Serviço Regional de Saúde respetivo.

3 - As prestações de serviços do SNS a pessoas singulares fiscalmente residentes nas regiões autónomas são obrigatoriamente enquadradas pelo previsto no artigo 5.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, alterada pela Lei n.º 20/2012, de 14 de maio, sendo responsabilidade do Serviço Regional de Saúde a emissão do número do compromisso previsto no n.º 3 do mesmo artigo.

4 - O Ministério da Saúde implementa as medidas necessárias para que, progressivamente, a faturação dos serviços prestados aos utentes do SNS inclua a informação do custo efetivo dos serviços prestados que não são sujeitos a pagamento.

5 - A responsabilidade de terceiros pelos encargos das prestações de saúde de um sujeito exclui, na medida dessa responsabilidade, a do SNS.

6 - Para efeitos dos números anteriores, o Ministério da Saúde aciona, nomeadamente, mecanismos de resolução alternativa de litígios.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Campos, Luís; Saturno, Pedro; Carneiro, António Vaz (2010) - Plano Nacional de Saúde 2011-2016, A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços, <http://www.acs.min-saude.pt>

Condicionantes relacionadas com a procura

Quando falamos em procura, queremos dizer necessidades dos doentes, para cuja resposta o sistema de saúde tem de se capacitar. Necessidades que são, também, moduladas pela evolução da oferta...

... Condicionantes associadas à oferta

A avaliação das tendências na oferta de cuidados de saúde permite-nos perceber a sua adequação à evolução das necessidades, mas também a sua enorme influência na determinação da procura....

... As consequências desta evolução são a necessidade de escala e a tendência à concentração. A Comissão Técnica para o Processo de Requalificação das Urgências recomendava uma emergência médico-cirúrgica por cada 200.000 habitantes e uma urgência polivalente para um milhão de habitantes)...

Os Serviços de Urgência encontram-se em alguns momentos do dia sobrecarregados de doentes. Daí, a ideia de fazer uma avaliação precoce dos utentes para prioriza-los em função da sua gravidade.

A primeira descrição sistemática de uma metodologia de triagem hospitalar surge em 1964, em Baltimore (Beveridge). Posteriormente, foi na Austrália que se desenvolveu a ciência inicial nesta matéria, primeiramente com a Box Hill Triage Scale em 1977 (Pink 1977), com as prioridades Imediato, Urgente, Rápido, Não Urgente e Rotineiro. Em 1989, esta escala foi modificada para produzir a Ipswich Triage Scale (Fitzgerald 1989), com as prioridades: Segundos, Minutos, 1 Hora, Horas, Dias. Posteriormente, foi estabelecida uma relação entre a prioridade atribuída no Ipswich Scale e a carga de trabalho no Serviço de Urgência (Jelinek 1995). Igualmente em 1994, surge a iniciativa de Manchester, também com 5 níveis de prioridade mas com tempos alvo até à primeira observação médica mais alargados: Imediato 0 Minutos, Muito Urgente 10 Minutos, Urgente 60 Minutos, *Standard* (Pouco urgente) 120 Minutos e Não Urgente 240 Minutos.

Uma das preocupações centrava-se em como identificar o doente que mais necessitava

de observação médica imediata por se encontrar “em risco”. Surge a noção da triagem de prioridades como instrumento de gestão de risco. Projetos de acreditação em qualidade, como a Britânica Health Quality Service ou a Americana Joint Commission, impulsionaram a gestão de risco e mandatam a implementação de sistemas de triagem de prioridades nos Serviços de Urgência (JACHO 2003).

O American College of Emergency Medicine assume a seguinte definição: *“emergency condition is any medical condition of recent onset and severity, including but not limited to severe pain, that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe his or her condition, sickness, or injury is of such a nature that failure to obtain immediate health care could result in placing the patient’s health in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction of bodily organ or part”* (ACEP 1999).

Para o utente, o fator mais relevante no recurso aos serviços de saúde reside na acessibilidade facilitada e na conveniência da ida ao Serviço de Urgência, versus o recurso aos cuidados primários (Sempere-Selva 2001). Outro fator relevante é que existe uma relação direta entre a perceção do doente relativamente ao seu médico de família e a procura do Serviço de Urgência (Boushy 1998).

Com a introdução da Triagem de Manchester em Portugal, foi assumido que, tendo em conta os resultados encontrados na maioria dos hospitais aderentes à Triagem de Manchester, cerca de 40% dos doentes são classificados de pouco urgentes ou não urgentes, pelo que 60% pertencerão a situações agrupáveis na missão do Serviço de Urgência (Marques 2004).

Apesar desta solidez na identificação de casos não urgentes, não é linear que seja segura a referenciação automática dos não urgentes para os cuidados de saúde primários, por isso há a necessidade de alguma prudência, na implementação de mecanismos de uma reorientação de utentes para os cuidados primários (exemplo de anemias, trauma ligeiro etc...).

5 - CUIDADOS DE SAUDE HOSPITALARES

O recurso aos cuidados hospitalares é demasiado diversificado a nível internacional. Essa diversidade resulta em grande parte da cultura e políticas existentes em cada país. Cada um tem o seu tipo de financiamento, o tipo de governação, e tipo de organização dos cuidados de saúde em geral. Depende ainda se tem instalado o sistema “beveridgiano” ou “bismarckiano” que influencia a cobertura de saúde pelo Estado.

No memorando de entendimento da Troika (MdE), refere que “...*Portugal é o país com um sistema de saúde mais bem estruturado e pior financiado (em termos de gastos per capita com cuidados de saúde). E que tem o”... menor grau de racionalidade na utilização dos seus recursos financeiros, humanos e tecnológicos do que a Irlanda, e maior do que a Grecia”*”.

Independentemente do tipo de governação ou organização a maioria dos hospitais tem problemas de insuficiência nos recursos para a saúde. Dados da OCDE revelam que este problema existe essencialmente, devido ao crescimento constante das despesas em saúde que é substancialmente maior que o crescimento da riqueza dos países em causa, sendo o envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida e as inovações tecnológicas os principais fatores embora existindo outros mas de menos valor.

5.1 - Portugal

Os cuidados de saúde hospitalares, propriamente dito iniciaram-se a partir na criação do SNS, em 1979, tendo em 1980, sido nacionalizados alguns dos hospitais das Misericórdias, que até então tinham o domínio da área da prestação de cuidados de saúde.

Com a elaboração da Lei de Bases de 1990, a Assembleia da República, responsabiliza o Estado pela garantia do acesso a este bem: A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade pela responsabilidade conjunta dos cidadãos e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados nos termos da constituição e da lei.

O Estado fomenta e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, na limitação dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Para, Costa (2003: 176) em função destes pressupostos, menciona que apesar das boas intenções legisladoras e políticas, tanto em Portugal como noutros países, que, os recursos disponíveis serão sempre limitados ao inverso das necessidades humanas, que no caso da saúde serão sempre ilimitadas.

Com a adesão à Comunidade Económica Europeia e com o crescimento económico português, deu-se a autonomia administrativa e financeira dos hospitais do SNS. Desde então o Serviço Nacional de Saúde sofreu várias reestruturações, no seu estatuto jurídico, e com esta alteração também mudou o tipo de financiamento, gestão hospitalar e de CSP. Atualmente, existem hospitais do SNS com gestão própria e hospitais do SNS mas com gestão privada ou seja com parceria público privada (PPP). Estas alterações foram efetuadas com o objetivo de assegurar a sustentabilidade financeira dos hospitais, além de diversas outras medidas tais como, a construção de novos hospitais e a criação de centros hospitalares através das referidas PPP.

Neste ano de 2014, com forte restrição orçamental estão em execução os planos estratégicos negociados com as instituições de cuidados hospitalares (hospitais e ULS), previstos no relatório final do Grupo de Reforma Hospitalar. No Contrato-programa de 2014 esta referido que “ *o processo de planeamento estratégico analisa a adequação de oferta nacional, regional e local de cuidados hospitalares às necessidades de saúde das populações a servir, permitindo rever as áreas de influencia diretas e indiretas de cada unidade hospitalar e provar, em conformidade a carteira de serviços hospitalares por região*”.

No sentido de dar continuidade ao conjunto de orientações ao contrato programa de 2013-2015, foi emitido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), um conjunto de orientações para enquadrar a negociação do acordo modificativo de 2014, para cada instituição de saúde. Vamos destacar algumas que são relevantes para os CSH, em concreto:

- a) *Dar continuidade à racionalização e reorganização das instituições em linha com os objetivos e metas da reforma hospitalar....*
- b) *Determinar o mapa pessoal com base nas necessidades, tendo em atenção a disponibilidade orçamental e a carteira de valências de cada instituição....*

- c) *Promover de forma decisiva a eliminação das prestações de serviços especializados, nomeadamente de serviços médicos. Respeitando o limiar de médicos da mesma especialidade.....*
- d) *Desenvolver os processos de afiliação entre instituições hospitalares, centrando a prestação de cuidados de saúde em função do utente....*
- e) *Privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médicos e cirúrgicos)*
- f) *Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados primários e incrementar o número de primeiras consultas referenciadas pelos médicos de família...*
- g) *Melhorar a interligação e articulação com os prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados com reflexo na adequação da resposta hospitalar....*
- h) *Otimizar as escalas dos serviços de urgência á procura, redimensionando as escalas nos dias de maior afluxo de utentes, uniformizar o Sistema de Prioridades entre as unidades hospitalares, desenvolver protocolos internos para situações de sobrecarga e desenvolver programas de gestão de sobre-utilizadores em parceria com os cuidados de saúde primários.*

Se estas e outras medidas forem concretizadas, prevê-se uma maior sustentabilidade do SNS e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e segurança, através de maior número de utentes com acesso a primeiras consultas, diminuição do número de dias de internamento, diminuição do número de utentes nas listas de espera para cirurgia, diminuição da taxa de reinternamentos, maior número de profissionais envolvidos nos programas controlo de infeção. Estes resultados só são possíveis se também existirem programas de avaliação e monitorização sistemáticos por parte das instituições e não só quando procuram adquirir o título de acreditação.

Um dos fatores importantes quando falamos de cuidados hospitalares é a acessibilidade que o cidadão tem em obter esses cuidados, no local e momento que ele considera necessário e que seja em quantidade e a um custo que possa suportar mediante a sua condição socioeconómica. Em Portugal o cidadão tem acesso aos cuidados hospitalares através da admissão nas consultas externas e ao serviço de urgência que tem um funcionamento durante 24 horas e com liberdade de escolha por parte do indivíduo.

Quanto às consultas externas continuam a existir problemas de marcação principalmente das primeiras consultas apesar da implementação através da Portaria nº 615/2008, de 11 julho do Sistema integrado de Referenciação e de Gestão de Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do SNS anos com o programa da Consulta a Tempo e Horas (CTH). No relatório do Tribunal de Contas 2014 esta referenciado que:

“Dos testes efetuados nas unidades auditadas, confirmou-se a existência de um número elevado de pedidos pendentes na situação de “pedidos em triagem”, ou seja, para avaliação e marcação de consulta, sem que tenha sido dada resposta dentro do tempo máximo fixado (três dias úteis, e atualmente cinco dias úteis), pelos respetivos hospitais de referência...

A nível nacional, o número total de pedidos inscritos no sistema de suporte ao CTH por parte dos médicos nos cuidados de saúde primários ao longo do ano de 2012, para além da notória incapacidade de resposta atempada das unidades hospitalares aos pedidos de marcação de uma consulta de especialidade, contribuem, igualmente, para o atraso na marcação de consulta, razões de ordem técnica, nomeadamente, falhas na comunicação entre interfaces, e o facto de existirem “pedidos indeferidos”, cujo principal motivo é a falta de informação clínica bastante para avaliação da prioridade do pedido, tendo como consequência a devolução do mesmo, pelo hospital de referência, à unidade prestadora de cuidados de saúde primários do SNS. Em síntese, a demora na avaliação do pedido e na marcação de consulta pela unidade hospitalar de referência prejudica a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes e prejudica os contribuintes, uma vez que as demoras podem conduzir ao agravamento da doença e dos cuidados agudos, gerando mais custos que, por sua vez fazem aumentar a despesa pública.

A afluência excessiva aos Serviços de Urgência é uma questão que conduz a muitas preocupações a nível económico- financeiro. Coopera para este fato, a mentalidade da população Portuguesa, a falta de literacia (2/3 da população do nosso país é pobre nesta área), sobre saúde que admite que este serviço oferece mais comodidades de acesso, possui mais recursos e proporciona melhores cuidados de saúde. Estima-se que nos EUA os níveis desajustados de literacia em saúde tenham um custo entre os 100 e 200 milhões de dólares anuais. (Análise política e governo em saúde). Por este fato a OMS,

recomenda que as reformas neste setor sejam centradas nas expectativas das pessoas. Novas medidas foram preconizadas, como o aumento das taxas moderadoras, para tentar travar este fenómeno, mas como se percebe atualmente, não foi eficaz, apesar do seu valor ter vindo a aumentar e o ultimo desses aumentos foi através do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, que na maior parte dos serviços sujeitos a taxa moderadora sofreu aumentos de mais de 100%, com as variações relativas mais acentuadas nos cuidados de saúde primários.

*“O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 1 de agosto, reviu as categorias de isenção do pagamento de taxas moderadoras e consagrou a dispensa de cobrança de taxas moderadoras, Estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, as **grávidas e parturientes e as crianças até aos 12 anos de idade, inclusive** (categorias de isenção já existentes e que se mantiveram inalteradas), os **utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%** (anteriormente estavam isentos os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%), os **utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar** (categoria genérica, por contraposição à anterior previsão de isenção atribuída a pensionistas, beneficiários do rendimento social de inserção e atualmente assente em critérios próprios de verificação de tal condição, fixados na Portaria n.º 311-D/2011), os **dadores benévolos de sangue nas prestações em cuidados de saúde primários** (deixou de estar prevista a “isenção transversal” no acesso a qualquer prestação de cuidado de saúde²⁴), os **dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários** (antes previa-se a isenção para dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas), os **bombeiros**, que viram a sua isenção limitada às **prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua atividade, em cuidados de saúde hospitalares**, os **doentes transplantados e os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente** (categorias de isenção que se mantiveram sem alterações). .. **reclusos**, que foram considerados dispensados do pagamento de taxas moderadoras no acesso às prestações de cuidados de saúde²⁶ com a Circular Normativa da ACSS n.º 7/2012/CD, de 19 de janeiro, e os **desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 IAS que, em virtude de situação transitória ou de***

duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos legalmente previstos, e o respetivo cônjuge e dependentes, categoria subsequentemente introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, na alteração ao artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011. No contexto de urgência cada atendimento, "...acrescido dos MCDT realizados no decurso do mesmo não pode exceder o valor em taxas moderadoras de 50,00 €..."

Tabela . 3 Evolução do valor das taxas moderadoras por serviço nas instituições do SNS

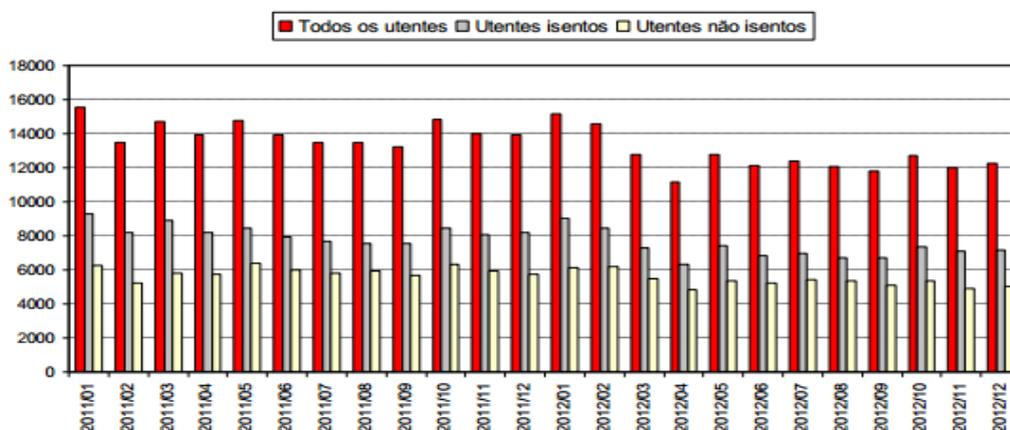
Serviços ²	Ano ¹				
	2011 (1.Jan.2011)	Var. 11-12	2012 (1.Jan.2012)	Var. 12-13	2013 (21.Jan e 1.Mai.2013)
Consultas					
Consulta de MGF ou outra consulta médica não de especialidade	2,25 € ³	122%	5,00 €	0%	5,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em CSP	-	-	4,00 €	0%	4,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em Hospital	-	-	5,00 €	2,8%	5,15 €
Consulta de especialidade	4,60 € / 3,10 € ⁴	63%	7,50 €	2,8%	7,75 €
Consulta no domicílio	4,80 € ⁵	108%	10,00 €	2,8%	10,30 € ⁷
Consulta médica sem a presença do utente	-	-	3,00 €	2,8%	3,10 € ⁸
Atendimento em Urgência					
Serviço de Urgência Polivalente	9,60 €	108%	20,00 €	2,8%	20,60 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	8,60 €	103%	17,50 €	2,8%	18,00 €
Serviço de Urgência Básica	8,60 €	74%	15,00 €	2,8%	15,45 €
Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP)	3,80 €	163%	10,00 €	2,8%	10,30 €
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica					
Média de todos os serviços ⁶	3,98 €	72%	6,85 €	60%	10,97 €

Fonte: Entidade Reguladora da saúde: Estudo de taxas moderadoras

Em Janeiro de 2013, foi aplicada a regra do ajustamento automático pela inflação, com a exceção de determinadas prestações nos Cuidados de Saúde Primários e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

O número médio de episódios de urgência tem uma tendência de decréscimo, mas não parece haver relação entre essa diminuição e os utentes isentos e não isentos, como se pode verificar no quadro abaixo.

Gráfico 1 - Evolução dos episódios de urgência hospitalar relativo a taxas moderadoras



Fonte: Entidade Reguladora da saúde: Estudo de taxas moderadoras

Além da falta de literacia em saúde por parte da população portuguesa, existem outros fatores que levam a que os utilizadores a recorrer ao serviço de urgência hospitalar em detrimento dos cuidados primários, designadamente por considerarem que podem ser atendidos no mesmo dia e no momento que consideram ajustado, a possibilidade de poderem efetuar todo o tipo de exames de diagnóstico e a convicção de que no SU podem resolver qualquer circunstância de saúde aguda e complicada de forma mais eficaz que outros serviços que tem ao seu dispor.

A Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CNRRNEU) entende urgência como “*um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção (curativa ou paliativa) em curto espaço de tempo*” (CNRRNEU, 2012, p.8), ou seja, simplesmente as situações agudas que possam envolver uma intervenção num curto espaço de tempo deveriam ser assistidas no SU, e não é isso que se verifica na população portuguesa. Dados recolhidos em 2010 pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU, 2012), refere que apenas 54% dos casos observados foram classificados como urgentes, muito urgentes ou emergentes. Por isso uma grande fatia dos utentes que recorre ao SU hospitalar não apresenta situações de verdadeira urgência, podendo por isso ter recorrido a outros serviços da rede do SNS. O que demonstra é não só uma resposta inoperante e não direcionada dos cuidados de saúde primários, como também a falta de informação exibida por parte dos

utentes quer em termos de alternativas ao SU quer em termos de conhecimento real do seu estado de saúde.

Numa proposta efetuada pelo **grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011)** evidencia-se a inclusão da prestação de cuidados primários com o nível de cuidados hospitalares, nomeadamente no que respeita a:

- Doentes considerados "não urgentes" atendidos fora das urgências hospitalares;
- Consultas de especialidades hospitalares feitas em centros de saúde;
- Concretizar o princípio de liberdade de escolha do prestador;
- Considerar o nível de satisfação dos utentes na avaliação do desempenho.

Note-se que a **transferência de “falsas” urgências hospitalares para consultas nas unidades funcionais de cuidados primários** permitiria, por hipótese, ter obtido uma poupança potencial na ARSLVT, em 2011, na ordem dos € 104.174.738211, de fato muito significativo.

Segundo a OPSS, 2013, existem ainda muitos utentes sem médico de família em algumas zonas de Portugal e a procura de uma consulta programada em tempo útil é impedida pela falta de recursos humanos, este é outro fator para que o acesso facilitado ao serviço de urgência hospitalar seja uma realidade, independentemente, da necessidade de saúde do momento ser mais ou menos urgente. E dado que o serviço de urgência, tem um funcionamento 24 horas por dia, a proximidade da população e o fato de assegurar cuidados a doentes sem acesso a outras redes de cuidados de saúde, torna o serviço mais exposto a uma utilização sempre que o individuo assim o pretenda. Existem outros fatores que levam a que os utentes recorram de forma sistemática ao serviço de urgência hospitalar como: a iniciativa própria do utente; facilidade de acesso e pela convicção de que os serviços de urgência possuem um extenso leque de cuidados de saúde; utentes que são referenciados pelo seu médico assistente, por falta de meios complementares de diagnóstico e para que este possa, mais rapidamente, receber esclarecimento para o estudo de condições clínicas, ou por ser fácil propor para o internamento se o justificar; a existência de idosos “abandonados” ou sem-abrigo ou utentes com doenças crônicas e/ou terminais que ao sofrerem de problemas de saúde complicados e/ou sociais, recorrerem a este serviço por incapacidade de outros serviços.

6 - SERVIÇOS DE SAÚDE INTERNACIONAIS

Há cerca de seis anos desde o início da crise económico-financeira mundial, que as estas condições variam de uma forma ampla nos países da OCDE em que as perspectivas de vários países da Europa ainda se mantêm subjogadas. Por estas alterações mundiais o financiamento dos serviços de saúde de muitos países teve de sofrer modificações significativas tal como se verificou em Portugal. Todos eles têm desafios a vencer principalmente o efetivo controlo sobre o crescimento das despesas em saúde; obter resultados de eficiência proporcionando bem-estar às populações, com resposta eficaz às suas necessidades de cuidados em saúde apesar dos recursos serem mais escassos; tentar proporcionar altos níveis de saúde das populações através dos anos de vida com qualidade.

Os Estados Unidos são o país que mais gasta em saúde (16,9% do PIB em 2012). Holanda (11,8%), França (11,6%) e Suíça (11,4%) estão também no topo da lista

Muitos países tem reptos em comum, como exemplo o financiamento público, a universalidade de acesso a cuidados de saúde e a sua equidade na distribuição dos mesmos.

Nos países da OCDE o financiamento em saúde é maioritariamente público, exceto nos EUA, Chile e México, embora os modos de financiamento sejam diferentes. Mas as dificuldades são comuns a quase todos, a continuação do crescimento rápido das despesas em saúde; as listas de espera; a reduzida coordenação entre os diversos prestadores de cuidados; o acesso aos cuidados e o seu reembolso; o consumo de cuidados em excesso em função das necessidades e os problemas sociais que lhe estão associados. Na razão destes problemas está o envelhecimento da população mundial, a procura de cuidados em saúde a um nível de exigência cada vez maior, os problemas socio-culturais de cada país, as tecnologias em saúde que continuam a evoluir em grande ritmo. Para (Barros, 2014 no seu blog), fator de crescimento das despesas com cuidados de saúde deve-se essencialmente á evolução tecnológica, seguida da importância por efeitos rendimento, e só depois por efeitos associados com o envelhecimento. Este autor já por várias vezes tem referido esta opinião.

Na Europa os sistemas de saúde foram criados com base em dois modelos de “seguro” público. O sistema Bismarck datado de 1883 da qual fazem parte a Alemanha, Bélgica, França e a Holanda. É um sistema descentralizado e que cobria grupos da população que eram considerados relevante para o desenvolvimento do país. Apesar das especificidades dos diferentes países existem algumas características comuns entre eles como por exemplo:

- A adesão é obrigatória para quem cumpre os requisitos de cobertura, apesar de nem sempre se presumir a universalidade de cobertura da população;
- O seguro é financiado por contribuições de empregados e empregadores, assentes no salário e independentes do nível de risco individual;
- O Estado assegura as contribuições dos desempregados e de alguns grupos mais vulneráveis;
- O Estado especifica um pacote básico de benefícios, cuja gestão é assegurada por um número variável de fundos de doença privados, com ou sem fins lucrativos, com maior ou menor grau de autonomia.

O outro sistema de saúde Beveridge de 1942, e esta assente num serviço nacional de saúde e do qual fazem parte Portugal, Reino Unido e a Espanha. Este sistema baseia-se em modelos integrados de cobertura universal e financiados através de impostos. A gestão institucional é pública, podendo a prestação ser pública ou cada vez mais contratualizada.

Nos últimos anos e devido às contingências económico-financeiras dos países estes sistemas têm convergido entre si. Os países que possuem o serviço nacional têm vindo a inserir medidas no sentido de racionalizar a utilização recursos escassos e da gradual separação de papéis de financiador, regulador e prestador e delegando a prestação de cuidados em outras entidades mediante mecanismos de contratualização como é o caso das parcerias publico privadas em Portugal. Os países em que o sistema de saúde assenta num seguro social, tentam incrementar esforços no sentido de assegurar uma cobertura universal. Para a OMS (2010), no seu relatório mundial de saúde considera existirem fundamentalmente 3 problemas que estão interligados e que limitam essa cobertura que são: i- disponibilidade de recursos; ii- dependência excessiva dos pagamentos diretos no momento em que as pessoas necessitam de cuidados de saúde,

impedido assim que milhões de indivíduos no mundo interno sejam impedidos de receber os cuidados de saúde; iii- uso ineficiente e desigual de recursos, onde considera que entre 20 e 40 % dos recursos são desperdiçados. Se os países reduzirem esses desperdícios, os sistemas de cada país iriam aumentar a sua capacidade de fornecerem serviços de saúde de qualidade, logo melhorarem a saúde dos cidadãos.

De referir que nos últimos anos devido às situações financeiras dos países têm ocorrido muitas alterações ao seu padrão de funcionamento, em diversas áreas públicas.

6.1- Reino Unido

O sistema de saúde no Reino Unido assenta num serviço nacional como já referido anteriormente (National Health Service – NHS) que nasceu em 1946 e que é responsável por uma cobertura universal aos residentes no país.

O NHS é financiado pelos impostos gerais e pelas contribuições para o National Insurance (que pode ser comparável em Portugal à segurança social). Em 1989 as contribuições eram de 0.98% das remunerações para os trabalhadores e em 0.8% para os empregadores e 17.5% do rendimento para os trabalhadores independentes. O NHS tem ainda cerca de 2% das suas receitas com os co-pagamentos dos utentes, que incluem compra de medicamentos existem itens (85%) que são vendidos sem essa taxa como é exemplo às grávidas ou mães recentemente, doentes crónicos, idade avançada, nível de rendimento tal como em Portugal.

Também como em Portugal o Reino Unido tinha problemas de subfinanciamento, mas em 2000 o Primeiro-ministro de então (Tony Blair) comprometeu-se a atingir os níveis de gastos europeus, atingindo os 9% do PIB em 2008.

O NHS também como em Portugal com o SNS, foi sofrendo alterações e em 1980 foram criados os GP Fundholders (comparável com os nossos Centros de Saúde), em que estes podiam fazer a aquisição de serviços como cuidados hospitalares e eram responsabilizados pela gestão integral da saúde e do acesso dos seus utentes a cuidados de saúde, recebendo posteriormente um incentivo financeiro se tratasse os utentes no centro de saúde.

No início da década de 90 foram criados os NHS Trusts eram constituídos por um ou mais hospitais, ou outras instituições de saúde, tinham níveis de independência de gestão, embora o seu financiamento procedesse fortemente do ministério da saúde.

Em 1999, os GP Fundholders, foram transformados em Foundation Trusts que são transmitir responsabilidades diante dos seus utentes e das autoridades locais e ainda livres de definir os seus planos de investimento.

Os cuidados primários no Reino Unido têm sofrido alterações significativas tal como em Portugal. O centro de saúde é a “porta de entrada” para o NHS, exceto em situações de emergência, os utentes só tem acesso a especialistas hospitalares através do seu médico assistente (gatekeeper).

Ao contrário do que acontece em Portugal os médicos de família (General Practitioners – GP), são trabalhadores independentes, organizados de forma livre em Centro de Saúde e estabelecem contratos de prestação de serviço com o NHS, em que possuem um pagamento misto (componente fixa e outra variável em função dos do desempenho com vários indicadores clínicos e organizacionais).

Os centros de saúde no Reino Unido estão agora organizados em Primary Care Trusts (a quem é atribuída a maior parcela do Orçamento do SNS), que angariam cuidados de saúde para os seus utentes pagando aos prestadores – hospitais (NHS Trusts e Foundation Trusts), médicos de família e prestadores privados.

Existe neste país uma preocupação importante em assegurar o uso racional dos recursos existentes, promover a equidade em saúde e níveis de qualidade idênticos para todos e para isso foram criadas instituições que fazem esse trabalho (National Institute of Clinical Excellence-NICE e a Healthcare Commission).

A livre escolha dos utentes para o seu tratamento, tem vindo a ser testada no Reino Unido e após vários planos e inquéritos efetuados durante alguns anos, está em curso desde 2008, o plano em os utentes com necessidades de cuidados hospitalares poderão escolher qualquer prestador (público ou privado), que obedeça aos critérios de qualidade definidos pela Healthcare Commission e aceite os serviços aos preços pagos

pelo NHS, o mesmo acontece com as grávidas que podem escolher onde pretendem ter o parto.

6.2 - Espanha

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Espanha é relativamente recente é datado de 1986. É financiado através de impostos (gerais e regionais cerca de 9%) de cobertura quase universal e em que o ingresso aos cuidados de saúde não depende do rendimento de cada utente.

Só a partir de 1995, comunicado que serviços de saúde são abrangidos pelo SNS. Então ficaram os cuidados primários, cuidados hospitalares, medicamentos (embora o utente pague cerca de 40%, se sujeito a receita médica, exceto as isenções), produtos complementares (próteses, produtos ortopédicos, etc...). Existem cuidados que são excluídos (Cuidados de saúde oral, Cirurgia cosmética, entre outras). De qualquer forma de as várias comunidades autónomas pretenderem oferecer mais serviços, são responsáveis pelo seu financiamento. Foram surgindo de qualquer forma tal como em Portugal e no Reino Unido alterações com o evoluir do tempo.

Em 2004, dados da OCDE, o país espanhol tinha uma despesa Pública de 71% da despesa total, sendo que o maior aumento tal como em Portugal refere-se ao consumo do medicamento.

Também a Espanha tal como o Reino Unido possui instituições para avaliação com o intuito da racionalização e de avaliação económica, eficiência e eficácia das novas tecnologias (Agencia de Avaliação de Tecnologias em Saúde) e ainda da efetividade dos novos medicamentos e a sua racionalização (Agencia de produtos farmacêuticos), para complementar esta agência desde 2006 existe a Lei de Garantias e Uso Racional dos Medicamentos e o Plano Estratégico de Política Farmacêutica.

Devido á organização territorial de Espanha que esta dividida em comunidades autónomas, a partir de 2002 tem existido uma tentativa de descentralização progressiva dos poderes da saúde com o objetivo de conseguir ganhos de eficiência e qualidade e ainda uma contenção de gastos. (Centre de Recerca em Economia i Salut, 2005). Desde

então tem sido implementadas varias medidas de modo a garantir a sustentabilidade do SNS Espanhol, tem-se verificado maior apoio a essas comunidades, para reduzir o défice dos sistemas de saúde regional e mais transferências do governo central, dado maior liberdade para que possam gerar as suas próprias receitas principalmente com o aumento dos impostos regionais.

6.3 – Alemanha

O sistema de saúde da Alemanha é considerado o terceiro mais caro do mundo, depois dos Estado Unidos da América e da Suíça. Tem o que é encarado um seguro social (GKV) e existe desde o seculo XIX. As contribuições são feitas por empregados e empregadores e são administradas por cerca de 250 fundos de doença (seguradoras quase-publicas e sem fins lucrativos), tem ainda a responsabilidade da contratualização com os prestadores de cuidados de saúde. Neste tipo de sistema, esta definido um pacote de serviços assegurados e não uma cobertura geral como os sistemas de serviço nacional de saúde como existe no Reino Unido, Portugal e Espanha.

O GKV, tem cobertura para medidas de prevenção como por exemplo medicina dentária, deteção precoce de algumas doenças, tratamento de ortodontia até aos 18 anos, tratamentos hospitalares, apoio domiciliário etc...

Todas pessoas (exceto funcionários públicos), com rendimento inferior a um teto definido é obrigado a aderir ao GKV, através de um fundo de doença. As pessoas que auferem um rendimento superior durante 3 anos, a esse teto, podem optar entre estar no GKV ou fazer um seguro privado alternativo deixando de contribuir para o seguro social.

Os funcionários do estado estão cobertos pelo sistema Beihife, que assegura uma elevada comparticipação nas despesas de cuidados de saúde auferidos no setor privado ainda que também possam aderir ao GKV.

As contribuições para o seguro social tal como em Portugal cobrem grande parte das despesas em saúde, existindo três grandes fontes complementares: os impostos, seguros privados e os pagamentos diretos das famílias.

Neste país é obrigatório possuir assistência em saúde ou através de um seguro ou do GKV. Os valores das contribuições deixaram de ser definidas pelos vários fundos para serem definidas pelo poder central. Esses valores são também direcionados para o fundo central e não diretamente para os fundos de doença e para as seguradoras recebendo um valor fixo *per capita*. Os valores das contribuições são dependentes do rendimento e não do risco.

6.4 – Bélgica

O sistema de saúde Belga é considerado um sistema misto, tem um seguro social e um seguro publico, e as suas especificidades tem-se mantido constantes desde o final da II Guerra Mundial. Tem uma adesão obrigatória, baseado na prestação privada de cuidados de saúde, liberdade de escolha do prestador, no pagamento por ato e em mecanismos de reembolso. O seguro social protege a população em idade ativa, reformados e os seus dependentes.

As contribuições da população para o seguro social são feitas com base numa percentagem do rendimento e independentes do risco.

O Estado belga assume através dos impostos gerais, o pagamento da diferença entre as contribuições da segurança social e o orçamento pré-definido para o seguro público. Dados da OCDE de 2004, referem que a despesa com a saúde na Bélgica, era de 9.3% do PIB e cerca de 70% da despesa total era pública, incluindo financiamento através dos impostos e as contribuições da segurança social.

Existe ainda uma participação por parte dos utentes no financiamento do seguro social através do co-pagamento e taxa de co-seguro. Os co-pagamentos dependem do tipo de serviço, mas são iguais para toda a população, exceto os indivíduos que integram o regime de reembolso. Fazer parte deste regime os indivíduos por baixo poder económico.

A maioria dos prestadores/médicos é remunerada por ato. Quando os cuidados de saúde são prestados no ambulatório o utente paga ao prestador e depois é reembolsado (normalmente 75% do custo) pelo fundo de doença.

Nos cuidados de saúde hospitalares com necessidade de internamento o pagamento do utente é dividida em: diária para alojamento; medicamentos e um valor fixo por estadia para exames de diagnóstico e radiologia. Pode haver um pagamento á remuneração do médico se este não for convencionado que pode chegar a 300% do valor acordado, de referir que a maioria dos hospitais na Bélgica são hospitais privados (151, equivalente a 70%).

Na Bélgica, os hospitais são organizações sem fins lucrativos ou público-privados que são classificadas em hospitais de agudos, psiquiátricas, geriátricas e especializados.

Apesar de o sistema de saúde belga não ter sofrido grandes reformas estruturais ao longo do último par de décadas, várias medidas ter sido tomadas principalmente para melhorar o desempenho da saúde sistema. Devido à forte ênfase nos princípios de igualdade, liberdade de escolha para os utentes e a liberdade terapêutica para os prestadores que sustentam o sistema, os responsáveis pelas políticas de saúde ter-se-ão absterido de visar a microeconômica eficiência e o imponente controlo de qualidade. As pessoas são livres para escolher qual hospital onde vão receber os cuidados de saúde. Os custos não reembolsáveis dos cuidados hospitalares aumentaram de forma significativa na década de 2000, apesar da boa cobertura que a população belga tem por parte dos seguros de saúde.

A taxa de reembolso para medicamentos é determinada pela importância do medicamento para o utente. Se o utente optar por medicamento genérico o seu reembolso é feito com base num mecanismo de preços de referência. várias medidas sobre os produtos farmacêuticos têm o objetivo de reduzir os custos, tanto para o Instituto Nacional de Saúde e Seguro de invalidez (NIHDI) e doentes, mantendo a qualidade do atendimento.

Na Bélgica, as comunidades são responsáveis pela educação, promoção e prevenção para a saúde. Mas existe uma série de decisões diretamente relacionados à saúde pública que são efetuadas pelo Governo federal. Por exemplo, o nível dos impostos sobre os tabaco e o álcool, que se destinam a reduzir consumo, são determinadas pelas autoridades federais. Por vezes, o governo federal e as comunidades unem-se para coordenar as políticas de saúde (exemplo a vacinações) ou financiamento da política de

saúde regional (exemplo, rastreamento do cancro de mama, a vacinação contra a poliomielite e hepatite B). Recentemente, o ministro federal da Saúde Pública lançou campanhas a nível nacional: i: plano federal para a abolição de consumo de tabaco, ii: plano de ação em caso de onda de calor; iii: plano nacional sobre hábitos alimentares em colaboração com as entidades locais.

7- METODOLOGIA

A investigação é antes de mais um método sistemático e rígido de descrição, medição, experimentação e de teste de hipóteses que visa, em última instância, o avanço do conhecimento de algo que pode ser melhorado, e que nos causa preocupação.

A investigação em saúde é importante ao seu desenvolvimento, ao cumprimento da sua missão e ao seu prestígio no cuidar do Ser Humano. Necessita cada vez mais de ser incentivada e desenvolvida por muitas instituições e pelo sistema de saúde. É importante que se efetue uma reflexão sobre o seu âmbito e as formas de a promover. O desenvolvimento da investigação em saúde contribui para a resolução de problemas que o sistema de saúde enfrenta, quer sejam eles de políticas de sustentabilidade quer sejam de ordem estrutural, na procura da otimização da qualidade de saúde.

De acordo com a caracterização do estudo, no que concerne ao modo de abordagem, existem estudos quantitativos e qualitativos.

Vou recorrer aos estudos **quantitativos**, dado que permitem quantificar o número de utentes que recorrem ao serviço que urgência hospitalar quando o seu problema de saúde pode ser tratado nos cuidados de saúde primários e os gastos/custos que lhe estão associados uma vez que a diferença é significativa.

Neste estudo um dos objetivos passa por verificar quantos utentes foram triados com a prioridade de atendimento pouco urgente (verde) e não urgente (azul) e verificar os gastos relativos aferidos (quantificando, os custos com, farmácia, material clínico e meios complementares de diagnóstico e terapêutica).

Custos por prioridade, vão ser calculados a partir de custos com:

- Custo com Fármacos por prioridade – Recorrer ao Alert + preço do medicamento
- Custo com MCDT's por prioridade – Recorrer ao Alert + tabela de preços
- Custo com MCC (Material de Consumo Clínico) por prioridade - Recorrer ao alert + tabela de preços.

Uma das prioridades enunciada pelo Ministério da Saúde no Orçamento do Estado para 2013, e das restantes preferências políticas expressas, baseia-se em levar até ao fim as

modificações que estão a decorrer desde 2005 nos cuidados de saúde primários, ou seja o desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiar - O Cuidados Continuados, a Reforma Hospitalar e a Política do Medicamento, de forma a melhorar a prestação de cuidados de saúde às populações e estas que sejam do seu agrado e que se sintam protegidos, pelo seu local de referência em saúde. Existe a necessidade de devolver o utente com a segurança da observação pelos Cuidados de Saúde Primários e acreditação do seu médico assistente. É importante tentar inculcar ao utente que esse recurso representa benefícios à saúde, bem como, no que respeita à sustentabilidade do SNS. Procurar mostrar ao utente que a diferença de gastos nos CSP e no SU- hospitalar sendo este significativamente maior. Criar condições nos CSP para um diagnóstico correto e seguro para o cidadão trazendo confiança para uma próxima visita. Desenvolver políticas de prevenção e de promoção em saúde (reduzir os custos com saúde), por forma a que os cidadãos possam viver com melhor qualidade de vida durante mais tempo. De referir que nas últimas informações relativas à esperança média de vida à nascença é de 84 anos para as mulheres e de 77 anos para os homens (OCDE, 2014).

Fig. 4 - Expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres em 2012

Men			Women		
Rank	Country	Life expectancy	Rank	Country	Life expectancy
1	Iceland	81.2	1	Japan	87.0
2	Switzerland	80.7	2	Spain	85.1
3	Australia	80.5	3	Switzerland	85.1
4	Israel	80.2	4	Singapore	85.1
5	Singapore	80.2	5	Italy	85.0
6	New Zealand	80.2	6	France	84.9
7	Italy	80.2	7	Australia	84.6
8	Japan	80.0	8	Republic of Korea	84.6
9	Sweden	80.0	9	Luxembourg	84.1
10	Luxembourg	79.7	10	Portugal	84.0

Fonte: World health statistics 2014. World health Organization

8- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os objetivos principais deste estudo são: (1) verificar os custos que os utentes pouco urgentes e não urgentes têm para as instituições hospitalares; (2) estruturar estratégias para motivar os utentes não urgentes a recorrerem aos cuidados primários, em detrimento dos serviços de urgência hospitalares.

Em função dos resultados encontrados, procurar estratégias que possam ser adotadas de forma a reduzir os custos hospitalares.

O funcionamento eficaz e eficiente dos serviços de saúde, é essencial para a melhoria do conhecimento de acesso, qualidade e sustentabilidade dos Serviços de Saúde, onde todos possam usufruir quando necessitam dela com a qualidade que é exigido.

Questões de estudo

Financiamento do Serviço Nacional de Saúde

Retribuição e contribuição para os Cuidados de Saúde.

Acessibilidade dos Cuidados de Saúde de forma eficaz e eficiente

Racionalização recursos em Saúde

8.1- Base de dados e enquadramento institucional da sua recolha

A população alvo do serviço de urgência de adultos (maiores de 18 anos) do Hospital de São João no Porto, cujos episódios se considerem pouco urgentes ou não urgentes (pelos critérios definidos no capítulo anterior deste trabalho de investigação – sistema de Triagem, de Manchester). Foram recolhidos dados administrativos individuais referentes a género, idade, cor da pulseira, mês de admissão para que pudesse ser feita uma avaliação em função das diferentes sazonalidades do ano, em virtude de interferirem no número de admissões ao serviço de urgência. Foram também recolhidas informações relativas a: Farmácia; MCDTs (análises laboratoriais e exames de imagem) e MCC (material de Consumo Clínico). Algumas destas variáveis foram subdivididas em categorias, que serão descritas mais abaixo no ponto 8.1.2.

A seleção dos itens e variáveis em estudo foi realizada após revisão bibliográfica sobre sustentabilidade e financiamento do SNS. A escolha de um hospital central e do serviço (urgência adultos) - Hospital de São João, tem a ver com o fato de trabalhar na instituição e verificar o uso abusivo de utentes a recorrer aos cuidados hospitalares, o custo que implica desde (farmácia, MCTD's, recursos humanos – médicos de varias especialidades, enfermeiros, auxiliares de ação médica, técnicos de varias áreas de diagnostico) e de estes serem centrais e de acessível a toda a população, dedicarem um amplo e completo leque de cuidados de saúde, que referenciei anteriormente, e que influencia a sua procura.

Os dados administrativos foram colhidos através do sistema informático ALERT, tendo sido efetuado um pedido de autorização para aproveitamento dos mesmos à Comissão de Ética da instituição. A utilização de informação administrativa pertencente aos episódios de urgência, poderiam ser levantadas algumas questões éticas, designadamente a exposição de informações confidenciais acerca dos utentes, mas que não se veio a verificar uma vez que não foram trabalhados diretamente com eles. Identificando a importância destes aspetos, no trabalho de investigação aqui desenvolvido subsiste o prometimento de ter em ponderação e respeitar todos os princípios de confidencialidade e privacidade intrínsecas ao uso de uma base de dados administrativa.

A amostra deste estudo compreende todos os indivíduos com a prioridade da Triagem de Manchester Verde e Azul nos meses de janeiro, abril e junho de 2012, de forma a investigar um mês de inverno, um mês de primavera e um Mês de verão, excluindo-se todos os outros utentes de com prioridades mais urgentes e os utentes triados com cor de pulseira branca que corresponde normalmente a utentes que recorrem ao SU por indicação médica que não tem sintomas, portanto na sua maioria corresponde a uma consulta médica e não um verdadeiro episódio de urgência.

8.2 - Identificação e descrição das variáveis em estudo

Tabela 5 – Distribuição relativa dos episódios de urgência por mês, cor e custo médio

Mês	Cor	Nº episódios	Custo médio				
			PF	MCC	Anal.	Exames	Total
Jan	Verde	2.033	0,80	1,19	3,17	6,24	11,40
Jun	Verde	2.344	0,80	1,40	2,11	6,90	11,20
Abr	Verde	1.876	0,65	1,13	2,39	9,34	13,51
Jun	Azul	36	0,35	1,12	0,22	0,32	2,01
Jan	Azul	58	0,40	1,74	6,97	3,66	12,77
Abr	Azul	28	0,30	2,03	0,52	0,39	3,25

Na tabela anterior são apresentados os dados colhidos para a elaboração do trabalho de investigação para a qual se vai proceder a uma descrição para uma melhor compreensão, de seguida, apresentada uma descrição mais exaustiva das mesmas.

a) Identificação do mês – como já foi referido a escolha do mês, devesse ao fato de haver necessidade de ter em atenção a sazonalidade, devido às patologias mais recorrentes em determinada altura do ano. O referido mês é igual para os utentes verdes e azuis.

b) Identificação da cor - Correspondente á prioridade para observação médica. A cor verde da Triagem de Manchester, corresponde a uma prioridade pouco urgente e que o tempo de espera pode ir até 120 minutos. A cor Azul da Triagem de Manchester, corresponde a uma prioridade não urgente e que corresponde a um tempo de espera até 240 minutos Estes tempos podem ser influenciados pelo número de utentes que recorrem ao SU em cada momento. Se a afluência for muito elevada, os recursos humanos podem não ser os ideais, para a observação dentro do tempo de espera que a Triagem de Manchester preconiza, embora se possa proceder como recomenda a o Contrato Programa de 2014 (ACSS), em que os recursos humanos devem ser distribuídos em função da afluência ao SU, ou seja redimensionar as escalas dos dias de maior afluência de utentes, uniformizar os Sistema de Prioridades, nos hospitais, deverão ser providenciados protocolos internos para quando ocorrem situações de grande afluência, criar programas de gestão com os Cuidados de Saúde Primários. Existem períodos da semana e época do ano, em que, afluência é de facto muito elevada, é o caso do inverno e alguns dias semana (segunda feira), verificando-se menos

afluência nos outros períodos do ano e fim-de-semana. Num estudo realizado em território nacional, de (Pereira et al., 2001) observou-se que a diferença entre a recorrência aos SU durante a semana e o fim-de-semana era indiscutível. E que cerca de 84,7% eram admissões durante os dias de semana, em que os CS e outros serviços de apoio, se encontram em funcionamento, fato, por si só, deveria diminuir a afluência ao SU mas que não se verifica.

c) Numero de episódios – corresponde ao numero de utentes que recorreram ao serviço de urgência com as cores de prioridades verde e azul logo menos urgentes que esses utentes poderiam recorrer aos Cuidados de Saúde Primários. No estudo realizado por Pereira et al. (2001), já referido anteriormente, os seus autores encontraram diferenças na utilização do SU tendo em conta a hora de admissão no SU. Demonstram que cerca de 90,4% dos episódios ocorreram entre as 8 da manhã e a meia-noite, contra apenas 9,6% de episódios que apareceram entre a meia-noite e as 8 da manhã. No horário das 8 da manhã até à meia-noite - coincide com o horário de funcionamento dos CS o que traduz que, mesmo tendo a oportunidade de recorrer ao CS, muitos utentes preferem ser ter uma observação clinica nos cuidados hospitalares, mesmo que as taxas moderadoras sejam mais elevadas no SU hospitalar que nos cuidados saúde primários, o que significa que não é pelo valor da taxa moderadora que se consegue reduzir a recorrência ao hospital por situações que são menos urgentes. Estima-se que cerca de 70% da população será protegida abrangida por estas isenções, forma total ou parcial. Se pensarmos que Portugal tem cerca de 10 milhões de habitantes, e que tem uma população com comportamentos evidentes de procura excessiva de cuidados de saúde, existem portanto cerca de 7 milhões que de alguma forma não contribuem para a diminuição da despesa que criam ao SNS.

d) Perfil farmacológico (PF) - Corresponde ao recurso de medicação que o utente faz ao recorrer ao SU. O peso dos gastos em medicamentos é extremamente elevado e é um dos itens onde os países que estão com dificuldades de financiamento e sustentabilidade, por isso é sujeito a mais cortes. O consumo medio de farmácia Centro Hospitalar de São João no ano de 2012 foi de 54.396.00€. De acordo com os indicadores da UAGMI o consumo de Farmácia no ano de 2012, foi de 667.805€, no ano de 2011 o consumo foi de 857.249€, com uma variação de redução de -22.1%

e) Material de Consumo Clínico (MCC) – Corresponde ao material de consumo clínico que é necessário usar para prestar cuidados aos utentes (seringas, agulhas, compressas,...) o consumo médio mensal no Centro Hospitalar de São João no ano de 2012 foi de 49.384.00€. De acordo com os indicadores da UAGMI o consumo de MCC no ano de 2012, foi de 475.179€, no ano de 2011 o consumo foi de 513.077, com uma variação de redução de -7.4%

f) Análises laboratoriais e exames de imagem – Corresponde a exames que o médico em função dos sintomas que o utente apresente deve fazer e que vão servir de apoio para um diagnóstico e tratamento mais seguro (por vezes medicina defensiva).

Vários estudos como Grant Innes, MD; Eric Grafstein, MD; Jonathan Mc.Grogan, BSc, 2000 e Pereira et al., 2001, relacionados com esta realidade estão de acordo, que existe quase que um consenso que o uso por parte dos médico em pedir MCDT's, considerado procedimento *standart*. No entanto cada país e cada hospital tem a sua forma própria de trabalhar, de acordo com a tipologia dos utentes que recorrem ao SU. A realidade no SU do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), também tem o seu grupo de MCDT's *standart* é composto por: exames de imagem como Raio X do Tórax com 1 e 2 incidências; análises como Hemograma e Bioquímica (Creatinina, Ureia, Glucose, Sódio, Potássio e Cloretos) no sangue e análise sumária de urina.

No final deste estudo, é esperado que se consiga ter o custo relativo de cada utente considerado pouco urgente e não urgente. O custo é relativo uma vez que não foi aqui estudado o custo dos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos, técnicos). O Centro Hospitalar São João, no SU tem um corpo médico “urgêncista” e enfermeiros com dedicação exclusiva (não trabalham em outros serviços do hospital). Tem ainda os médicos especialistas que fazem urgência uma vez por semana, uns que fazem horário de 24 horas (ortopedia, cirurgia, otorrino, neurocirurgia, neurorradiologia, urologia) outros que fazem 12 horas (gastroenterologia, neurologia), os que fazem 12 horas diurnas em presença física e ficam de prevenção as 12 horas noturnas (20h/08h) como a cirurgia vascular, É objetivo deste estudo, após comparar o numero de utentes e os gastos que estão alocados a estes utentes, o desenvolvimento de campanhas de sensibilização, direcionadas para a população e aos

cuidados de saúde primários, com o intuito de diminuir as admissões sem justificação clínica nestes serviços, de forma a melhorar o seu funcionamento, reduzir custos, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes que efetivamente necessitam de tratamentos hospitalares.

9 - ANÁLISE

O que se pretende explicar ao longo deste trabalho de investigação refere-se aos custos relativos alocados aos utentes que recorrem ao serviço de urgência de um hospital central (CHSJ) e que pelas suas características, poderiam ser observados nos CSP. Para atingir tal objetivo foi recolhida informação sobre um conjunto de episódios de urgência ocorridos no ano de 2012, na primeira quinzena dos meses de Janeiro, Abril e Junho que como já foi referenciado anteriormente a escolha dos meses teve em atenção a sazonalidade. Na Triagem de Manchester um dos discriminadores importantes na maior parte dos algoritmos para determinar a prioridade de pouco urgente (verde) e não urgente (Azul), e o fator tempo de sintomas. Ou seja, se o utente tem sintomas há menos de 7 dias é dada a prioridade verde se os sintomas estão presentes há mais de 7 dias a prioridade é Azul. Suprimiram-se os episódios Emergentes (com pulseira de cor vermelha, observação Emergente), Muito urgente (com pulseira cor de laranja observação até 15 minutos) e observação urgente (com pulseira de cor amarela e observação até 1 hora), pois como casos urgentes que são, não se podem considerar como pouco urgentes ou não urgentes.

Tabela 6 – Distribuição relativa dos episódios de urgência por mês, cor, género e idade

Mês	Cor	Nº episódios	Género				Idade Média	
			F	M	% F	% M	F	M
Jan	Verde	2.033	1.096	937	53,9%	46,1%	50	47
Jun	Verde	2.344	1.217	1.127	51,9%	48,1%	49	47
Abr	Verde	1.876	940	936	50,1%	49,9%	50	48
Jun	Azul	36	13	23	36,1%	63,9%	57	47
Jan	Azul	58	26	32	44,8%	55,2%	51	45
Abr	Azul	28	16	12	57,1%	42,9%	47	50

Na tabela acima, pode verificar-se que o maior número de episódios de urgência se caracteriza como correspondendo a uma utilização mais frequente de prioridade pouco urgentes (Verde) pelo género feminino 51.9% já na utilização pelo sexo masculino é de 48.0%. Na prioridade não urgente (Azul), verifica-se um maior número de utentes do sexo masculino 54% e no género feminino 46%, Estes valores correspondem 6253

episódios não urgentes (verde) e 122 não urgente (Azul) a 6.375 episódios. Num total de 6.375 episódios de urgência aqui considerados. Estes dados vão de encontro a um estudo de Pereira et al. (2001), em que cerca de 51,4% dos utentes que recorrem ao SU eram mulheres em comparação com os homens.

De referir que analisando os utentes não urgentes (Azul), verifica-se que a percentagem é maior nos homens, pode-se concluir que estes, recorrem mais tardiamente ao médico que as mulheres

Relativamente á média de idade, não se verifica nenhuma diferença significativa, a média de idades nos utentes com prioridade não urgente nas mulheres é de cerca de 50 anos e nos homens é de cerca de 47 anos. Nos utentes com prioridade não urgente a média de idades nas mulheres é de 52 anos e nos homens a média de idades é cerca de 47 anos. Os utentes que recorrem aos cuidados hospitalares neste estudo de investigação são de idade média, teoricamente em idade de produtiva. O que seria de esperar de maior afluência dos idosos aos SU, não se verifica pelo menos em situações de não urgência

Barros (2012), refere que, a população idosa tem gastos cada vez mais inferiores. Esta realidade poderá relacionar-se com por dois fatores, as taxas moderadoras, já que o mesmo autor (Barros, 2011) refere que existem cerca de 7 milhões de Portugueses com isenção e o outro fator que pode do mesmo modo levar ao afastamento dessas pessoas ao SU, são as despesas extras com a deslocação ao SU, De referir que a comparticipação nos transportes de ambulância se verificara cortes significativos. O atual cenário económico-financeiro, em que subsistem cortes em todos os escalões e classes sociais, é a população mais velha que é mais afetada, porque voltam a ter os filhos e netos a seu cargo. Os idosos têm ainda despesas importantes com os medicamentos, apesar das alterações das comparticipações e da política de prescrição de genéricos. Henriques (2011), no seu estudo sobre a aderência ao regime medicamentoso, considera que cerca de 80% da população idosa toma pelo menos um medicamento e que um grande número de idosos toma quatro a cinco medicamentos para diversas patologias. Esta situação poderá explicar a menor deslocação da população mais idosa no SU, quando comparada com população com idade inferior e

com menos patologias mas tendo sempre em consideração neste caso os utentes pouco urgentes ou não urgentes.

Não contando tudo isto com o trabalho dos recursos humanos que poderiam estar a tratar utentes mais urgentes. Estes utilizadores de SU hospitalar sem justificação clínica tem conhecimento de base que vindo a esta instituição a probabilidade de realizar exames de diagnóstico é elevada, logo sendo isentos ou não das taxas moderadoras, sabem que poderá haver um gasto monetário direto, mas que nunca ultrapassa o teto máximo fixado pelo ministério da saúde que é de 50€. A este valor o utente tem apenas de anexar o gasto da deslocação. Ou seja, o utente veio a uma instituição onde foi observado pelo médico, fez exames de diagnóstico e recebeu os resultados algumas horas mais tarde. De referir que sendo o CHSJ um hospital, com faculdade de medicina incorporada o recurso a exames para um diagnóstico mais fiável é admissível.

Tabela 7- Distribuição relativa dos episódios de urgência por mês, cor e custo médio

Mês	Cor	Nº episódios	Custo médio				
			PF	MCC	Anal.	Exames	Total
Jan	Verde	2.033	0,80	1,19	3,17	6,24	11,40
Jun	Verde	2.344	0,80	1,40	2,11	6,90	11,20
Abr	Verde	1.876	0,65	1,13	2,39	9,34	13,51
Jun	Azul	36	0,35	1,12	0,22	0,32	2,01
Jan	Azul	58	0,40	1,74	6,97	3,66	12,77
Abr	Azul	28	0,30	2,03	0,52	0,39	3,25

Na Tabela 7, apresenta-se a distribuição relativa, dos custos medio por utente estudado. Pode-se verificar que o mês que mais utentes teve foi o de Janeiro com 2.033 admissões cor de pulseira verde e com 58 com pulseira de cor azul, nos primeiros 15 dias e o custo total também foi mais elevado o preço relativo por episodio de verdes foi de 6.24 euros enquanto o preço relativo dos azuis foi de 12.77. Este valor é relativo porque como já foi referido não esta aqui contabilizado o valor referente aos recursos humanos e hotelaria. O estado pagou em 2012 por cada episódio de urgência o valor de 112.07 €, este ano de 2014 e no próximo ano de 2015 o valor que será atribuído é de 107.59€

Apesar dos utentes serem triados com prioridade pouco urgente ou não urgente, verifica-se que no mês de Janeiro, dos utentes pouco urgentes num total de 2033 analisados, 535 consumiram medicação; 1.101 consumiram MCC que foram usados para a preparação de terapêutica porque muitos fazem medicação intravenosa ou intramuscular e colheita de análises, 620 utentes fizeram análises, teve os gastos do MCC e 540 utentes realizaram exames de imagem, que pode ser Rx, Ecografia ou Tac, gastos com as tecnologias para a resolução da imagem.

No mês de Abril dos utentes pouco urgentes num total de 1876 analisados 611 consumiram medicação; 1.184 consumiram MCC pelas razões acima indicadas, 446, foram submetidos à realização de análises e 547 utentes realizaram exames de imagem. Verifica-se que neste mês apesar de ter menos utentes que o mês de Janeiro houve mais consumo de medicação, logo mais consumo de MCC porque estão ambos relacionados e também se fizeram mais exames de imagem.

No mês de Junho, dos utentes pouco urgentes num total de 2344 analisados, 689 consumiram medicação; 1.504 consumiram MCC pelas razões acima indicadas, 601, foram submetidos à realização de análises e 703 utentes realizaram exames de imagem. Comparativamente aos meses anteriores, o número de utentes foi mais elevado, foi o mês que teve mais utentes a fazer terapêutica, mais consumo de MCC, houve mais recurso ao estudo analítico que no mês de abril mas menos que no mês de Janeiro e quanto ao recurso à realização de exames verificou-se mais que nos meses anteriores.

No mês de Janeiro dos utentes não urgentes num total de 58 analisados, 14 consumiram medicação; 42 consumiram MCC, 10 utentes fizeram análises, 7 utentes realizaram exames de imagem.

No mês de Abril dos utentes não urgentes num total de 28 analisados 5 consumiram medicação; 23 consumiram MCC pelas razões acima indicadas, 2 foram submetidos à realização de análises e 1 utente realizou exames de imagem. Verifica-se que neste mês teve menos utentes que o mês de Janeiro menos consumo de medicação, e como consequência menos consumo de MCC e também menos exames de imagem.

No mês de Junho, dos utentes não urgentes num total de 36 analisados, 3 consumiram medicação; 26 consumiram MCC, 2, foram submetidos á realização de análises e 2 utentes realizaram exames de imagem. Comparativamente aos meses anteriores, o número de utentes foi mais baixo que Janeiro e foi mais elevado que o mês de Abril. Foi o mês com recurso a medicação mais baixo, quanto as analises e exames de imagem foi equiparado.

O CHSJ, é um hospital polivalente, com todas as especialidades, existindo algumas que são metropolitanas (abrange toda a área Metropolitana do Porto), como é o caso de psiquiatria, otorrino e urologia e oftalmologia embora esta última especialidade seja dividida quinzenalmente com o Centro Hospitalar do Porto no período noturno. Assim se explica, que estas especialidades sejam das mais procuradas, principalmente oftalmologia e otorrino, como se pode verificar nos quadros abaixo indicados:

Tabela 8 - Especialidades: 10+, Janeiro 2012, cor verde

Especialidade	Nº Contactos
Emergência Médica	785
Oftalmologia	419
Otorrino	234
Ortopedia	229
Cirurgia Geral	204
Psiquiatria	73
Estomatologia	39
Dermatologia	37
Cirurgia Vascular	32
Urologia	18
Total	2.070

Tabela -9 - Especialidades: 10+, Abril 2012, cor verde

Especialidade	Nº Contactos
Emergência Médica	728
Oftalmologia	427
Otorrino	212
Ortopedia	208
Cirurgia Geral	206
Estomatologia	59
Psiquiatria	47
Cirurgia Vasculuar	47
Dermatologia	27
Urologia	18
Total	1.979

Tabela 10- Especialidades: 10+, Junho 2012, cor verde

Especialidade	Nº Contactos
Emergência Médica	949
Oftalmologia	478
Ortopedia	288
Otorrino	279
Cirurgia Geral	264
Psiquiatria	74
Estomatologia	48
Cirurgia Vasculuar	32
Dermatologia	31
Doenças Infeciosas	19
Total	2.462

Da análise da tabela acima exposta, e relativamente aos utentes pouco urgentes (cor verde), pode-se constatar que independentemente do mês, as 5 primeiras especialidades são as mesmas trocando de posição no mês de Junho a ortopedia que é a 3^a especialidade procurada por troca com otorrino, embora a diferença entre elas seja marginal, esta troca pode ter a ver com o fato de Junho ser mês de verão e férias.

Tabela 11 - Especialidades: 10+, Janeiro de 2012, cor azul

Especialidade	Nº Contactos
Emergência Médica	36
Cirurgia Geral	10
Oftalmologia	5
Otorrino	3
Estomatologia	2
Doenças Infeciosas	2
Dermatologia	2
Psiquiatria	1
Ortopedia	1
Total	62

Tabela 12 - Especialidades: 10+, abril 2012, cor azul

Especialidade	Nº Contactos
Emergência Médica	20
Cirurgia Geral	5
Psiquiatria	3
Dermatologia	2
Otorrino	1
Oftalmologia	1
Ortopedia	1
Total	33

Tabela 13 - Especialidades: 10+, Junho 2012, cor azul

Especialidade	Nº Contactos
Emergência Médica	23
Cirurgia Geral	4
Oftalmologia	4
Dermatologia	3
Otorrino	2
Ortopedia	2
Total	38

Dos quadros acima referenciados verifica-se que nos utentes não urgente, existe maior diversidade de especialidades nos meses em estudo (10+), embora ligeira e mantendo-se a emergência médica em primeiro mas a cirurgia é a 2º especialidade procurada nos meses do estudo, enquanto nos utentes pouco urgente era a oftalmologia

Tabela 14-Diagnóstico: 10+ Janeiro, 2012, cor verde

Diagnóstico	Nº Episodio	% no total
Abandono s/ intervenção médica	111	5,46%
Corpo estranho da córnea	54	2,66%
Conjuntivite aguda	49	2,41%
Rolha de cerúmen	39	1,92%
Blefarconjuntivite	35	1,72%
Lumbago	34	1,67%
Infeção do trato urinário em local n/ especificado	29	1,43%
Úlcera da córnea	27	1,33%
Epistaxis	26	1,28%
Infeção aguda das vias respiratória superior local n/ especificado	25	1,23%
Sub-total	429	21,10%
Total	2.033	100,00%

Tabela 15 - Diagnóstico: 10+ Abril, 2012, cor verde

Diagnóstico	Nº Episodio	% Total
Corpo estranho da córnea	79	4,21%
Conjuntivite Aguda	57	3,04%
Rolha de cerúmen	45	2,40%
Hemorragia Conjuntival	40	2,13%
Lumbago	39	2,08%
Infeção do trato urinário em local n/ especificado	35	1,87%
Blefarconjuntivite	33	1,76%
Doenças e Afeções dos dentes e suas estruturas de sustentação Ncop	32	1,71%
Blefarite	30	1,60%
Amigdalite Aguda	29	1,55%
Sub-Total	419	22,33%
Total	1.876	100,00%

Tabela 16: 10+, Junho 2012, cor verde

Diagnóstico	Nº Episodio	% Total
Abandono s/ intervenção médica	97	4,14%
Corpo estranho da córnea	88	3,75%
Rolha de cerúmen	74	3,16%
Conjuntivite aguda Soe	58	2,47%
Queratite (ocular)	52	2,22%
Infeção do trato urinário em local n/ especificado	43	1,83%
Hemorragia Conjuntival	39	1,66%
Estado de ansiedade Ncop	31	1,32%
Lumbago	30	1,28%
Cefaleia	26	1,11%
Sub-total	538	22,95%
Total	2.344	100,00%

As 3 tabelas anteriores (14, 15 e 16) referem-se aos diagnósticos 10+ verificados nos meses do estudo. Um dos diagnósticos de alta dos utentes e que se verifica em grande número, são os abandonos sem intervenção médica ou seja abandonaram o SU sem serem observados pelo médico. Resultado que também se verifica nos utentes de cor azul como se verifica mais á frente. O CHSJ, nos indicadores pertencentes ao ano de

2012, da UAGMI, revela que o tempo médio de espera nestas duas prioridades da triagem de Manchester, é muito elevado fruto do grande número de doentes que se verifica diariamente nesta urgência polivalente.

Tabela 17 - Tempo médio de espera para observação médica

	Jan-12	Fev-12	Mar-12	Abr-12	Mai-12	Jun-12
Verdes	84	101	64	55	70	67
Azuis	155	219	116	108	119	133

FONTE: ALERT®

Depois, tem os diagnósticos do foro de oftalmologia, dado que é uma das especialidades mais procuradas como dados descritos anteriormente.

Outro dos diagnósticos, mais efetuados são as infeções do trato urinário, que vem confirmar a literatura relativamente a este problema de saúde que abrange em maior percentagem as mulheres.

Tabela 18- Diagnóstico: 10+, Janeiro 2012, Cor Azul

Diagnóstico	Nº Episodio	% Total
Abandono s/ intervenção médica	16	27,59%
Intoxicação Alcoólica Aguda	8	13,79%
Lumbago	1	1,72%
Otite externa infecciosa Soe	1	1,72%
Situação Soe, de pessoa procurando consulta sem haver doença	1	1,72%
Estado de ansiedade Ncop	1	1,72%
Otite Média Aguda n/ supurativa s/ rutura espontânea do Tímpano	1	1,72%
Doenças dos tecidos moles da boca Ncop ou não especificado	1	1,72%
Onicomicose no dedo	1	1,72%
Laringite aguda	1	1,72%
Sub-total	32	55,17%
Total	58	100,00%

Tabela 19 - Diagnóstico: 10+, Abril 2012, cor azul

Diagnóstico	Nº Episodio	% Total
Abandono s/ intervenção médica	8	28,57%
Intoxicação Alcoólica Aguda	2	7,14%
Eritema ou erupção não especificada da pele	2	7,14%
Quisto Sebáceo	2	7,14%
Verruga palpebral	1	3,57%
Ferimento do dedo da mão s/ menção de complicação	1	3,57%
Lombalgia (sinonimo)	1	3,57%
Rosácea	1	3,57%
Candidíase da boca	1	3,57%
Dermatite de contacto e outros eczemas	1	3,57%
Sub-total	20	71,43%
Total	28	100,00%

Tabela 20 - Diagnóstico: 10+, Abril 2012, Cor azul

Diagnóstico	Nº Episodio	% Total
Abandono s/ intervenção médica	11	30,56%
Dermatite de contacto e outros eczemas	3	8,33%
Nevo, não neoplásico	2	5,56%
Situação Soe, de pessoa procurando consulta sem haver doença	2	5,56%
Estado de ansiedade n/ especificado	1	2,78%
Neoplasia de natureza n/ especificada dos ossos e tecidos moles	1	2,78%
Contusão de dedo da mão	1	2,78%
Abcessos	1	2,78%
Ciática	1	2,78%
Ferida operatória que não cicatriza	1	2,78%
Sub-total	24	66,67%
Total	36	100,00%

Como tinha referenciado anteriormente também nos utentes não urgentes, a percentagem de utentes que abandonaram o SU sem intervenção médica foi elevado e surge nos meses de Janeiro e Abril a intoxicação alcoólica aguda. Os restantes diagnósticos têm caráter diversificado.

Tabela 21 - Produtos Farmacêuticos: 10+, Janeiro 2012, Cor verde

Designação do produto	Nº Unidades
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 10 ml IV	172
Agua Destilada 10 ml	144
Metoclopramida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	119
Diclofenac 75 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IM IV	97
Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml	94
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação	90
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 100 ml IV	82
Brometo Ipratrópio 0.25 mg/2 ml Sol inal neb. Fr 2 ml	75
Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	67
Hidrocortisona 100 mg Pó sol inj Fr IM IV	66
Total	1.006

Tabela 22 - Produtos Farmacêuticos: 10+, Abril 2012, Cor Verde

Designação do produto	Nº Unidades
Agua Destilada 10 ml	188
Metoclopramida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	148
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 10 ml IV	132
Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml	118
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 100 ml IV	116
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação	113
Acetilsalicilato Lisina 1800 mg Pó sol inj Fr IM IV	106
Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	104
Cloranfenicol 10 mg/g Pom oft Bisn 5 g	75
Diclofenac 75 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IM IV	72
Total	1.172

Tabela 23- Produtos Farmacêuticos: 10+, Junho 2012, Cor verde

Designação do produto	Nº Unidades
Água Destilada 10 ml	199
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 10 ml IV	162
Metoclopramida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	162
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 100 ml IV	126
Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	114
Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml	104
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação	100
Hidrocortisona 100 mg Pó sol inj Fr IM IV	96
Acetilsalicilato Lisina 1800 mg Pó sol inj Fr IM IV	94
Diclofenac 75 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IM IV	91
Total	1.248

Da análise que se faz dos Produtos Farmacêuticos da amostra em questão verifica-se que são os mesmos produtos, alterando apenas a sua posição. São produtos usados no tratamento da dor (Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC, Acetilsalicilato Lisina 1800 mg Pó sol inj Fr IM IV e Diclofenac 75 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IM IV), no tratamento do trauma (Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml e Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação), tendo apenas a diferença da quantidade fornecida. Da mesma forma se comportou o material de Consumo Clínico, como seria de esperar, sendo também a diferença da quantidade fornecida. Seguem abaixo os quadros dos 10+ de Material de Consumo Clínico.

Tabela 24 - Material de Consumo Clínico: 10+, Janeiro de 2012, Cor verde

Designação do produto	Nº Unidades
Luva de exame em nitrilo s/pó n/estéril média	2.724
Compressa tnt n/estéril 7,5x7,5cm	1.973
Protetor p/termómetro auricular genius	608
Conector macho/fêmea luer-lookp/cataterismo iv	431
Cateter c/ag. Punção venosa 20g	421
Agulha irrecuperável 19gx1	369
Tubo c/hepar.litio/gel 12x75mmp/5ml sangue (colheita fechada	327
Seringa irrecuperável 5ml	304
Tubo c/edta k3 12x75mm p/3mlsangue (colheita fechada)	276
Adaptador estéril. Luer (colheita fechada)	270
Total	7.703

Tabela 25 - Material de Consumo Clínico: 10+, Abril de 2012, Cor verde

Designação do produto	Nº Unidades
Luva de exame em nitrilo s/pó n/estéril média	2.605
Compressa tnt n/estéril 7,5x7,5cm	1.862
Protetor p/termómetro auricular genius	766
Conector macho/fêmea luer-lookp/cateterismo iv	407
Agulha irrecuperável 19gx1	400
Cateter c/ag. Punção venosa 20g	395
Seringa irrecuperável 5ml	294
Compressa tnt esterilizada 10x10cm	253
Seringa irrecuperável 10ml	245
Tubo c/hepar.lítio/gel 12x75mmp/5ml sangue (colheita fechada	220
Total	7.447

Tabela 26 - Material de Consumo Clínico: 10+, Junho de 2012, Cor verde

Designação do produto	Nº Unidades
Luva de exame em nitrilo s/pó n/estéril média	3.075
Compressa tnt n/estéril 7,5x7,5cm	2.332
Protetor p/termómetro auricular genius	974
Conector macho/fêmea luer-lookp/cateterismo iv	533
Cateter c/ag. punção venosa 20g	507
Agulha irrecuperável 19gx1	471
Seringa irrecuperável 5ml	368
Tubo c/hepar.lítio/gel 12x75mmp/5ml sangue (colheita fechada	346
Tubo c/edta k3 12x75mm p/3mlsangue (colheita fechada)	315
Adaptador estéril. Luer (colheita fechada)	279
Total	9.200

O consumo em produtos farmacêuticos na Prioridade da triagem de Manchester, não urgente, verifica-se que os meses de janeiro e Abril é o mesmo, alterando apenas a quantidade e o posicionamento na tabela 10+. No mês de Junho há diversificação dos produtos, embora não se consiga fazer os 10+ neste mês, tal como no mês de Abril.

Tabela 27 - Produtos Farmacêuticos: 10+, Janeiro 2012, Cor azul

Designação do produto	Nº Unidades
Glucose 50 mg/ml (5%) + Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 1000 ml IV	8
Tiamina 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	7
Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml	4
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação	4
Hidrocortisona 100 mg Pó sol inj Fr IM IV	2
Diclofenac 75 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IM IV	1
Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	1
Brometo Ipratrópio 0.25 mg/2 ml Sol inal neb Fr 2 ml	1
Metoclopramida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	1
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 100 ml IV	1
Total	30

Tabela 28 - Produtos Farmacêuticos: 10+, Abril 2012, Cor azul

Designação do produto	Nº Unidades
Tiamina 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	3
Glucose 50 mg/ml (5%) + Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 1000 ml IV	3
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 100 ml IV	1
Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml	1
Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	1
Metoclopramida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	1
Gaze Vaselineada (10x10) cm	1
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação	1
Total	12

Tabela 29 - Produtos Farmacêuticos: 10+, Junho 2012, Cor azul

Designação do produto	Nº Unidades
Atropina Colirio	3
Gelatina 78 mg/6.5 g + Glicerol 5532 mg/6.5 g Gel rect Bisn 6.5 g	2
Iodopovidona 100 mg/ml Sol cut Fr 10 ml	1
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 10 ml IV	1
Metoclopramida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	1
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 120 ml Irrigação	1
Cloreto Sódio 9 mg/ml (0,9%) Sol inj Fr 500 ml IV	1
Total	10

O dispêndio em Material Clínico na Prioridade da Triagem de Manchester, não urgente, nos meses de Janeiro e Abril é o mesmo, alterando apenas a quantidade e o posicionamento na tabela 10+. No mês de Junho há diversificação do material clínico. Estes resultados vão de encontro ao verificado nos mesmos meses para a cor verde, mas em virtude da amostra ser muito pequena estes resultados praticamente não tem significado

Todos os dados aqui referenciados, foram colhidos de forma manual em virtude das dificuldades encontradas, para a colheita de dados de forma informatizada que poderia dar mais relevo aos resultados. Tendo em conta o objetivo, posso concluir que amostra é demasiado pequena, para obter os resultados mais abrangentes. Este estudo beneficiava com uma amostra mais alargada, dado o nº de utentes que recorre anualmente ao CHSJ a quem é atribuída a prioridade (através da Triagem de Manchester), pouco urgente ou não urgente.

10 – CONCLUSÃO

Em Portugal, como em outros países da OCDE, os custos com a produção de cuidados de Saúde, continuam sem controlo por parte dos governos dos diferentes estados.

As causas para esses resultados, são de todo conhecidos, quer as causas do lado da oferta quer da do lado procura, ou seja os gastos com:

- Envelhecimento da população, nos últimos dados da OCDE (2014), a esperança média de vida há nascença em Portugal é de 84 anos para a as mulheres e de 77 anos para os homens);
- Aumento das expectativas dos consumidores, exigem cada vez mais das instituições de saúde;
- Mão-de-obra intensiva, com elevado grau da especialização, os profissionais de saúde tentam atualizar-se cada vez mais, para uma boa qualidade na prestação de cuidados aos seus utentes. Com as novas doenças cada vez mais difíceis de controlar existe essa necessidade de atualização;
- Inovação tecnológica. As tecnologias estão em constante inovação. Seja de medicamentos cada vez mais eficazes, para as patologias já existentes que seja novos medicamentos para patologias que surgem (exemplo mais recente o Èbola). As tecnologias de equipamento também cada vez maior poder de resolução, apoiando ao diagnóstico mais diferenciado.

Há a necessidade de uma organização simultânea dos Hospitais, dos Cuidados de Saúde Primários, juntamente com os Organismos Oficiais, de possuírem em colaboração conjunta, medidas estruturais, políticas e financeiras, para a melhoria da qualidade, eficiência e restantes “outcomes” clínicos dos cuidados prestados aos cidadãos no global. Como é o exemplo que está em desenvolvimento - **Registo de Saúde Eletrónico** de modo a facilitar a integração de cuidados e de melhoria do acesso por parte dos cidadãos. Atualmente existe já essa cooperação entre instituições públicas, embora ainda necessite de continuar a melhorar. Existe também a necessidade de alargar essa cooperação entre as instituições públicas e privadas que neste momento não se verifica.

Atuando desta forma os objetivos para a promoção e prevenção em Saúde são fundamentais, e certamente que muito beneficiaram os utentes, que não recorrem tão assiduamente aos serviços de urgência dos hospitais. Desta forma os recursos financeiros que se gastam com os utentes que se deslocam ao SU hospitalar sem motivo urgente, serão canalizados para outras áreas da saúde com maior proveito para todos. Como verificamos nesta investigação o número de utentes que é admitido no SU hospitalar sem motivo é elevado, levando assim a gastos económicos ao SNS, diminuição da eficiência nos cuidados de urgência aos utentes que efetivamente necessitam. A equidade no fornecimento dos serviços de saúde à população, sempre foi uma preocupação do Estado Português para com a sociedade. Face a conjuntura de crise económico-financeira e social a que assistimos não só em Portugal mas em muitos outros países dentro e fora da Europa, esse paradigma está a ser muito afetado, e pode vir a sê-lo ainda mais, se não se registarem melhoras em muitos aspetos operacionais, para minimizar esses problemas.

A problemática do recurso ao SU hospitalar, sem justificação clínica tem sido tema de debate em muitas sociedades modernas assim como instituições internacionais. O uso excessivo de utentes no SU dos nossos hospitais provoca tempos de espera prolongado. No período que decorreu este estudo de investigação (Ano de 2012) o tempo médio de espera no mês de Janeiro para os utentes pouco urgentes foi de 84 minutos e para os utentes não urgentes 155 minutos. No mês de abril o tempo médio para os utentes pouco urgentes foi de 55 minutos, enquanto o tempo médio dos utentes não urgentes foi de 108 minutos. No mês de junho o tempo médio para os utentes pouco urgentes foi de 67 minutos e o tempo médio dos utentes não urgentes foi de 133 minutos. Obviamente estes tempos também vão influenciar a observação dos utentes que estão triados com prioridade Urgente (cor de pulseira amarela), fazendo com que o seu tempo de espera para observação e tempo médico de estadia no SU seja mais elevado.

Existe a necessidade de criar políticas para contrariar este uso recorrente aos SU hospitalares. Em Portugal, foram criadas algumas políticas como a instauração das taxas moderadoras e, posteriormente o seu aumento, como é expresso no Decreto-Lei Nº 113/2011 e mais tarde no Decreto-Lei Nº 128/2012, que neste ano de 2014 é de 20.60€. Esta resolução alvo de muita mediatização e controvérsia em Portugal, pelo que a opinião pública colocou em causa era contra um dos princípios fundamentais do SNS

Português, o acesso garantido a todos, conforme a Lei 56/79 de Setembro. Nesta Lei referia a questão da gratuidade do serviço, no entanto contemplava já a possibilidade da criação de taxas moderadoras - a questão do “tendencialmente gratuito” (Ministério da Saúde, 2010). A polémica é ainda mais salientada quando emergem opiniões diversas quanto ao impacto destas medidas na população. A comunicação social insiste em assegurar que as novas taxas moderadoras e seus agravamentos já aclaradas, afastam utentes dos SU, recentemente o Ministro da Saúde, Paulo Macedo, afirmou, num comunicado público, que, de acordo com um estudo que o próprio ordenou, não subsiste *de facto* afastamento dos utentes dos cuidados de saúde, e que houve, na realidade, uma significativa melhoria na afluência aos cuidados de saúde, principalmente aos cuidados de urgência hospitalares, aumentando por isso a afluência aos CS. Para a população portuguesa, estas conclusões serão difíceis de tirar dado que no cenário económico-financeiro e social que o País enfrenta, a questão da quebra da afluência a determinados serviços pode estar relacionado mais com a falta de recursos financeiros dos utentes, do que exatamente com a introdução de taxas e consciencialização da população Portuguesa.

Em função desta realidade, justificou-se e tornou-se importante o desenvolvimento deste estudo, pois procura verificar os custos que os utentes pouco urgentes e não urgentes gastam ao SNS. Confrontar as pessoas com os resultados para que se possam educar e modificar comportamentos, por forma não a limitar o acesso aos utentes mas sim a encaminhá-los para cuidados de saúde mais indicados de acordo com a sua condição de saúde.

Toda a informação do estudo, foi recolhida manualmente em cada episódio de urgência pouco urgente e não urgente no ano de 2012 no mês de janeiro, abril e junho no serviço da Urgência Geral de Adultos do Hospital de São João. Esta informação foi tratada de uma forma específica, embora houvesse alguma dificuldade na caracterização do diagnóstico que nem sempre foram de acordo com a codificação existente. Pela análise, dos dados, chegou-se a algumas conclusões prováveis, face à literatura analisada, e a outras imprevistas, o que veio tornar este estudo uma mais-valia ainda mais interessante e importante para o aperfeiçoamento do conhecimento científico nesta área específica.

Como se constatou neste estudo a maior afluência ao SU-hospitalar é efetuada por mulheres, cerca de 49% e cerca de 47% de homens, nesta amostra do estudo em que

apenas contempla utentes pouco urgente e não urgente, mas que vai de encontro ao verificado na literatura analisada (Pereira et al., 2001). Em termos de idades, após a divisão de idades por categorias, apurou-se que a maior parte dos utentes teriam entre 31 e 60 anos. No estudo de Pereira et al. (2001), apenas são divididas as idades entre 18 e 60 anos e superior a 60 anos, no entanto, encontraram-se diferenças nestes grupos quanto à afluência ao SU, sendo que a maior parte dos utentes tem até 60 anos. Num outro estudo realizado em Portugal (Silva, 2012) verificou-se também que a maior afluência seria dos utentes com idades entre os 35 e os 64 anos, o que vai de encontro aos resultados apurados neste estudo.

Para a escolha do período de estudo tive em atenção o facto de afluência ao longo do ano sofrer variações. Esta variação tem-se verificado com a sazonalidade. O inverno a afluência é maior, mas esses números verificam-se analisando a totalidade (Indicadores do CHSJ 2012) dos utentes admitidos no SU, devido aos sintomas respiratórios e que se propagam entre a população com mais facilidade que outras patologias. Porque se nos seguir-mos apenas pela amostra do estudo, o mês em que foram admitidos mais utentes, foi o mês de Junho com um total de 2380 (1º quinzena), contra 2091 no total do mês de Janeiro. De referir que durante o ano de 2012 o maior número de utentes verificou-se em Maio com 12831 e com o menor número de utentes admitido foi de 11216 no Mês de Abril e comparando com o ano de 2011, o mês de maior número também foi de Maio com 14382, já o mês de menor número de utentes verificou-se no mês de novembro.

Esta situação pode ser modificada houver informação aos utentes, se existirem campanhas nacionais de sensibilização para o uso dos cuidados de saúde primários, dos custos que estão associados ao uso sem necessidade de uma urgência hospitalar. Uso de campanhas que consigam ter impacto e que sirvam para que a população seja responsabilizada pela correta utilização dos serviços que o Estado coloca ao dispor das populações. Campanhas positivas a favor dos cuidados de saúde primários e que levem os utentes acreditarem que esses cuidados são de qualidade.

Por fim mencionar que houve algumas limitações a este estudo que se prendem com o facto de ter necessidade de estudar cada processo individualmente e manualmente devido por vezes á falta de informação nos locais corretos do sistema Alert. Fica em aberto a continuidade deste estudo com uma amostra de maior magnitude. Fazer o

mesmo estudo noutra hospital também polivalente mas sem faculdade associada e sem corpo clínico exclusivo. Seria interessante que o estudo abrangesse os custos dos recursos humanos e fosse também feita a análise se o utente está isento ou faz pagamento direto.

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central de Serviços de Saúde [ACSS] (2011). *Projecto de Revisão de categorias de isenção e actualização de valores das taxas moderadoras.*: acedido em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/824D0B9F-A26B-4AA6-B1DE-9ED7ED9098E9/0/revMSclean20Dez11_FaqsTM.pdf.

Administração Central de Serviços de Saúde [ACSS] (2013). *Circular Normativa Nr 05/2013: Atualização do valor de Taxas Moderadoras.* Acedido em https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=41c9c08e06&view=att&h=14256b375ab0d127&attid=0.1&disp=inline&realattid=f_ho00aqd50&safe=1&zw&saduie=AG9B_P8hGogbvoJBVr-2oAanrojH&sadet=1384463099838&sads=PAiNNp5ECnhCrtqiu35ePvF96-s.

Barros, P. P. (2012). Health policy reforms in tough times: the case of Portugal. *HealthPolicy*, 106(1), 17-22.

Barros, P.P (2009) *Economia da saúde- Comportamentos e conceitos* (2º ed.). Edições Almedina. SA

Borja-Santos, R. (2012). *Taxas moderadoras afastam 1800 pessoas por dia nas urgências.* Acedido em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/taxas-moderadoras-afastam-pessoas-das-urgencias-1573482>.

Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O fio condutor* (3ª ed). Almedina: Lisboa.

Carret, M., Fassa, A. & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC HealthServices Research*, 7, 131-137

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência [CRRNEU] (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.* Acedido em:

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>.

Contrato programa 2012: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos.
Acedido em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2012.pdf

Contrato programa 2013: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos.
Acedido em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2013.pdf

Contrato programa 2014: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos.
Acedido em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2014.pdf

Decreto-Lei n.º56/79 de 26 de Agosto. Acedido em:
http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Leis_area_saude.aspx.

<https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/02/04000/0113301133.pdf>

Decreto-Lei n.º173/2003 de 1 de Agosto. Acedido em: <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/tabid/142/language/pt-PT/Default.aspx>.

Decreto-Lei n.º 113/2011. Acedido em:
<http://dre.pt/pdfs/2011/11/22900/0510805110.pdf>.

Decreto-Lei n.º 128/2012 de 21 de Junho. Acedido em: <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/tabid/142/language/pt-PT/Default.aspx>.

Deloitte: *Saúde em análise; uma visão para o futuro, 2011*
Acedido em: [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2011). *Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público*. Acedido em:
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/34/Relatorio_Preliminar_Nete_Hospitalar.pdf.

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2011). *Análise e sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde 2011*. Acedido em: https://www.ers.pt/pages/18?news_id=12

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2011). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Acedido em:
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2013). *O novo regime jurídico das taxas moderadoras*. Acedido em:
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/892/Estudo_Taxas_Moderadoras.pdf

Eira, A. A. (2010). *A Saúde em Portugal: a procura de cuidados de saúde privados*. Dissertação de Mestrado em Economia. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto. 72 pp.

Freitas, P. (1997). *Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester*. BMJ-Publishing Group. 154pp.

Henriques, M. A. P. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso do idoso em comunidade: eficácia das intervenções de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa. 252 pp.

Indicadores de atividade da Unidade Autónoma de Gestão de Medicina Intensiva, *Serviço de Urgência*, Intranet, Centro Hospitalar de São João 2012

Instituto Nacional Estatística, Conta Satélite da Saúde, base 2011, 2010-2013 Pe

Acedido em:

<https://www.google.pt/search?newwindow=1&q=INE+medicamentos+12+setembro&q=INE+medicamentos+12+setembro...>

Lei n.º 48/1990 de 3 de Agosto. Diário da República, 1.ª Série, n.º 195 de 24 de agosto de 1990, 3452-3459. Lei de Bases da Saúde.

Lei n.º 66-B/2012 de 31 de Dezembro. Diário da República, 1ª Série, nº252 de 31 de Dezembro de 2012, 42-240. Orçamento do Estado para 2013.

Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica

Acedido em : http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

Ministério da Saúde (s.d.) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em:

<http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.

Ministério da Saúde (2010). *História do SNS*. Acedido em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>. 71

Ministério das Finanças (2012). *Orçamento de Estado para 2013*. Acedido em:

http://www.portugal.gov.pt/media/736269/oe2013_rel.pdf.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2012). *Relatório de Primavera 2012*. Acedido em:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf>.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2013). *Relatório de Primavera 2013*. Acedido em:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2014). *Relatório de Primavera 2014*. Acedido:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>.

OCDE: *Health Working Papers n° 60: Health Spending Growth at Zero*
Morgan D; R. Astolfi. Acedido em : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending-growth-at-zero_5k4dd1st95xv-en

Oliveira, A. (2006). Urgência Básica. *Acta Médica Portuguesa*. 19, 269-274.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2008). *KeyInformantSurvey*. Acedido em:
www.who.int/whosis.

O'Brien, G. M., Shapiro, M. J., Fagan, M. J., Woolard, R. W., O'Sullivan, P.S.& Stein, M. D. (1997). Do Internists and Emergency Physicians Agree on the Appropriateness of Emergency Department Visits?. *PUB MED*. Acedido em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9100145>.

Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas de saúde, Caminho para a cobertura universal. Acedido em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf

Renee M. Gindi, Ph.D.; Robin A. Cohen, Ph.D.; and Whitney K. Kirzinger, M.P.H.2011. *Emergency Room Use Among Adults Aged 18–64: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, by Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics*. Acedido em:
http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/emergency_room_use_january-june_2011.pdf

Silva, C. (2009). *A qualidade do serviço de Urgência: Perceções dos utentes e dos prestadores*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Faculdade de Economia e Gestão, Universidade de Aveiro, Aveiro. 260 pp.

Tribunal de Contas: Auditoria para o desempenho de unidades funcionais de cuidados saúde primários. Acedido em: <http://www.tcontas.pt/>

Tribunal de Contas: Auditoria orientada á consolidação de contas e análise á situação económico-financeira do SNS – 2011. Acedido em Acedido em: <http://www.tcontas.pt/>

World Health Statistics 2014. Acedido em
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/