Estudo sobre o Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Ficha técnica

Título
Estudo sobre o Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviços de Qualidade como Objetivo de Futuro | Julho 2016
Com base no Estudo Técnico elaborado por:
Universidade de Aveiro
Coordenação
Filipe Teles
Equipa
Gonçalo Santinha
Daniel Polónia
Consultores externos:
António Isidoro (médico)
Rosário Reis (administradora hospitalar)
Ana Rosete (administradora hospitalar)
Rosa Tomás Conceição

ÍNDICE

NOTA PRÉVIA **4**

SUMÁRIO EXECUTIVO **5**

ANEXOS

I - BREVE CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE AVEIRO 17

II – UTILIZAÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE NA REGIÃO DE AVEIRO 39

III - A UNIVERSIDADE DE AVEIRO E A SAÚDE NA REGIÃO 66

IV – CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA 711

V – CONDICIONANTES DO ESTUDO 1100

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1255

Nota Prévia

Este documento estrutura toda a informação recolhida, discutida e consensualizada pelo grupo de trabalho formado pela Universidade de Aveiro e apresenta um conjunto de recomendações para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV).

O grupo de trabalho em apreço foi constituído, em julho de 2014, na sequência da publicação da Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, que estabelecia os critérios de classificação dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, integrando o Centro Hospitalar do Baixo Vouga no grupo I. Por se entender que tal classificação merecia ser revista, e por solicitação da Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA), procedeu-se à elaboração do presente estudo.

Para o efeito, reuniu-se informação diversa, fornecida pela Administração Regional de Saúde do Centro, pelo Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, extraída de sítios na internet (por ex, o site de benchmarking da ACSS) e submeteu-se a primeira versão do trabalho à apreciação da CIRA no início do ano 2015.

A versão que agora se apresenta integra os contributos resultantes dessa primeira apreciação feita ao documento. Saliente-se, contudo, que não se procedeu à reformulação na íntegra do trabalho, com evidentes impactos na atualidade do mesmo. Por essa razão, e a título de exemplo, os elementos estatísticos que se apresentam –nomeadamente nos anexos II ou IV – e que agora se poderão considerar desatualizados, eram os mais recentes, à data da realização do trabalho (2º semestre de 2014).

Importa finalmente realçar que a citada Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, que esteve na origem da formação deste grupo de trabalho, foi entretanto revogada pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, tendo esta circunstância sido preponderante para que o grupo entendesse não reformular o estudo.

Sumário Executivo

1. É reconhecido que os hospitais enfrentam hoje particulares e complexos desafios. O impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades para intervenção médica com novos conhecimentos e tecnologia, a mobilidade dos recursos humanos, os novos mecanismos de financiamento e as expectativas públicas e políticas têm implicações relevantes no modo como os cuidados hospitalares são prestados, já que novos tipos de cuidados requerem edifícios com novas configurações, profissionais com diferentes competências e novas formas de gestão (PNS 2011-2016).

2. O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico, o aumento progressivo da esperança média de vida e, consequentemente, dos anos de vida sem saúde e do aumento da dependência funcional implicam necessidades adicionais de cuidados. Os hospitais, para além de desempenharem um importante papel no contexto em que estão inseridos, têm também a responsabilidade perante a tutela e o cidadão, de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença (PNS, 2011-2016).

3. É neste contexto que se insere este estudo, reconhecendo o papel crucial que os hospitais desempenham para a qualidade de vida dos cidadãos e que possuem para o desenvolvimento social e económico dos territórios que integram as suas áreas de influência.

4. Na Região de Aveiro, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) tem assumido um papel de referência, muito pela qualidade e diferenciação dos serviços de saúde que presta. Mas também pela importância que assume na região, há ainda um caminho a percorrer de salvaguarda da oferta dos serviços existentes, de reforço da diferenciação e da qualidade da atividade prestada e de afirmação num panorama nacional mais amplo.

5. Com base num vasto levantamento de informação sobre a região (em geral) e o CHBV (em particular) no que respeita a um conjunto de indicadores direta e indiretamente relacionados com a saúde, que se encontram em anexo neste relatório, foi possível identificar os elementos chave de preparação para a definição de opções estratégicas, culminando na elaboração de uma análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) e, consequentemente, formular um conjunto de recomendações para o CHBV.

6. Do ponto de vista das *Oportunidades*, importa considerar:

   - O CHBV está situado numa região cujo crescimento se adivinha, de acordo com a sua valorização económica, tanto comercial como industrial; este fator é substancialmente materializado, na existência de um importante porto de mar e de um turismo crescente.

- A Universidade de Aveiro é cada vez mais procurada pela excelência da qualidade de formação, estando a consolidar a formação e investigação na área da Saúde, valorizando a sua articulação com as instituições regionais.
- A reformulação já em curso dos Cuidados Primários e da Rede Macional de Cuidados Continuados melhorará a acessibilidade e diminuirá a sobrecarga ao Hospital com oportunidade de melhoria do desempenho e valorização de outros nichos de produtos (serviços) e ainda reforço dos já existentes.
- A população necessitará cada vez mais de cuidados de saúde eficientes e de qualidade, situação que será difícil de colmatar no setor privado.
- O CHBV tem recursos humanos de valor inestimável, que possivelmente poderá organizar melhor, aumentando o seu desempenho e produtividade.
- A autonomia (EPE) e as novas ferramentas de gestão, podem ser um dos pontos de flexibilização e manejo mais concorrencial e efetivo.
- A Lei 75/2013, de 12 de setembro, identificou como atribuições dos municípios a promoção e salvaguarda dos interesses da população no domínio da saúde, valorizando a atuação supramunicipal, em articulação com os serviços da administração central no que diz respeito à "rede de equipamentos de saúde".
- A abertura do mercado a novos prestadores de natureza privada.
- A maior disponibilização de informação aos cidadãos quanto à qualidade dos serviços prestados e quanto ao financiamento dos sistemas de saúde.
- A simbiose entre a procura dos serviços de saúde e dos serviços de turismo da região, mediante políticas agressivas de promoção de turismo de saúde, com associação a centros de excelência reconhecidos a nível europeu como pertencentes a redes de referência para cuidados altamente especializados.
- A estratégia europeia direcionada para o investimento em saúde tendo em vista a redução de desigualdades e eliminação de fatores de exclusão social.
- A formulação de políticas de saúde a nível regional integrando os cuidados de saúde primários, secundários e terciários.
- A implementação de novas formas de organização das instituições hospitalares e sua articulação com as restantes instituições prestadoras de cuidados de saúde.
- O Programa "Portugal 2020" pretende promover o reforço da capacidade de resposta e a reconversão ou melhoria de equipamentos e serviços sociais e de saúde com sinergias entre recursos institucionais e da comunidade.

- O reforço do papel das instituições de formação de recursos humanos da saúde a nível regional.
- O fornecimento integrado de serviços de saúde, por forma a promover cuidados de reabilitação e/ou prolongados de forma articulada.
- A promoção da educação para a saúde por forma a envolver os cidadãos a nível local para a saúde, nomeadamente ao nível de consumo alimentar e prática física.
- A promoção de um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde.
- A utilização das tecnologias de informação para monitorizar a saúde e bem estar da população, com integração desta informação nos sistemas de saúde.
- A existência de " *know how"* na região em termos de sistemas de informação e telecomunicações que poderá potenciar o surgimento de investimentos na área dos sistemas de informação em saúde.
- A promoção de iniciativas de co-criação dos serviços de saúde, com um papel mais interventivo dos pacientes na prestação de serviços de saúde e com a promoção de iniciativas tendentes à sua autonomização, que permitam a redução na procura dos serviços e a generalização de iniciativas de cariz preventivo.

7. Já no que respeita às *Ameaças*, justifica-se apontar as seguintes:
   - A perda da credibilidade, mantendo-se a perda de diferenciação e qualificação, anunciada na Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril,
   - A perda de influência para Prestadores Privados ou outros hospitais do SNS, perdendo potenciais utentes.
   - A perda do poder de negociação e de financiamento por incumprimento de contratualização com a Tutela, desorçamentação e perda de valências com transferência de importância e diferenciação para outros hospitais.
   - A *fuga* de quadros e incapacidade de fidelização dos quadros de qualidade.
   - A vulnerabilidade financeira.
   - A ausência de recursos próprios dos municipios (e comunidades intermunicipais) para implementação de políticas de saúde.
   - A tensão entre governo central e autarquias em termos de competências e dotações financeiras.
   - O condicionamento técnico e financeiro da administração local no que refere à transferência de competências provenientes do poder central.

- As modificações profundas no mercado regional da saúde, em termos de oferta de serviços de saúde prestados e a prestar na região.
- A formulação de políticas de saúde a nível regional integrando os cuidados de saúde primários, secundários e terciarios condicionada pelo ritmo de implementação de USF.
- A eliminação de competências e valências dos hospitais do SNS da região em função de decisões do poder central.
- A centralização do poder de decisão dos serviços de saúde no que se refere aos processos de aquisição de equipamento e serviços.
- O decréscimo no número de recursos humanos (médicos e técnicos de saúde) com tendência para concentração destes em grandes centros.
- A dificuldade na partilha de informação electrónica devido a constrangimentos de interoperabilidade técnica e a questões legais e de confidencialidade de dados.
- O desperdício de "*know how*" existente em termos de sistemas de informação e telecomunicações na região devido a rigidez introduzida pela centralização de competências no domínio dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação numa entidade.
- A dificuldade na continuidade de cuidados pela falta de acesso aos registos dos pacientes e pelo esforço administrativo, bem como por problemas de linguagem, terminológicos e legais.

8. Do ponto de vista das *Forças*, importa realçar os seguintes fatores:
   - A existência de quadros de qualidade e prestígio, diversificação e qualificação de serviços.
   - A presença de recursos técnicos suficientes e passíveis de melhoria (competência de sustentabilidade).
   - A possibilidade de inovação e mudança, diversificação de atividades (serviços), investimentos em novos e mais produtos (competitividade).
   - Possibilidade de qualificação com implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade (criação de cadeia de valor).
   - A eventualidade do Estatuto EPE permitir desenvolver um modelo de gestão sustentado na eficácia, eficiência e qualidade total.
9. Finalmente, ao nível das *Fraquezas*, sublinham-se os seguintes aspetos:
   - O investimento necessário no edificado.
   - A necessidade de nova cultura organizacional e inversão dos indicadores financeiros.
   - A descredibilização externa.

- As dificuldades de recrutamento de quadros médicos, fraca estabilidade laboral.
- A falta de dinâmica de crescimento.

10. Face ao posicionamento do CHBV e levando em consideração os fatores internos e externos apontados, formulou-se um conjunto de recomendações capazes de, por um lado, potenciar os pontos fortes e as oportunidades existentes e, por outro lado, minimizar os pontos fracos e os impactos decorrentes das ameaças detetadas.
11. A primeira recomendação centra-se na necessidade de se efetuarem intervenções de requalificação nas três unidades hospitalares, algumas urgentes de conservação e manutenção, outras mais profundas e estruturais, por forma a minimizar os impactos negativos inerentes à antiguidade da conceção arquitetónica dos edificios, desajustada funcionalidade, dispersabilidade, degradação e antiguidade dos vários blocos e serviços com as intrínsecas dificuldades na circulação e gestão de pessoas, bens e serviços.
12. Em termos de requalificação do edificado, propõe-se que se dê prioridade a estruturas físicas adequadas ao conforto dos utentes, nomeadamente nas salas de espera, à formação de estudantes, médicos internos e formadores que possam ser englobadas numa estratégia de colaboração com a Universidade de Aveiro (UA) nos domínios da formação em saúde (ensino médico, de enfermagem, de técnicos), na investigação e na inovação em parceria com a UA.
13. Em segundo lugar, recomenda-se a elaboração de um Plano Estratégico para o CHBV elaborado por uma equipa multidisciplinar e inter institucional, onde estejam representadas várias entidades, nomeadamente o Conselho Consultivo, a Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA), a UA e a Liga de Amigos das três unidades hospitalares.
14. Recomenda-se, do mesmo modo, que se envidem esforços no sentido de uma qualificação do CHBV (à luz do que vier a ser estabelecido nos termos da recém-publicada Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio) que :
    - corresponda e satisfaça as respetivas áreas de abrangência/influência, dimensão populacional e as necessidades em termos de recursos humanos, técnicos e materiais, visando melhorar o estado de saúde das populações e para que se atinjam elevados níveis de acesso, eficiência, qualidade e sustentabilidade tendo em consideração as características regionais, mas igualmente as modificações dessas mesmas características ao longo do tempo (*in* Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público -Entidade Reguladora da Saúde, 15/07/2011).
    - permita um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde organizado de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade e eficiência. Esta nova tipologia contribui para a garantia constitucional de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança (in Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento publico ERS 15/07/2011).

- potencie o direito de acesso do utente das áreas de abrangência/influência aos cuidados de saúde, diminuindo os efeitos de um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.
- permita responder ao envelhecimento demográfico, que implica a criação de uma nova tipologia de valências, e maior necessidade de internamentos ou áreas médicas, rede de referenciação, reforçando/criando novos hospitais de dia e apoio domiciliário.
- satisfaça a cobertura em cuidados para uma população de influência com cerca de meio milhão de habitantes.

15. No âmbito desta qualificação, sublinha-se a importância de serem considerados parceiros privilegiados o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga (consultas e serviço domiciliário de acordo com necessidades a inventariar) e a Universidade de Aveiro (celebrar protocolos/acordos nas áreas do ensino pré e pós graduado, investigação, tecnologias da informação e comunicação e inovação.
16. Neste contexto, deve-se assegurar a promoção de uma boa governação clínica – garantir a qualidade e segurança nos atos e cuidados prestados aos doentes; garantir a melhoria dos padrões e de resultados da prática clínica; e uma efetiva prestação de contas em todo o hospital –, assim como o desenvolvimento de um sistema integrado de informação institucional.
17. Enfatiza-se, por isso mesmo, a importância que um sistema de gestão assume neste âmbito: implementar uma estrutura intermédia de governação de qualidade dos cuidados de saúde para um serviço/departamento médico de qualidade. Geralmente, os sistemas de gestão referem-se apenas ao nível institucional esquecendo-se que o sucesso num hospital depende na maioria das vezes na implementação de um sistema de gestão intermédio e operacional. O CHBV deve ter uma estrutura organizada na formação para estudantes, internos do ano comum, internos do complementar, especialistas.
18. Sugere-se, igualmente, que se pondere a criação de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região de Aveiro: integração vertical de todas as atividades relacionadas com a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde. Permitiria que os vários hospitais individualmente requalificados e/ou integrados (CHBV) se inserissem numa rede global de um contínuo de prestação de cuidados de saúde com as outras instituições da rede.
19. Acresce que, como se realça no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, "a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos com consumo de cuidados superiores aos da população em geral, que não necessitam de uma intervenção dirigida à cura de uma situação aguda, mas sim de uma nova abordagem que integre o sistema de saúde e de segurança social, direcionada para o indivíduo". Daqui se infere que um dos objetivos a que as instituições hospitalares devem dar resposta consiste na articulação com outros prestadores de cuidados, entre eles os cuidados de saúde

primários e os cuidados continuados integrados, com necessidade de cooperação intersectorial e interinstitucional. Neste sentido, a integração entre níveis de cuidados passa também por uma forte aposta nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), que favoreça uma cultura de qualidade, avaliação e transparência e garanta princípios de eficiência, sustentabilidade e inovação.

20. Ainda no seguimento da Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, que estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica deve exigir-se a justificada manutenção dos serviços existentes:

    - O Hospital de Águeda deve mater: Urgência básica; Internamento em Medicina Interna com 25 camas; Imagiologia atual: radiologia clássica, ecografia, tomografia computadorizada; laboratório convencional; consultas externas: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, cardiologia, psiquiatria, oftalmologia, pneumologia, dermatologia; bloco operatório com pequena cirurgia, ambulatório programado de ortopedia, urologia e oftalmologia.

    - O Hospital de Estarreja deve manter a situação atual sem urgência, internamento em medicina, cuidados paliativos e consultas externas várias.

21. Por outro lado, e porque os hospitais são também grandes consumidores de recursos (humanos, capital, tecnologia e conhecimento), a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício têm de configurar uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais, por toda a comunidade, pelos próprios utentes, por todos os *stakeholders*. Objetivos como a melhoria da saúde da população, assegurar a equidade no acesso aos cuidados, em suma, obter maiores ganhos em saúde, passam por garantir que a afetação de recursos é sobretudo baseada nas necessidades da população.

22. Pode defender-se, a este propósito, um papel mais relevante para os municípios, que, pela sua proximidade às populações, podem aqui assumir inegável destaque – desde logo, ao nível do planeamento dos vários níveis de cuidados (primários, hospitalares, continuados), garantindo igualmente a cooperação com o setor social, para um contínuo de cuidados para a população. O protagonismo assumido pelos municípios não se esgota, porém, aqui, já que o seu papel pode ser igualmente relevante mesmo no que concerne a própria governação hospitalar. Qualquer mudança na gestão da instituição hospitalar tem de assentar em mecanismos que potenciem ganhos na eficiência e na qualidade e que contribuam para uma maior *accountability* e transparência do sistema. O mesmo é dizer que o envolvimento e a responsabilização dos municípios na governação hospitalar trará, seguramente, a expectativa de uma nova cultura de gestão, orientada para a criação de valor em saúde. É inegável, por outro lado, o conhecimento que os municípios detêm sobre a real dimensão das necessidades em saúde da população, e que condiciona os processos de tomada de decisão (com este maior conhecimento, tais processos têm menor risco associado).

23. Considera-se que no orçamento de Estado para 2015 (Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro) se dão já os que podem vir a ser os primeiros passos nesta matéria, dado que se autorizam, durante o ano de

2015, transferências para os municípios e entidades intermunicipais das dotações inscritas no orçamento do Ministério da Saúde, "referente a competências a descentralizar no domínio da saúde" (cfr. alínea b) do n.º1 do artigo 92º).

24. Recomenda-se que seja igualmente incorporado o contributo do cidadão /utente para o desempenho da instituição. O CHBV deve orientar as suas decisões em gestão atendendo aos resultados de satisfação percecionados pelos utentes, bem como alinhar as suas estratégias com as necessidades identificadas por estes. Para o efeito, deverão ser desenvolvidos inquéritos de satisfação dos utentes, que permitam a identificação de aspetos a melhorar e a obtenção de informação que (em contexto de recursos limitados) possibilite a identificação de áreas prioritárias para intervenção, no sentido de contribuir para a melhoria da satisfação dos utentes. Esta recomendação configura também uma oportunidade de participação do utente na construção de uma instituição à sua medida, atenta aos seus interesses e expectativas. Deverão estes inquéritos abranger várias vertentes – instalações, equipamentos, condições de higiene e segurança, comunicação com o utente, acessibilidades, acolhimento, atendimento, articulação entre serviços /setores, entre outras.

25. Sugere-se, ainda, que seja dada particular atenção às listas de espera (cirúrgica e para primeira consulta). A monitorização constante dos tempos de espera é um dado relevante na avaliação do desempenho das instituições. As listas de espera são o resultado de uma complexa interação entre a procura e a oferta e constituem sempre um foco crítico, na opinião pública. Com efeito, "A existência de listas de espera é um dos aspetos mais controversos no funcionamento de um sistema de saúde. Constituem, de um ponto de vista económico, um mecanismo de racionamento de procura alternativo ao preço" (Barros, 2012). Refira-se a este propósito que o Plano nacional de Saúde prevê na lista de indicadores de ganhos em saúde (a desenvolver), a monitorização da seguinte informação: utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência (%) e doentes operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido (%).

26. Neste âmbito, e também dado o impacto que tem na opinião dos utentes e da própria comunicação social, sugere-se o reforço da atenção ao serviço de urgência. É importante gerir os designados picos da procura – tendencialmente mais acentuada nos meses de inverno – assegurando que a resposta não sofre oscilações relevantes e reforçando a articulação e integração com a rede de cuidados primários, que devem garantir resposta adequada ao atendimento das situações agudas não urgentes ou emergentes, evitando o encaminhamento inapropriado dos utentes para o serviço de urgência. Sugere-se, por isso, a realização de um estudo capaz de antever de forma rigorosa os referidos picos de procura.

27. O próprio hospital deve igualmente considerar a aposta na programação da atividade assistencial, de modo a evitar que o serviço de urgência seja a principal porta de entrada no hospital. Neste âmbito recomenda-se que o CHBV promova internamente a realização de estudos de avaliação da procura, adequando os recurso existentes às reais necessidades da população.

28. Tratando-se de um centro hospitalar que se considera ainda recém-constituído, recomenda-se também se promova o reforço da cultura organizacional. Como se salienta no relatório do grupo de trabalho para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal (2014), "o reforço da cultura organizacional, num sentido lato, conduzirá ao sucesso da organização, independentemente do tipo de cultura vigente". Neste trabalho também se enfatiza que a variável organizacional é um elemento que pode ditar o sucesso de determinada mudança/reforma.

29. Tendo em conta o que se evidenciou na análise SWOT relativamente à escassez de recursos médicos e de enfermagem na área de influência do CHBV, entende-se ser prioritário encetar políticas de fixação de recursos humanos. Existindo no CHBV pessoas de reconhecido valor técnico e humano, é absolutamente fundamental a motivação destes quadros, promovendo a satisfação profissional, até como forma de maximizar o seu desempenho e produtividade. Este aspeto é fulcral para a própria subsistência do CHBV, na medida em que condiciona todas as demais áreas. Assim, considera-se ser urgente proceder à identificação das causas que têm determinado a saída de profissionais no CHBV, de modo a atuar diretamente sobre tais fatores.

30. Recomenda-se que sejam reforçados os mecanismos de comunicação. A consciencialização sobre o valor intrínseco da comunicação organizacional e institucional para o melhor desempenho das unidades de saúde é já uma questão de facto. Considera-se importante que a comunicação seja vista como um processo que abrange a comunicação a nível externo e interno, as relações institucionais, as relações com os parceiros da comunidade e todo o género de atividades que divulguem, promovam e consolidem a missão e visão do CHBV.

31. Muito embora a composição e competências do conselho consultivo estejam definidas na lei (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, artigos 18.º a 20.º), é legítimo reclamar para este órgão uma dinâmica própria, que se concretize em ações de proximidade com o CHBV. De facto, as competências que a lei atribui a este órgão (apreciar os planos de atividade; apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da atividade do hospital; emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis) apelam a uma efetiva ação que não se deve esgotar na reunião anual que o mencionado diploma legal impõe como obrigatória.

32. É comumente aceite a deia que se os colaboradores não estiverem convencidos que a mudança lhes é benéfica, a energia que irão despender será exatamente de sinal contrário ao que a organização pretende. A gestão das expectativas é uma ferramenta importante para auxiliar os gestores a equacionarem os processos mentais pelos quais ocorre a motivação - condição *sine qua non* para o sucesso de qualquer organização.

33. Muito se tem dito e escrito sobre os modelos de financiamento do SNS, sendo referido em muitos fóruns a existência de um subfinanciamento no setor da saúde, considerando alguns que bastará o fator demográfico para comprovar a necessidade de mais investimento no futuro. A sustentabilidade

do SNS envolverá a procura de um equilíbrio entre as necessidades de saúde, a capacidade para corresponder a estas necessidades e a oferta dos correspondentes recursos.

34. Por outro lado, são conhecidos os motivos que em saúde provocam o aumento da despesa, como sejam a inovação, as variações no rendimento, a existência de uma medicina defensiva, o crescimento na prevalência de doenças tratáveis e o já mencionado envelhecimento da população. Neste âmbito, recomenda-se um planeamento ajustado das despesas a realizar, tendo em conta os proveitos passíveis de serem obtidos. Nesta matéria, os planos estratégicos configuram um excelente instrumento de planeamento a longo prazo.

35. Efetivamente, o planeamento estratégico constitui uma importante ferramenta de gestão. Este instrumento sendo o processo através do qual a gestão de topo define a missão, a visão, os objetivos genéricos e específicos da organização e a forma de os alcançar, os recursos disponíveis, envolverá todos os profissionais. Neste sentido, recomenda-se que o CHBV potencie e aproveite este instrumento de gestão - o planeamento estratégico, para equacionar o investimento a longo prazo, respondendo às necessidades de cuidados de saúde da população e aos modelos de prestação de serviços.

36. A sustentabilidade económico-financeira será naturalmente um desiderato a atingir, devendo ser demonstrada a necessidade de mais financiamento, para suportar a produção realizada, bem como os projetos considerados estratégicos. Refira-se, ainda, que o planeamento obriga as instituições a olharem para o interior si próprias, a compreenderem-se melhor, permitindo evidenciar situações de menor eficiência que, sendo corrigidas, permitirão, em última análise, libertar recursos para outras áreas.

37. Considerando a idade dos edifícios que compõem o CHBV, recomenda-se que seja equacionada a possibilidade de se encetar uma requalificação do hospital, visando melhorar e uniformizar as condições de acolhimento, estadia, tratamento e prestação de cuidados. Deverá ser avaliada a possibilidade de serem ajustadas as condições físicas às exigências técnicas atuais, garantindo um ambiente de trabalho mais seguro e de maior qualidade, quer para doentes, quer para profissionais, minorando o risco clínico e não clínico.

38. Na senda do mencionado no Plano Nacional de Saúde tornar-se-á necessário reduzir o desperdício, os cuidados de saúde e intervenções menos eficazes e com menor relação custo-benefício, mobilizando esses recursos para cuidados com maior retorno.

39. Seguindo de perto Kaplan e Porter (2011), sugere-se a maior cautela na abordagem das questões relacionadas com a avaliação dos custos - "Instead of focusing on the costs of treating individual patients with specific medical conditions over their full cycle of care, providers aggregate and analyze costs at the specialty of service department level".

40. Nesta perspetiva, a ACSS tem vindo a implementar em certas áreas (por exemplo HIV-SIDA) um modelo de financiamento baseado na unidade "doente tratado", permitindo uma orientação para pagamentos por resolução integrada de problemas de saúde.

41. Recomenda-se, ainda, que seja desenvolvida e divulgada a marca "CHBV", com a qual doentes e profissionais se identifiquem, promovendo um conjunto de iniciativas na comunidade hospitalar e na comunidade em geral, que permita identificar serviços prestados, diferenciando-os dos serviços prestados pelas outras unidades.

42. Por fim, e apenas por uma questão de afirmação da política regional, sugere-se que se equacione uma mudança de designação do próprio CHBV, dificilmente perceptível pela maioria dos seus utentes, para *CENTRO HOSPITALAR DA REGIÃO DE AVEIRO* (CHRA).

ANEXOS

I – Breve caracterização da Região de Aveiro

II – Utilização e oferta de cuidados de saúde na Região de Aveiro

III - A Universidade de Aveiro e a Saúde na Região

IV – Caracterização do CHBV

V – Condicionantes do estudo

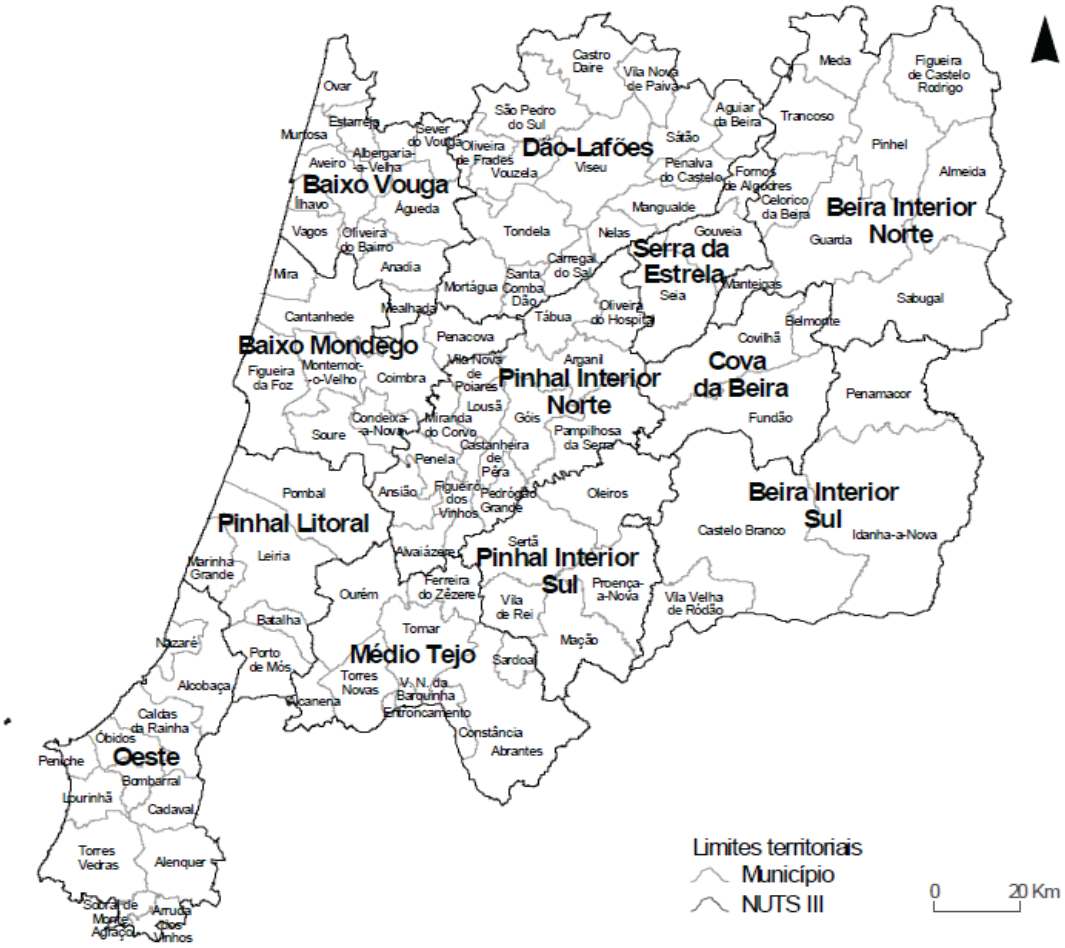
Referências bibliográficas

I - Breve caracterização da Região de Aveiro

A saúde da população e o comportamento desta em relação à saúde (em geral) e aos cuidados de saúde (em particular) são influenciados pelo seu meio socioeconómico, pelo que a perceção deste retrato e das diferentes realidades territoriais revela-se fundamental para a análise e formulação de uma estratégia regional no domínio da saúde. Este capítulo tem justamente o objetivo de efetuar um breve retrato da Região de Aveiro em termos geográficos, socioeconómicos e epidemiológicos. Recorreu-se, para tal, aos indicadores disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), bem como ao levantamento de informação já efetuado no âmbito de outros estudos realizados para e pela Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA), designadamente a Estratégia de Desenvolvimento Territorial 2014/20 e o Plano Intermunicipal de Mobilidade e Transportes da Região de Aveiro (PIMTRA).

A Região de Aveiro representa a sub-região estatística do Baixo Vouga, que corresponde a uma das 12 NUTS III que integram a NUTS II Região Centro (Figura 1.1).

Fig. 1.1: NUTS III e respetivos municípios da Região Centro



Fonte: Anuário Estatístico da Região Centro 2011 (INE, 2012)

Importa referir que, embora para fins estatísticos a NUTS III do Baixo Vouga tenha a configuração apresentada no mapa da figura 1, a Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA) corresponde a uma das 8 Comunidades Intermunicipais (CIM) da Região Centro, incorporando desta feita as alterações administrativas efetuadas para efeitos das estruturas de governação do QREN 2007-2013, primeiro, e na sequência da aprovação da Lei nº 75/2013, de 12 de setembro (que consagrou o estatuto das entidades intermunicipais), depois. A figura 1.2 mostra a configuração das CIM na NUTS II da Região Centro. Neste contexto, a CIRA difere da sub-região do Baixo Vouga com a ausência do município da Mealhada, incluindo deste modo os seguintes 11 concelhos: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos.

Fig. 1.2: CIM e respetivos municípios da Região Centro

Fonte: CCDRC (2014)

Ocupando uma área equivalente a 31% do território nacional e concentrando 22% da população, o que perfaz uma reduzida densidade populacional quando comparada com outras regiões NUTS II, a Região Centro apresenta uma ligeira diminuição do número de residentes face à década anterior, facto somente observado também na Região do Alentejo.

O quadro 1.1 apresenta uma súmula de um conjunto de indicadores que caracterizam a realidade demográfica numa perspetiva comparada das sub-regiões NUTS III da Região Centro[1].

Quadro 1.1: Indicadores demográficos por NUTS III

Local de residência	População residente		% face à população regional	Variação da população (%)	Densidade populacional (Nº/Km2)		Índice de envelhecimento		Índice de longevidade	
	2001	2011	2011	(2001-2011)	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Portugal	10356117	10562178		1,98	112,4	114,5	102,6	127,6	42,2	48,6
Continente	9869343	10047621		1,80	110,8	112,8	104,8	130,5	42,2	48,7
Centro	2348397	2327755		-0,88	83,3	82,4	130,5	160,7	44,2	51,3
Baixo Vouga	385724	390822	17%	1,32	214,1	216,5	95,3	128,7	41,7	48,5
Baixo Mondego	340309	332326	14%	-2,35	164,8	160,6	136,5	172,9	43,1	49,7
Pinhal Litoral	250990	260942	11%	3,97	144,7	149,6	98,0	128,0	41,1	47,9
Pinhal Interior Norte	138535	131468	6%	-5,10	52,9	50,1	164,3	194,2	47,7	54,2
Dão-Lafões	286313	277240	12%	-3,17	81,9	79,3	126,5	165,5	44,8	51,2
Pinhal Interior Sul	44803	40705	2%	-9,15	23,5	21,3	260,9	309,6	49,4	62,0
Serra da Estrela	49895	43737	2%	-12,34	57,2	50,2	180,5	259,8	48,0	52,5
Beira Interior Norte	115325	104417	4%	-9,46	28,3	25,6	191,9	243,3	48,3	57,1
Beira Interior Sul	78123	75028	3%	-3,96	20,8	19,9	228,2	237,2	47,5	58,2
Cova da Beira	93579	87869	4%	-6,10	67,9	63,7	156,4	204,5	45,1	53,8
Oeste	338711	362540	16%	7,04	152,4	163,4	114,5	129,2	41,6	48,3
Médio Tejo	226090	220661	9%	-2,40	98	95,5	144,3	173,0	44,6	53,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

A leitura do quadro mostra a existência de alguma assimetria entre as sub-regiões do litoral e do interior, apresentando as primeiras, de um modo geral, uma variação positiva da população residente de 2001 para 2011, uma maior densidade populacional e menores índices de envelhecimento (relação entre população jovem e idosa) e de longevidade (relação entre população mais idosa e idosa) quando comparados com a média regional. Albergando a maior percentagem de população da Região Centro, a sub-região do Baixo Vouga é o claro exemplo deste contraste, exibindo uma variação de população positiva face à década censitária anterior, bem como a maior densidade populacional e um dos mais baixos índices de envelhecimento.

[1] Para efeitos de tratamento dos dados e comparação dos indicadores, optou-se por apresentar na maioria das situações a informação de acordo com a nomenclatura NUTS III prévia às alterações das unidades territoriais (que entraram em vigor em janeiro 2015).

No que respeita à análise destes dados no caso específico da Região de Aveiro, a realidade observável ao nível interno de cada um destes espaços territoriais não é homogénea, como é possível verificar no próximo quadro. A leitura dos dados evidencia uma incidência e dinâmica populacional de um modo geral mais positiva no caso dos municípios de Aveiro, Ílhavo, Ovar e Oliveira do Bairro. Ainda assim, importa mencionar igualmente o município da Murtosa pelo acréscimo populacional mais significativo verificado na Região de Aveiro. Pelo contrário, os municípios de Anadia, Sever do Vouga, Estarreja e Águeda registaram um decréscimo demográfico nesta última década censitária. Já o incremento do índice de envelhecimento segue um processo que é transversal a todo o país. Importa, apesar de tudo, destacar os municípios de Águeda, Anadia, Estarreja, Sever do Vouga e Vagos, por apresentarem valores superiores à média da Sub-região do Baixo Vouga. Verifica-se, neste contexto, que os municípios com índices de envelhecimento mais elevados são os que, com a exceção de Vagos, registam uma maior redução populacional.

Quadro 1.2: Indicadores demográficos referentes aos Municípios da Região de Aveiro

Local de residência	População residente		% face à população da Região Aveiro	Variação da população (%)	Densidade populacional (Nº/Km2)		Índice de envelhecimento		Índice de longevidade	
	2001	2011	2011	(2001-2011)	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Águeda	49041	47729	13%	-2,68	146,3	142,4	99,0	144,5	41,5	47,8
Albergaria-a-Velha	24638	25252	7%	2,49	158,5	159,0	90,4	118,1	41,5	47,0
Anadia	31545	29150	8%	-7,59	145,6	134,4	133,4	186,3	44,4	51,9
Aveiro	73335	78450	21%	6,97	366,9	397,1	89,1	116,2	40,3	48,0
Estarreja	28182	26997	7%	-4,20	260,1	249,6	102,9	136,2	41,9	49,0
Ílhavo	37209	38598	10%	3,73	506,5	524,9	76,7	109,1	37,9	44,6
Murtosa	9458	10585	3%	11,92	129,0	144,8	112,4	124,7	46,4	52,5
Oliveira do Bairro	21164	23028	6%	8,81	242,4	263,7	117,9	130,1	42,8	50,7
Ovar	55198	55398	15%	0,36	374,4	374,9	69,3	104,8	41,1	45,5
Sever do Vouga	13186	12356	3%	-6,29	101,7	95,1	124,6	182,1	44,5	52,4
Vagos	22017	22851	6%	3,79	133,7	138,6	94,0	130,8	41,9	48,9

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

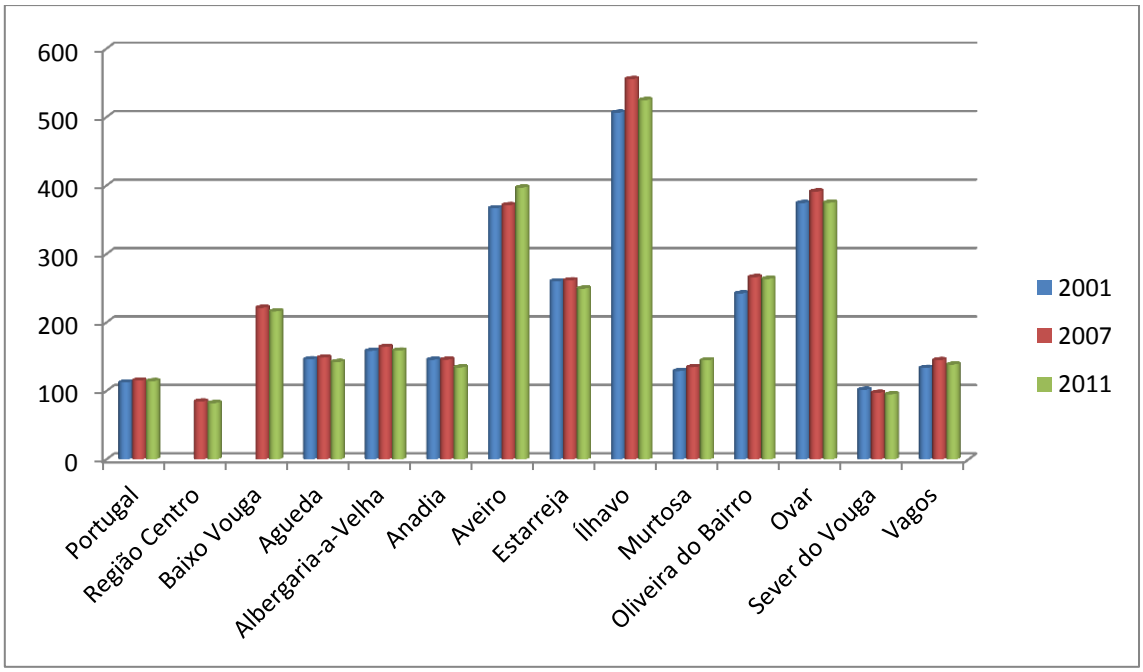
A análise da população por grupos etários, ao longo da última década censitária permite compreender as transformações ao nível perfil etário da população (quadro 3). De uma forma geral, verifica-se uma diminuição da população com menos de 15 anos e um aumento do escalão com mais de 65 anos. Pelo elevado acréscimo percentual no escalão dos mais idosos, destaque para os municípios de Aveiro, Ílhavo e Vagos.

Quadro 1.3: Taxa de variação da população residente por grupo etário na Região de Aveiro e respetivos Municípios, 2001-2011 (%)

Local de residência	Grupos etários					
	Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65-74 anos	75 + anos
Portugal	1,98	-5,09	-22,46	5,54	5,65	37,15
Centro	-0,88	-9,40	-25,73	2,49	0,95	31,70
CI Região de Aveiro	0,85	-12,37	-21,25	5,47	5,23	37,71
Águeda	-2,68	-14,73	-28,46	0,47	8,80	43,85
Albergaria-a-Velha	2,49	-6,46	-26,04	7,65	9,67	40,17
Anadia	-7,59	-18,70	-32,50	-5,80	0,97	29,88
Aveiro	6,97	-3,93	-19,24	12,26	7,55	52,53
Estarreja	-4,20	-15,55	-25,79	-0,68	1,73	34,16
Ílhavo	3,73	-7,82	-19,92	7,14	18,53	49,60
Murtosa	11,92	-0,91	-13,80	18,49	18,37	34,53
Oliveira do Bairro	8,81	8,20	-18,18	12,10	2,29	44,04
Ovar	0,36	-14,17	-22,11	4,72	18,32	44,17
Sever do Vouga	-6,29	-20,47	-31,34	-2,68	3,14	30,59
Vagos	3,79	-11,60	-17,21	7,39	15,90	47,40

Fonte: Estratégia de Desenvolvimento Territorial 2014/20

Fig. 1.3: Evolução da densidade populacional dos municípios da área de abrangência do ACES Baixo Vouga, Região Centro e Portugal



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

A figura 1.3 mostra o caso específico da evolução da densidade populacional de 2001 a 2011 por intermédio de um gráfico. Da sua análise, pode concluir-se que a densidade populacional manteve-se relativamente constante para a maioria dos municípios, com exceção de Ílhavo, Ovar, Estarreja e Anadia que registaram uma diminuição do seu valor e, em sentido oposto, Aveiro que viu a sua população aumentar. Ainda da análise da mesma figura pode verificar-se que os municípios em causa apresentam,

todos eles, maior densidade populacional que a média Região Centro. Conclui-se também que, com exceção do concelho de Sever do Vouga, todos os outros concelhos têm densidade populacional superior à média nacional.

Quadro 1.4: Evolução da taxa bruta de natalidade e mortalidade por concelhos da Região de Aveiro, Região Centro e Portugal, 2007-2011

Local de residência	Taxa Bruta de Natalidade (%)		Taxa Bruta de Mortalidade (%)	
	2007	2011	2007	2011
Portugal	9,7	9,2	9,8	9,7
NUTS II Região Centro	8,4	7,9	11,3	11,3
NUTS III Baixo Vouga	8,8	8,3	9,0	9,5
Águeda	8,3	7,7	9,5	10,0
Albergaria-a-Velha	9,3	8,7	8,8	9,7
Anadia	6,5	6,9	10,9	10,9
Aveiro	9,5	9,7	8,2	8,3
Estarreja	8,9	8,0	10,4	11,0
Ílhavo	9,9	7,9	8,3	8,2
Murtosa	11,5	7,7	12,6	12,3
Oliveira do Bairro	10,3	9,2	9,9	10,4
Ovar	7,9	8,3	7,3	8,7
Sever do Vouga	7,3	6,0	10,6	11,3
Vagos	8,6	8,4	8,4	8,0

Fonte Institucional: INE 2008 ¸ INE 2012

O quadro 1.4 acrescenta à análise demográfica efetuada até ao momento a evolução da taxa bruta de natalidade e mortalidade por concelhos da Região de Aveiro. Da sua leitura, pode concluir-se que Aveiro é o concelho que apresenta uma maior taxa bruta de natalidade com 9,7 nascimentos por cada 1000 habitantes, seguida de Oliveira do Bairro. Os concelhos com menor taxa bruta de natalidade são Sever do Vouga e Anadia. Relativamente à taxa bruta de mortalidade, Vagos apresenta o menor valor, 8 mortes por cada 1000 residentes, sendo Murtosa aquele que revela o maior índice.

Conhecida a dimensão e a estrutura da população, é possível estimar a sua evolução. Baseando-se num conjunto de pressupostos que se refletem essencialmente na forma como a fecundidade, a mortalidade e as migrações se comportam, é apresentada pelo Grupo de Estudos em Território e Inovação da Universidade de Aveiro (GETIN) na Estratégia de Desenvolvimento Territorial 2014/20 a projeção da população para a NUTS III do Baixo Vouga (que, como já referido, contempla o município da Mealhada). De acordo com os autores, de forma similar à tendência de envelhecimento verificada atualmente, os indivíduos com 65 ou mais anos registam, durante o período de projeção, uma tendência sempre crescente. Assim, e como os quadros 5 e 6 mostram, o envelhecimento demográfico prosseguirá, prevendo-se que a proporção da população jovem diminua para cerca de 9,8%, enquanto a população

idosa representará cerca de 30%. Como resultado dos baixos valores de fecundidade e das migrações previstos para o período das projeções, assiste-se ao decréscimo da população em idade ativa e consequentemente à quebra do índice de sustentabilidade potencial (relação entre a população em idade ativa e a população idosa).

Quadro 1.5: Projeção da população para a Sub-região do Baixo Vouga até 2030

	2015		2020		2025		2030	
	H	M	H	M	H	M	H	M
0 - 4	7537	6926	6392	6058	6065	5746	5783	5530
5 - 9	8915	8549	7569	6968	6429	6100	6249	5980
10 - 14	9742	9375	9044	8677	7700	7097	6567	6290
15 - 19	10811	10439	9823	9478	9126	8781	7244	6960
20 - 24	10423	10215	10547	10223	9563	9264	8559	8246
25 - 29	10091	10073	9790	9640	9918	9648	9070	8823
30 - 34	11688	12034	9800	9943	9507	9511	9788	9738
35 - 39	14302	14770	11999	12336	10131	10250	10552	10313
40 - 44	15075	16013	14612	15016	12340	12593	11138	10729
45 - 49	14514	15534	15339	16235	14899	15254	12393	12044
50 - 54	14064	15283	14550	15646	15376	16349	13820	13951
55 - 59	12934	14254	14035	15387	14541	15761	14988	15378
60 - 64	11861	13181	12884	14319	14012	15464	15176	15872
65 - 69	11198	12380	12032	13438	13166	14643	15190	15783
70 - 74	8754	10414	9687	11261	10462	11983	12154	13442
75 - 79	6896	9045	7631	9781	8539	10665	9574	11675
80 - 84	4385	6771	4852	7322	5430	7983	6088	8739
85 e +	3108	6396	3439	6917	3849	7542	4315	8256
Total	**186299**	**201653**	**184026**	**198643**	**181050**	**194635**	**181069**	**189706**

Fonte: Estratégia de Desenvolvimento Territorial 2014/20

Quadro 1.6: Síntese da projeção da população para a Sub-região do Baixo Vouga até 2030 (%)

	2015	2020	2025	2030
Variação quinquenal	-	-0,7	-1,4	-1,8
População jovem	13,2	11,7	10,4	9,8
População ativa	66,4	65,7	64,5	61,8
População idosa	20,5	22,6	25,1	28,4
Índice de dependência total	50,6	52,1	55,1	63,0
Índice de envelhecimento	155,5	193,2	240,9	289,1
Índice de sustentabilidade potencial	324,6	291,3	257	213,6

Fonte: Estratégia de Desenvolvimento Territorial 2014/20

Em relação a outros indicadores, que acrescentam uma perspetiva adicional à realidade económica do espaço territorial em estudo, constata-se, uma vez mais, a dicotomia existente entre as sub-regiões do litoral e as do interior. Os indicadores referentes ao PIB *per capita* e à percentagem de poder de compra constituem um bom exemplo da referida dualidade, assim como a Taxa de Analfabetismo, cuja média da sub-região se situa significativamente abaixo da média da Região Centro. Quanto à taxa de desemprego, o valor deste indicador na sub-região do Baixo Vouga segue de perto a média comparativamente favorável da Região Centro face à média nacional.

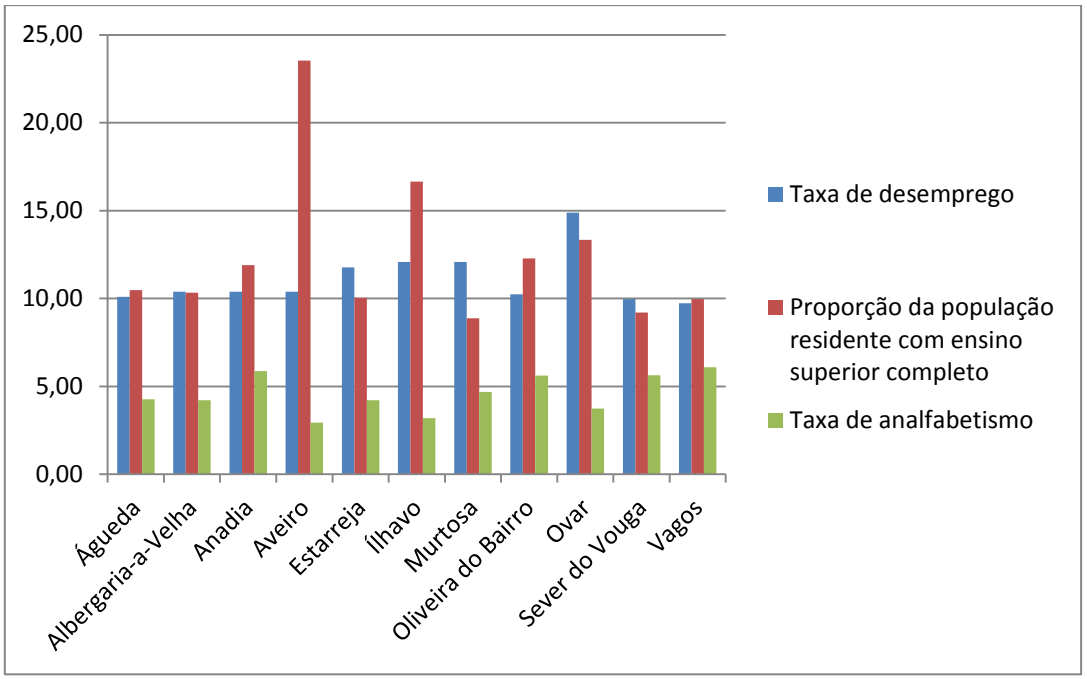
Quadro 1.7: Outros indicadores socioeconómicos para as NUTS III da Região Centro

Local de residência	PIB per capita (preços correntes)		Percentagem de Poder de Compra		Taxa de desemprego		Índice de renovação da população em idade activa		Proporção da população residente com ensino superior completo		Taxa de analfabetismo	
	2001	2011	2002	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Portugal	13,1	16,1	100,0	100,0	6,7	13,2	142,4	93,0	8,6	15,1	9,0	5,2
Centro	11,1	13,4	18,2	19,2	5,7	11,0	126,6	86,6	6,9	13,1	10,9	6,4
Baixo Vouga	12,7	15,3	3,2	3,4	5,2	11,2	148,0	91,5	7,5	14,3	7,1	4,2
Baixo Mondego	12,9	16,2	3,3	3,2	6,3	10,4	128,9	79,7	11,3	19,7	9,4	5,5
Pinhal Litoral	13,9	16,9	2,1	2,3	3,6	9,3	139,4	94,3	6,3	12,9	10,1	6,0
Pinhal Interior Norte	7,8	11,6	0,8	0,8	5,6	10,9	111,3	87,2	3,6	7,7	13,1	7,7
Dão-Lafões	9,5	12,6	1,8	2,0	7,0	11,4	125,6	87,0	6,2	12,1	11,6	7,1
Pinhal Interior Sul	6,7	12,1	0,2	0,2	5,9	9,1	92,4	84,0	2,8	6,4	19,8	11,8
Serra da Estrela	5,7	8,7	0,3	0,3	7,8	13,7	99,4	69,5	5,0	9,1	12,9	8,3
Beira Interior Norte	8,6	11,4	0,7	0,8	5,3	11,9	106,2	79,3	6,1	11,6	14,9	9,1
Beira Interior Sul	11,3	15,6	0,6	0,6	5,9	10,6	105,0	79,8	6,7	13,1	17,4	10,1
Cova da Beira	8,0	11,1	0,7	0,7	6,3	10,6	115,7	73,7	5,9	12,1	14,0	8,7
Oeste	11,3	13,3	2,6	3,1	5,5	11,4	129,0	92,3	5,6	11,1	11,1	6,1
Médio Tejo	11,7	14,2	1,8	1,8	6,4	10,8	119,2	86,1	6,4	12,0	10,0	5,8

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Em relação à realidade intrarregional, o gráfico 1.4 apresenta o posicionamento dos municípios da Região de Aveiro em relação à taxa de desemprego, à proporção da população com o ensino superior completo e à taxa de analfabetismo. Uma observação atenta permite constatar, por um lado, a elevada taxa de desemprego que o município de Ovar regista, por outro lado, a elevada proporção da população residente com ensino superior completo nos municípios de Aveiro e Ílhavo e, por fim, uma taxa de analfabetismo superior à média sub-regional por parte dos municípios de Vagos, Sever do Vouga, Anadia e Oliveira do Bairro.

Gráfico 1.4: Outros indicadores socioeconómicos referentes aos Municípios da Região de Aveiro

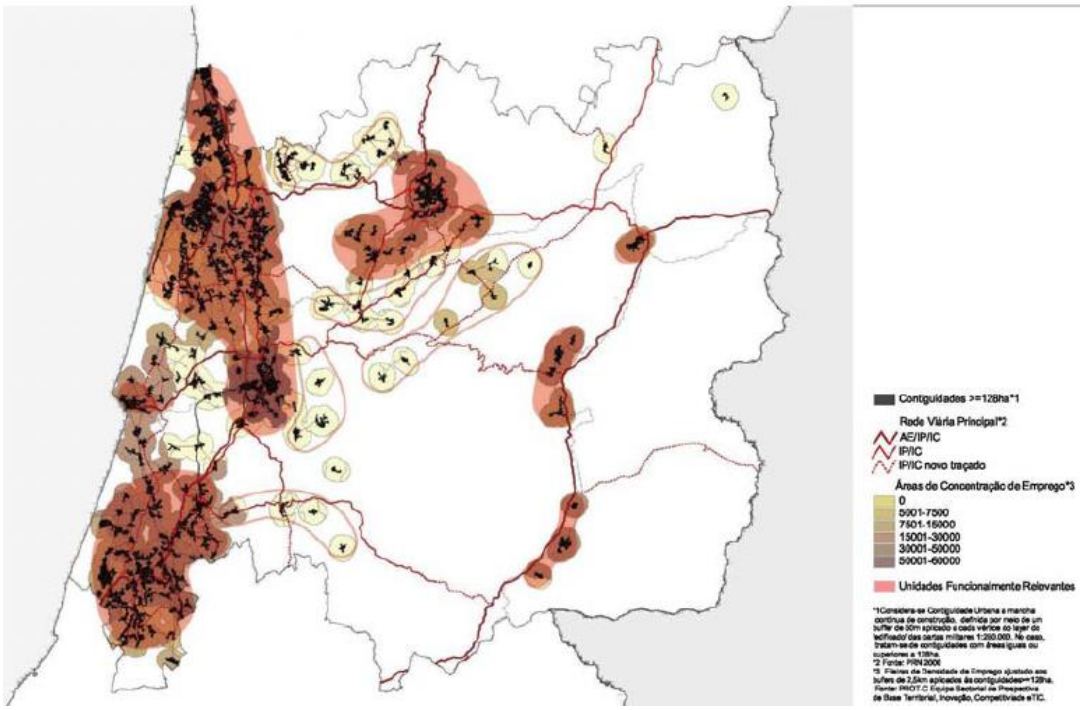


Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Esta leitura da realidade regional e intrarregional pode também ser complementada com a observação da diversidade dos padrões de povoamento na região e da sua relação com a rede viária fundamental. A próxima figura, elaborada e discutida no âmbito do Plano Regional de Ordenamento do Território da Região Centro – PROTC (2011), mostra a intensidade da urbanização e da concentração de atividades económicas no litoral da região, com destaque para as ligações entre Aveiro (Baixo Vouga) e Coimbra (Baixo Mondego) por intermédio do corredor do IP1/A1 e do IC2. Saliente-se, também, a importância da aglomeração em torno de Viseu e dos seus principais eixos viário IP5/A25 e IP3. Já no que respeita ao corredor urbano da Beira Interior, é possível apontar as três polaridades servidas pelo IP2/A23, a saber: Castelo Branco, Covilhã/Fundão e Guarda.

É, assim, visível, por um lado, a dicotomia entre o litoral e o interior (com o primeiro mais concentrado e com maior número de ligações viárias) e, por outro, as principais infraestruturas viárias que cobrem a NUTS II Centro: dois eixos que atravessam longitudinalmente a região ao longo das suas faixas litoral (IP1/A1) e interior (IP2/A23) um eixo que une o litoral à fronteira com Espanha (IP5/A25).

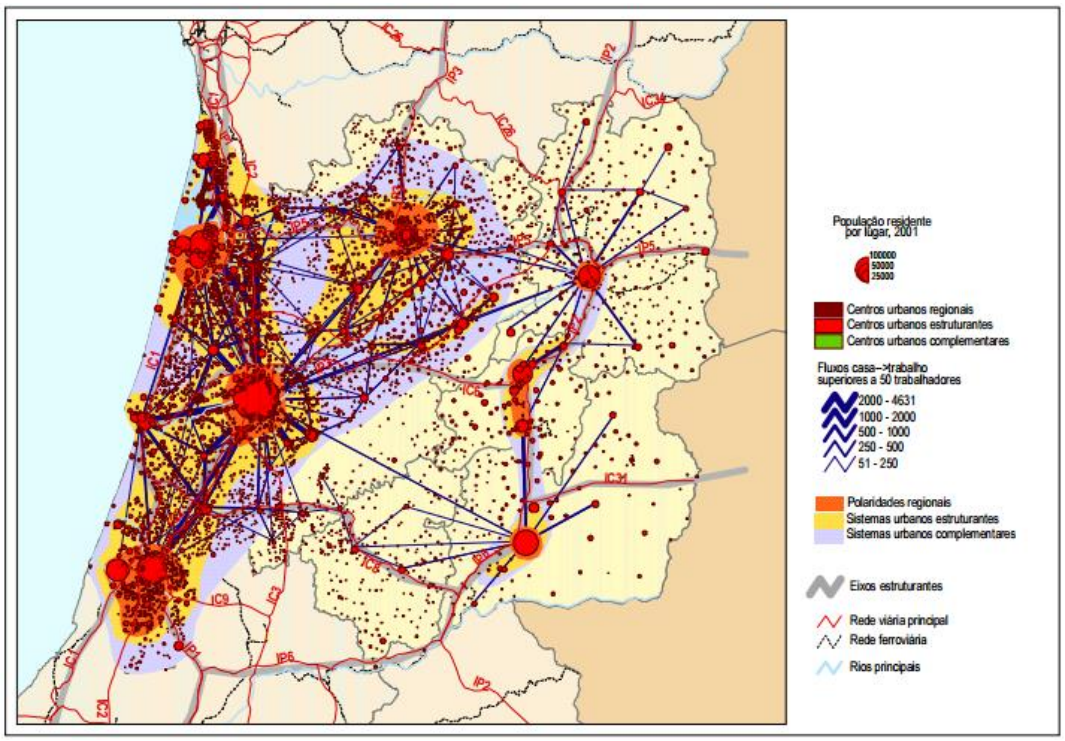
Fig. 1.5: Diversidade dos padrões de povoamento na Região Centro e sua relação com a Rede Viária Fundamental



Fonte: PROTC (2011)

A figura seguinte, também decorrente do estudo efetuado no âmbito do PROTC, ilustra a referida dicotomia. Mas também evidencia as relações intraregionais existentes, bem como a polaridade exercida pelas cidades de média dimensão da Região Centro.

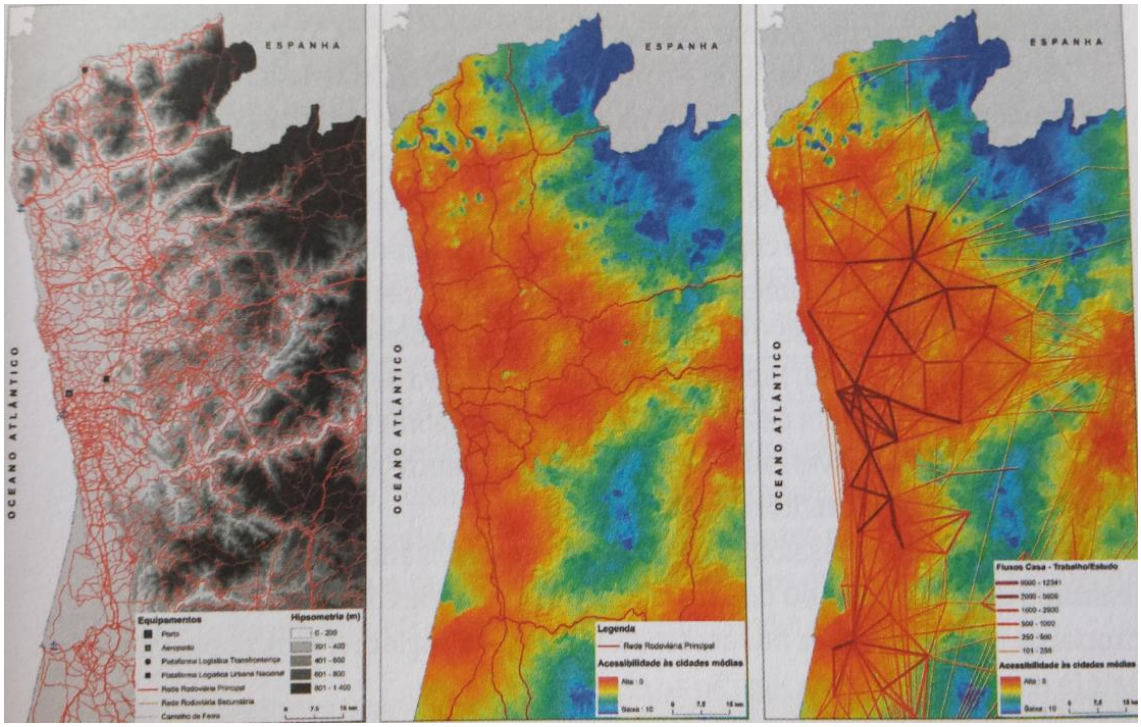
Fig. 1.6: Sistema urbano e fluxos casa-trabalho na Região Centro



Fonte: PROTC (2011)

No contexto da análise do modelo territorial, o PROTC afirma ainda que a Região Centro (em geral) e a Região de Aveiro (em particular) dispõem de uma posição charneira entre as Regiões Metropolitanas de Lisboa/Vale do Tejo e do Noroeste. O estudo publicado em 2014 pela Fundação Calouste Gulbenkian vem precisamente reforçar a importância das relações que a Região de Aveiro tem com o Noroeste português, cujo contexto territorial constitui um dos grandes motores de desenvolvimento do país. A figura 1.7 efetua um retrato das relações existentes nesse espaço territorial no que respeita à rede viária, às acessibilidades às cidades médias e, ainda, aos fluxos pendulares.

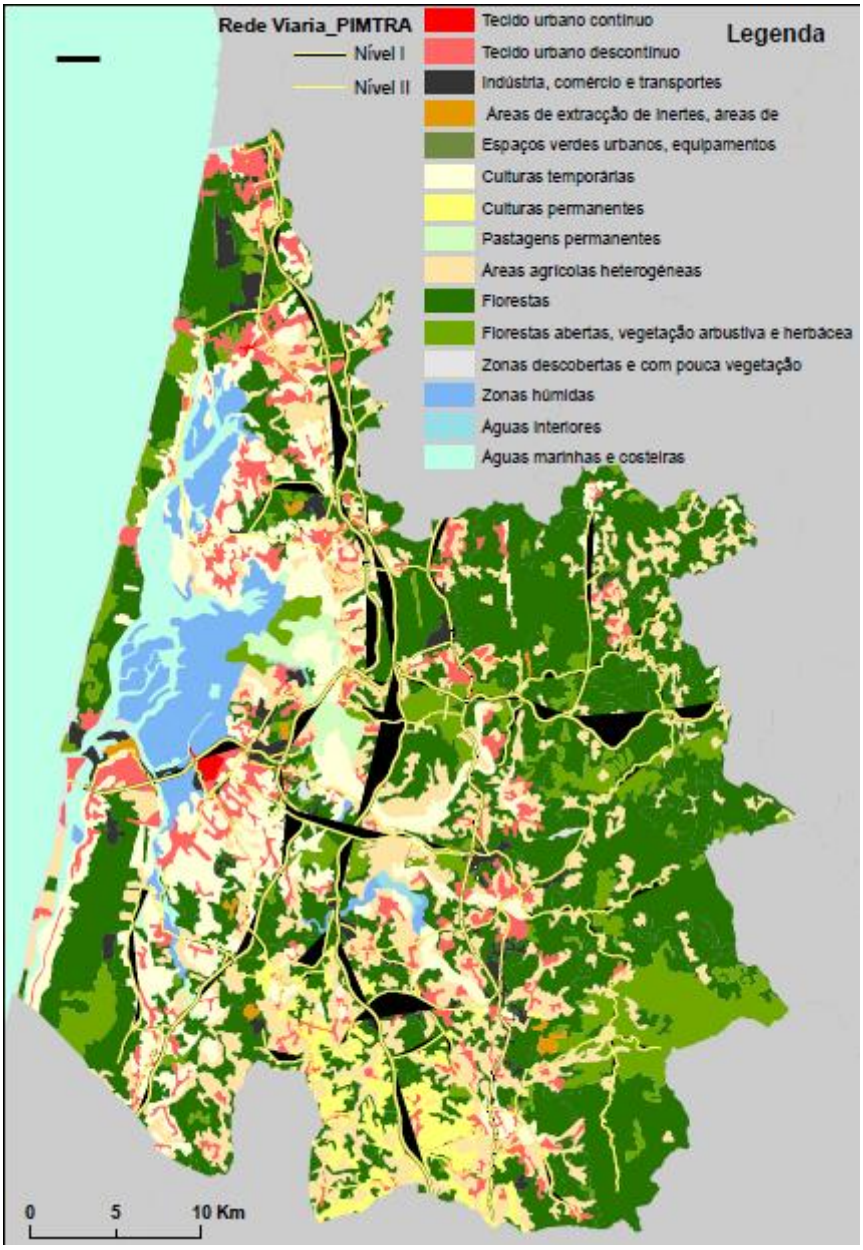
Fig. 1.7: Rede viária, acessibilidades às cidades médias e fluxos pendulares na Macrorregião Noroeste



Fonte: Fundação Calouste Gulbenkian (2014)

No caso concreto da Região de Aveiro, a figura 1.8 evidencia que a ocupação do território ocorre na sua maioria na zona entre a ria e as florestas do interior ao longo dos principais eixos viários da região, com um padrão de ocupação notoriamente disperso com múltiplas manchas de tecido urbano descontínuo a misturar-se com áreas agrícolas e naturais. As amenidades deste espaço territorial, com um conjunto diversificado e singular de factores naturais e culturais, permitem contribuir para a afirmação da região enquanto pólo de atracção turística. No que respeita à rede viária, a figura mostra também esta região é servida pela já referida A1, a que se acrescentam as vias rápidas A29 e A17 que atravessam a região de Norte a Sul, e a também já mencionada A25 que atravessa de Este a Oeste. Esta rede é complementada com vias de comunicação de nível inferior, destacando-se o IC2. Em relação à rede ferroviária, a região é atravessada pela linha do Norte e pela Linha do Vouga. A estas infraestruturas acrescem ainda o Porto de Aveiro e a Plataforma logística de Aveiro.

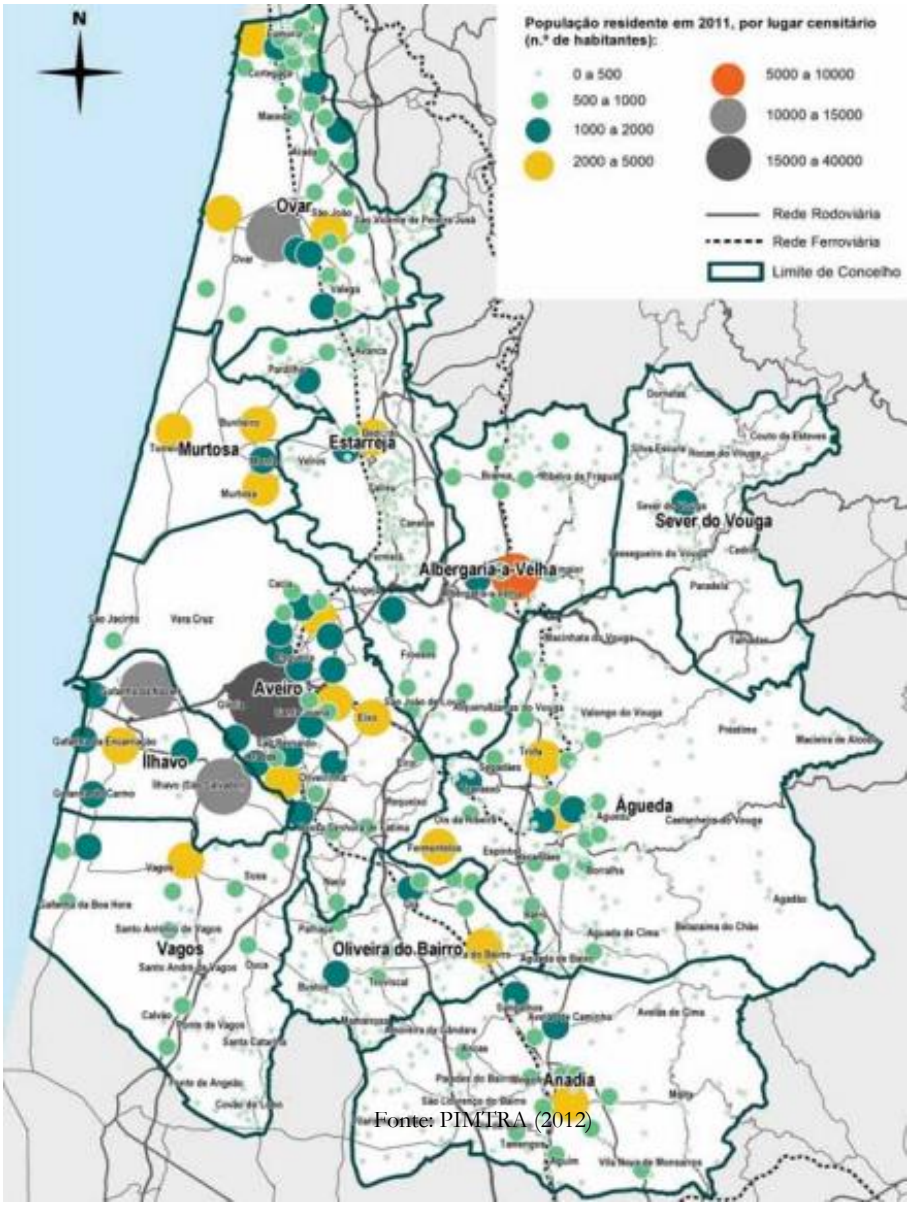
Fig. 1.8: Padrões de ocupação do território na Região de Aveiro



Fonte: Estratégia de Desenvolvimento Territorial 2014/20

Ainda no âmbito da estrutura territorial, o próximo mapa apresenta a distribuição da população residente em 2011 pelos lugares (censitários) da Região de Aveiro. Da sua leitura, confirma-se a existência de intensidades de ocupação intrarregional distintas, com um padrão de ocupação concentrado em torno dos principais eixos urbanos.

Fig. 1.9: Distribuição da população residente em 2011 pelos lugares (censitários) da Região de Aveiro

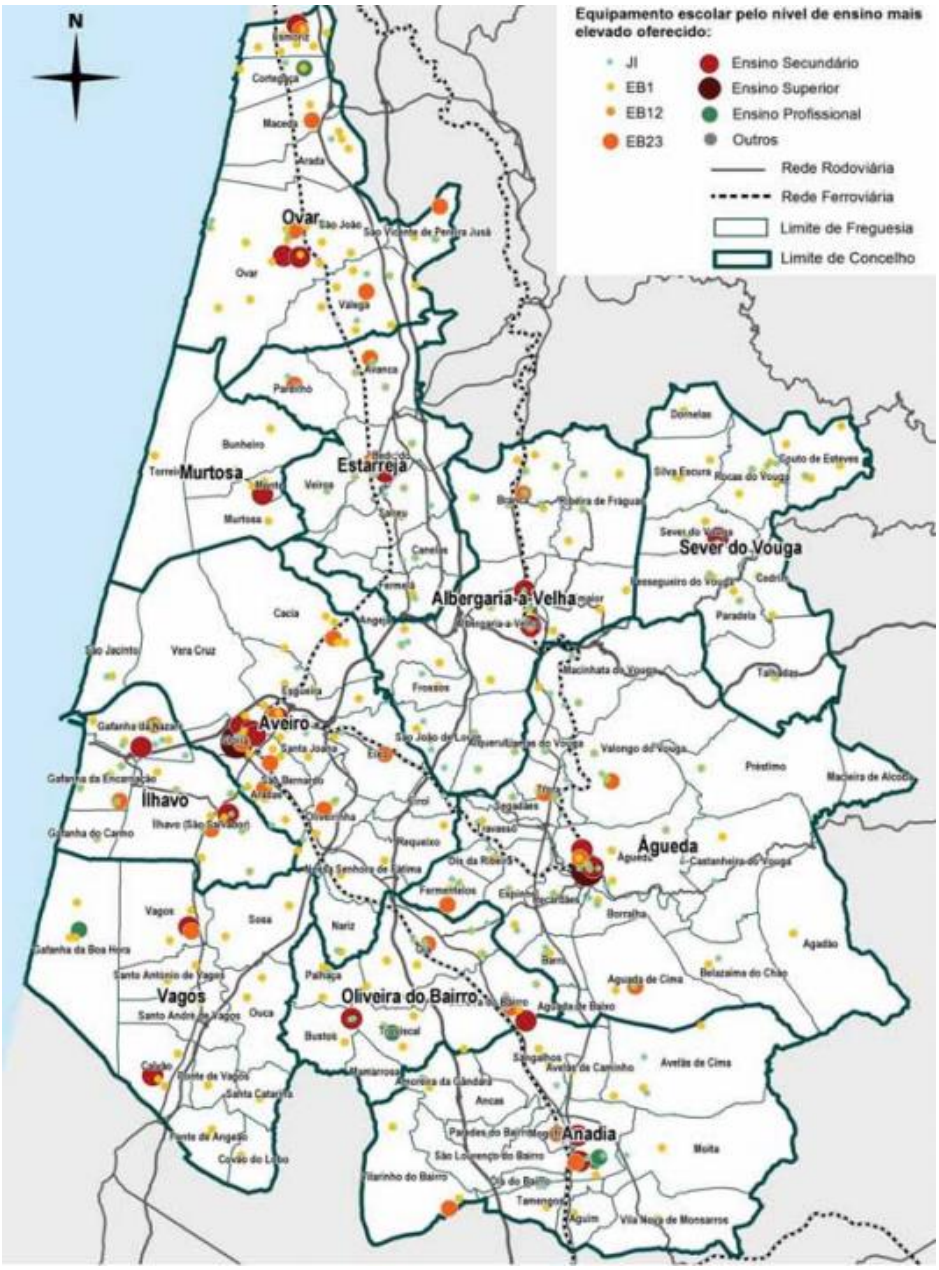


Fonte: PIMTRA (2012)

Na análise do padrão de ocupação territorial deve estar também incluída a localização dos equipamentos de educação e saúde que, não raro, seguem o padrão de distribuição populacional. Na medida em que o caso dos cuidados de saúde, por maioria de razão, será alvo de uma atenção particular nas próximas secções, será aqui efetuada somente uma menção à oferta escolar da região. Uma leitura da figura 1.10 mostra que a rede escolar até ao 1º ciclo do Ensino Básico encontra-se mais dispersa pelo território. Pelo contrário, a oferta das EB23 e das Escolas Secundárias localizam-se de uma forma mais concentrada junto dos principais aglomerados urbanos. Relativamente à oferta de Ensino Superior, importa mencionar a Universidade de Aveiro (UA), com o seu Campus localizado na cidade de Aveiro, e a Escola Superior de

Tecnologia e Gestão (também integrando a UA), sito na cidade de Águeda, enquando pólos pólos de desenvolvimento territorial e de atração populacional.

Fig. 1.10: Distribuição dos Equipamentos Escolares por nível de ensino na Região de Aveiro



Fonte: PIMTRA (2012)

Analisado o panorama geral da Região de Aveiro no que respeita aos indicadores socioeconómicos mais representativos, importa agora ter uma perceção mais concreta sobre os indicadores de saúde que caracterizam o território em estudo.

O indicador referente à esperança de vida à nascença corresponde ao número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por

idades observadas no momento de referência. Mais do que um indicador de saúde *tout court*, a esperança de vida reflete a própria qualidade de vida de um país, região ou localidade. O próximo quadro expõe a esperança média de vida à nascença na sub-região do Baixo Vouga. A sua análise comparada mostra que esta sub-região, embora seguindo o mesmo padrão de incremento que as outras NUTS III, apresenta um valor ligeiramente superior aos registados para a esperança média apresentada tanto pela Região Centro e como pelo Continente.

Quadro 1.8: Esperança média de vida à nascença para as NUTS III da Região Centro

Local de residência	2005- 2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011
Continente	78,7	78,9	79,2	79,4	79,7
Região de Saúde do Centro	78,9	79,1	79,4	79,6	79,9
Baixo Mondego	79,4	79,6	79,6	79,7	79,8
Baixo Vouga	79,3	79,4	79,4	79,6	80,1
Beira Interior Norte	78,6	78,9	79,0	79,3	80,0
Beira Interior Sul	78,4	78,9	79,0	79,0	79,0
Cova da Beira	79,3	79,4	79,1	79,3	79,5
Dão-Lafões	79,0	79,1	79,5	79,9	80,2
Médio Tejo	78,8	79,2	79,7	79,8	80,1
Oeste	78,4	78,7	78,7	78,9	79,0
Pinhal Interior Norte	78,3	78,8	79,2	79,4	79,6
Pinhal Interior Sul	77,3	77,8	77,2	77,2	77,7
Pinhal Litoral	79,2	79,5	79,7	80,0	80,6
Serra da Estrela	78,0	78,5	77,9	78,5	78,9

Fonte: INE - Metodologia 2007 - Anos, por Local de residência (NUTS - 2002)

Notas:
a) A NUTS III - Pinhal Interior Sul incluí Mação, que atualmente não pertence à Região de Saúde do Centro
b) A NUT 2002 incluí as NUTS Oeste e Médio Tejo, que atualmente não integram a Região de Saúde do Centro

No que respeita à taxa de mortalidade infantil, indicador de saúde utilizado para medir o nível assistencial e de condições gerais de vida de uma região, e com base no Relatório de Atividades 2012 da Administração Regional de Saúde da Região Centro (ARSC), nasceram em 2012, no âmbito territorial jurisdicional da ARSC, 12.527 nados vivos (menos 627 do que em 2011), tendo ocorrido 42 óbitos infantis (i.e. com menos de 1 ano de idade). Relativamente ao ano de 2011, a taxa de mortalidade infantil da região foi de 2,9‰, um valor substancialmente inferior à média nacional (3,1‰). Do ponto de vista concelhio, importa aqui fazer referência a Ovar, Sever do Vouga, Estarreja e Murtosa por apresentarem uma taxa superior à média da sub-região do Baixo Vouga.

Quadro 1.9: Taxa quinquenal de mortalidade infantil por local de residência (2008-2012)

Local de residência	Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰), 2008-2012
Continente	3.1
Região Centro	2.9
Baixo Vouga	2.8
Águeda	2.6
Albergaria-a-Velha	0.9
Anadia	1.9
Aveiro	2.1
Estarreja	4.5
Ílhavo	1.7
Murtosa	6.3
Oliveira do Bairro	1.8
Ovar	3.7
Sever do Vouga	9.5
Vagos	1.0

Fonte Institucional: INE (últimos dados setembro 2013)

No quadro 4 anteriormente apresentado, ficou patente a evolução da taxa bruta de natalidade e mortalidade por concelhos da NUTS III Baixo Vouga. Importa, agora, efetuar o enquadramento das principais causas que contribuem para os respetivos valores. A primeira causa de mortalidade em Portugal reside nas doenças do aparelho circulatório, seguindo-se os tumores, como segunda causa de morte. Da análise do quadro 10, verifica-se que nos onze municípios que constituem a CIRA o padrão se mantém, podendo concluir-se que, em todas as áreas geográficas consideradas, a mortalidade por doença do aparelho circulatório é mais elevada que a mortalidade por tumores malignos, com exceção dos municípios de Albergaria-a-Velha e Murtosa.

Uma leitura do mesmo quadro permite concluir que no período de tempo considerado (2006 a 2011) a sub-região do Baixo Vouga apresenta, em ambos os parâmetros ora analisados, valores inferiores à Região Centro. Verifica-se também que, enquanto na Região Centro a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório se mantém relativamente estável, no Baixo Vouga ela apresenta uma tendência crescente. É possível ainda verificar que em ambas as regiões se verifica uma tendência crescente na taxa de mortalidade por tumores malignos. Já ao nível concelhio, Sever do Vouga, Oliveira do Bairro, Estarreja e Anadia destacam-se por apresentarem uma taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório superior à média da sub-região do Baixo Vouga, e Albergaria-a-Velha, Anadia, Estarreja e Murtosa por evidenciarem uma taxa de mortalidade por tumores malignos também superior à média também desta sub-região.

Quadro 1.10 – Evolução da distribuição das taxas de mortalidade por doença do aparelho circulatório e por tumores malignos por concelho da NUTS III Baixo Vouga (2006, 2008, 2009 e 2011)

	Taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório (%)				Taxa de mortalidade por tumores malignos (%)			
	2006	2008	2009	2011	2006	2008	2009	2011
Região Centro	3,6	3,6	3,5	3,5	2,3	2,4	2,4	2,6
Baixo Vouga	2,6	2,7	2,8	2,9	1,9	2,1	2,1	2,2
Águeda	2,6	2,5	2,5	2,9	1,5	1,9	2,0	2,0
Albergaria-a-Velha	2,6	3,1	2,7	2,4	2,3	1,8	2,0	2,6
Anadia	2,8	2,7	3,3	3,1	1,9	2,6	3,0	2,5
Aveiro	2,5	2,6	2,4	2,7	2,2	2,1	2,4	2,2
Estarreja	3,2	3,7	3,7	3,1	2,0	2,4	2,4	2,6
Ílhavo	1,9	2,1	2,2	2,6	1,8	2,1	1,8	1,9
Murtosa	3,3	4,1	4,6	2,1	1,9	3,5	2,0	3,5
Oliveira do Bairro	3,9	3,4	2,5	4,0	1,	1,8	1,7	2,0
Ovar	1,8	2,0	2,4	2,5	1,8	2,0	1,6	2,1
Sever do Vouga	3,7	3,8	5,2	4,7	,9	1,9	1,7	2,0
Vagos	2,7	2,6	2,9	2,3	1,8	1,8	2,1	1,8

Fonte Institucional: INE 2007,2009,2010 e 2012 /Anuários 2006, 2008, 2009 e2011

Outro indicador de saúde importante na caracterização de um determinado território é o índice de morbilidade que reflete a taxa de incidência de casos notificados de doenças de declaração obrigatória (‰) por local de residência. A informação existente refere-se à NUTS III Baixo Vouga, mais concretamente à área de atuação do respetivo ACES (quadro 1.11). Da análise do quadro, pode concluir-se que a doença de declaração obrigatória (DDO) mais prevalente registada em todos os anos considerados é a tuberculose pulmonar. Verifica-se ainda um aumento dos casos de sífilis precoce, salmonelose e de febre escaronodular ao longo dos anos.

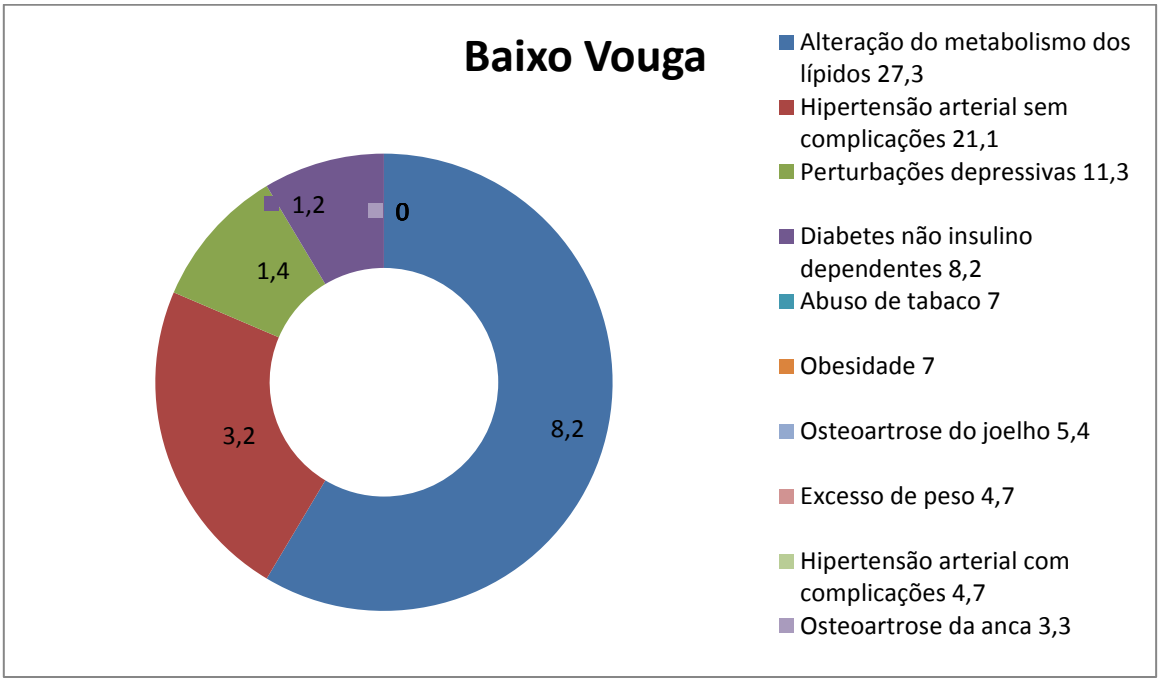
Paralelamente à importância da taxa de prevalência de certas doenças, e segundo os dados refletidos neste mesmo quadro, é a frequência absoluta das mesmas. Neste âmbito, regista-se para o período em análise um aumento substancial na frequência das doenças de declaração obrigatória, passando de 84 casos registados em 2010 para 167 em 2012.

Quadro 1.11: Evolução da frequência das Doenças de Declaração Obrigatória (DDO) notificadas no ACES Baixo Vouga 2010-2012

Doença de declaração obrigatória	2010 (n)	2011 (n)	2012 (n)	2012 Taxa (/100.000)
Tuberculose pulmonar	48	64	54	14,6
Parotidite	3	2	40	10,8
Salmonelose	9	12	10	2,7
Febre escaronodular	6	6	16	4,3
Sífilis Precoce	1	3	13	3,5
Tuberculose do SNC	2	5	2	0,5
Meningococcémia	2	4	3	0,8
Doença de legionários	0	5	3	0,8
Malária	0	5	3	0,8
Tosse convulsa	1	0	7	1,9
Tuberculose miliar	2	1	2	0,5
Hepatite C	1	2	2	0,5
Sífilis congénita	0	1	4	1,1
Hepatite B	1	3	0	0,0
Febre tifóide e paratifóide	4	0	0	0,0
Sarampo	2	0	2	0,5
Leptospirose	0	0	3	0,8
Leishmaniose	1	1	0	0,0
DCJ	0	1	0	0,0
Outras hepatites	0	1	0	0,0
Brucelose	1	0	0	0,0
Febre Q	0	0	1	0,3
Hepatite A	0	0	1	0,3
Equinococcose	0	0	1	0,3
TOTAL	84	116	167	-

De acordo com o "Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga" (2013), as dez principais causas de doença dos utentes inscritos nos Centros de Saúde da Região de Aveiro, por ordem decrescente de prevalência, são: alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial sem complicações, perturbações depressivas, diabetes não insulino-dependente, abuso de tabaco, obesidade, osteoartrose do joelho, excesso de peso, hipertensão arterial com complicações e osteoartrose da anca (fig.1.11).

Fig. 1.11: Distribuição absoluta das dez principais causas de doença da Região de Aveiro, 2012



Fonte: Relatório "Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga" (2013)

O quadro 1.12 representa a taxa de mortalidade proporcional (TPM) por grandes grupos de causas de morte no triénio 2009-2011, na área de jurisdição do ACES Baixo Vouga. A leitura do quadro permite afirmar que a taxa de mortalidade na área geográfica do ACES Baixo Vouga é inferior à média nacional, mas ligeiramente superior à registada na Região Centro. O mesmo padrão se verifica nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, bem como nos tumores malignos, com particular relevo nos tumores maligno do lábio, cavidade oral e faringe, aparelho digestivo, estomago, peritoneu, cólon e reto (caso que mereceria um estudo epidemiológico sobre a dieta alimentar desta região). Quanto às doenças cerebrovasculares, a TMP é também superior no ACES Baixo Vouga relativamente aos valores quer da ARS Centro, quer nacionais. Também as causas externas de mortalidade apresentam valores superiores à média nacional, embora inferiores aos registados na ARS Centro. Numa nota mais positiva, a TMP por doença isquémica do coração por lesões auto provocadas apresenta valores inferiores aos verificados na região centro e no continente.

Quadro 1.12 - síntese da taxa de mortalidade padronizada (/100000 Habitantes) no triénio 2009-2011 (média Anual)

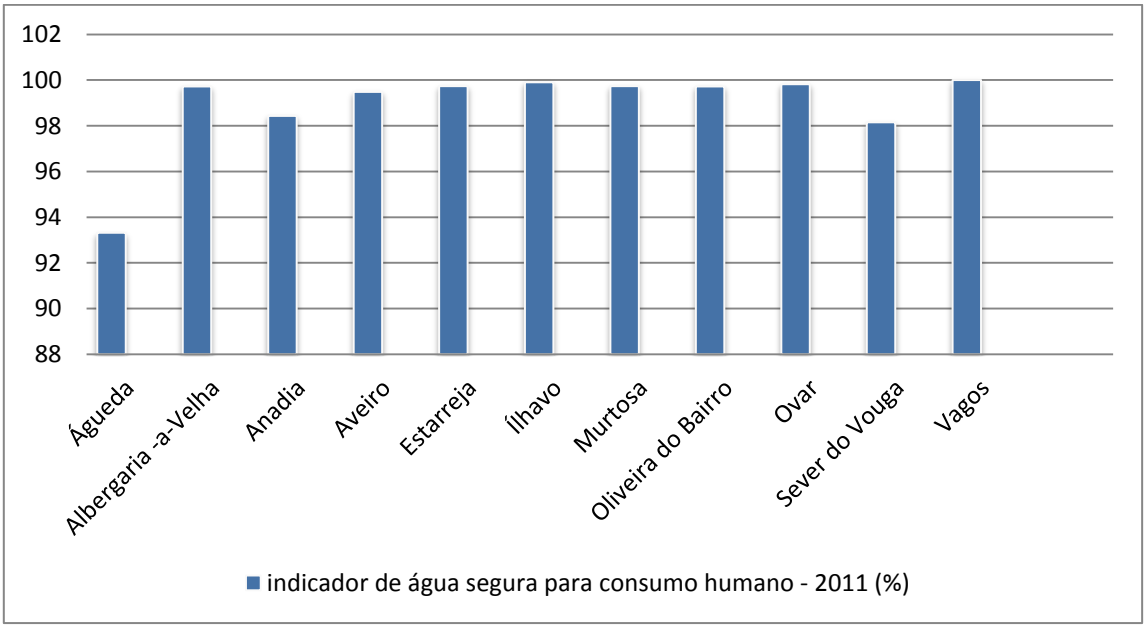
Grandes grupos de causa de morte	Continente (H/M)	ARS Centro (H/M)	Aces Baixo Vouga (H/M)
Todas as causas	284,1	269,9	271,9
Sintomas, sinais e achados anormais não classificados	27,7	31,5	31,8
Algumas doenças infeciosas parasitárias	10,7	6,4	7,3
Tuberculose	0,8	0,4	0,7
VIH / SIDA	5,7	1,9	2,7
Tumores malignos	106,1	94,8	101,2
Tumores maligno do lábio, cavidade oral e faringe	4,7	4,6	6,1
Tumores maligno do aparelho digestivo e peritoneu	37,9	34,8	39,8
Tumores maligno do esófago	3,3	3,1	3,6
Tumores maligno do estomago	9,8	8,0	9,5
Tumores maligno do cólon e reto	13,3	12,8	15,9
Tumores maligno do pâncreas	5,2	4,3	5,3
Tumores maligno do aparelho respiratório	21,8	15,7	16,7
Tumores maligno da traqueia, brônquios e pulmão	19,0	13,3	14,6
Tumores maligno dos ossos, pele e mama	10,3	9,4	10,0
Tumores maligno da mama (feminino)	NA	NA	NA
Tumores maligno dos órgãos geniturinários	12,4	11,0	10,0
Tumores maligno do colo do útero	NA	NA	NA
Tumores maligno da próstata	NA	NA	NA
Tumores maligno da bexiga	2,2	1,6	1,7
Tumores maligno de outras localizações não esp.	9,6	9,3	9,4
Tumores maligno do tecido linfático e órgão hema.	8,0	8,7	8,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11,0	9,7	10,4
Diabetes Mellitus	8,8	7,4	8,6
Doenças do aparelho circulatório	51,4	44,1	44,5
Doença isquémica do coração	16,8	10,5	9,8
Doenças cerebrovasculares	20,1	19,7	21,2
Doenças do aparelho respiratório	15,1	4,8	14,0
Pneumonia	5,7	6,5	6,7
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	3,7	2,7	2,8
Doenças do aparelho digestivo	17,2	17,6	15,9
Doença crónica do fígado e cirrose	9,3	11,2	9,9
Causas externas de mortalidade	24,8	31,1	28,1
Acidentes de transporte	8,0	10,6	10,2
Acidentes de veículos a motor	7,5	10,0	9,7
Lesões auto provocadas intencionalmente (suicídios)	6,9	7,5	6,5

Fonte: INE. ARS Centro (Aces Baixo Vouga)

Importa, por fim, fazer referência a alguns indicadores de saúde ambiental que são apontados por diversas instâncias internacionais, como seja a Organização Mundial de Saúde, enquanto fatores com impactos na saúde das populações, tais como a qualidade e abastecimento de água e a taxa de cobertura de sistemas de abastecimento de água e drenagem de água residual.

A próxima figura indica a distribuição de água segura para consumo humano em 2011 nos concelhos que constituem a CIRA. Da sua análise conclui-se que a água para consumo humano na área em estudo é segura, em virtude dos valores apresentados se encontrarem acima dos 98%, com exceção do município de Águeda, que apresenta valores um pouco abaixo.

Fig. 1.12. Distribuição do indicador de água segura para consumo humano em 2011 nos concelhos que constituem a CIRA



Fonte: INE 2012 , Anuários Estatísticos Região Centro

O quadro 1.13 expõe a taxa de cobertura de sistemas de abastecimento de água e drenagem de água residual para a NUTS III do Baixo Vouga. A sua leitura mostra que, em 2009, a taxa de cobertura do sistema de abastecimento de água nesta sub-região (98%) era ligeiramente superior à da Região Centro e à média do continente (96%). Quanto à taxa de drenagem de água residual, a Região do Baixo Vouga apresenta também valores superiores à Região Centro (83% e 80% respetivamente), situando-se contudo ligeiramente abaixo da média nacional. Relativamente ao ano de 2013, e face aos indicadores disponibilizados pelo INE, é possível apenas comparar as taxas de cobertura de água e saneamento ao nível concelhio. Assim sendo, analisados os valores para o quinquénio 2009-2013 destaca-se o aumento de sete pontos percentuais na cobertura do abastecimento de água no município de Águeda, observando-se também nos restantes municípios um ligeiro aumento, com exceção para os casos da Murtosa e Sever do

Vouga, que apresentam uma ligeira descida. Já quanto ao saneamento, embora se observe um aumento da cobertura em vários municípios, Vagos, Águeda, Ílhavo, Murtosa, Ovar e Sever do Vouga não seguem essa mesma tendência. Por seu turno, os municípios com maior incremento na sua taxa de cobertura das águas de drenagem e água residual são Anadia, Estarreja e Oliveira do Bairro.

Quadro 1.13. Taxa de cobertura de sistemas de abastecimento de água e drenagem de água residual

	Taxa de cobertura de água e saneamento (2009)		Taxa de cobertura de água e saneamento (2013)	
	Água	Saneamento	Água	Saneamento
Continente	96% *	84% *	**	**
Região Centro	96% *	80% *	**	**
Baixo Vouga	98% *	83%**	99%	**
Águeda	93%	59%	99%	59%
Albergaria-a-Velha	100%	84%	100%	88%
Anadia	99%	71%	100%	95%
Aveiro	100%	98%	100%	99%
Estarreja	98%	69%	100%	74%
Ílhavo	99%	56%	99%	56%
Murtosa	97%	61%	94%	61%
Oliveira do Bairro	a)	79%	100%	86%
Ovar	100%	60%	99%	60%
Sever do Vouga	87%	22%	86%	22%
Vagos	a)	30%	100%	29%

*Fonte INE
** dados não disponíveis
a) taxa de cobertura não disponível no DEE(documento de enquadramento estratégico) do município

II – Utilização e oferta de Cuidados de Saúde na Região de Aveiro

No contexto da realização deste estudo, é importante referir dois diplomas legais concebidos para serem estruturantes na operacionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalares de forma articulada e hierarquizada: as Portarias n.º 82/2014, de 10 de abril e n.º 123-A/2014, de 19 de junho.[2] A primeira classificava as instituições hospitalares e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em vários grupos, a segunda estabelecia os critérios de criação e revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referenciação.

A Portaria n.º 82/2014 tinha por "objeto estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas", bem como o seu posicionamento na rede hospitalar. Pode ler-se, no preâmbulo da referida portaria, que: "A Carta Hospitalar nunca veio a ser integralmente implementada, contudo, os conceitos então desenvolvidos foram seguidos no Estatuto do SNS (de 1993)". Este último determina que as instituições e os serviços integrados no SNS se classificam segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas.

A classificação dos hospitais, lê-se a seguir, deveria obedecer a um sistema assente numa base populacional - em linha com a área de influência direta e indireta - e ter em consideração as necessidades de saúde das populações, com o objetivo de garantir a proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar.

A publicação da portaria foi acompanhada de contestação pública, com a apresentação de petições para a sua revogação, entre outros, já que os hospitais, nomeadamente os classificados no grupo I, e respetivas autarquias, sentiram – e sentem - a ameaça de perda de valências. A este propósito, cumpre destacar a resolução da Assembleia da República n.º 57/2014, de 6 de junho, que recomenda ao Governo que qualifique o Centro Hospitalar do Baixo Vouga e garanta o não encerramento de serviços e valências atualmente disponíveis naquele centro hospitalar, garantindo à população o acesso a cuidados de saúde de qualidade, proximidade, em tempo útil, assegurando a coesão e a justiça social.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)[3], em nota explicativa a esta Portaria, referia que "até ao momento, a abertura de valências tem obedecido a mecanismos locais e arbitrários sem planeamento estruturado. Como consequência desta desregulação temos hoje muitas instituições com

[2] Conforme se referiu na Nota Prévia e mais à frente neste capítulo, no decurso do processo de revisão do presente trabalho, estes dois normativos foram revogados pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio.

[3] *www.acss.min-saude.pt*

valências em que é impossível garantir os recursos necessários, promovendo uma dispersão de recursos em detrimento da qualidade assistencial".

Nos termos do artigo 2.º da Portaria n.º 82/2014, os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde foram organizados hierarquicamente segundo a natureza das suas responsabilidades em quatro grupos. Das 48 unidades hospitalares, a maior parte destas (27) foi categorizada no grupo I - o menos diferenciado.

O CHBV foi incluído nos hospitais do grupo I. Na região centro, todas as unidades hospitalares são classificadas no grupo I (6 unidades), com exceção do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, E.P.E (grupo II), do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E (grupo III), do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E. (grupo IV – a) e do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (grupo IV – b).

Os hospitais do grupo I aprsentavam em comum as seguintes características:

- uma área de influência exclusivamente direta, que pode variar entre os 75 mil e os 500 mil habitantes;
- valências médicas e cirúrgicas de medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação;
- outras valências podem ser incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia gastrenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infecciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear;
- as unidades do grupo I não podem ter as valências de genética médica, farmacologia clínica, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica e neurorradiologia.

O quadro seguinte apresenta as valências que os hospitais do grupo I podiam exercer e as que estavam impossibilitados de praticar.

Quadro 2.1 - Portaria n.º 82/2014 -valências disponíveis nos hospitais do grupo I

Valências disponíveis	Valências que podem exercer	Valências que não podem exercer
Medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação	Oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia gastrenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infecciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear	Genética médica, farmacologia clínica, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica e neurorradiologia

Por despacho do membro do governo responsável pela área da saúde, sob proposta da ACSS, as valências de cada instituição poderiam assumir áreas de influência direta e indiretas superiores ou inferiores às da própria instituição (n.º 6 do artigo 2.º).

As instituições do grupo I deveriam estabelecer relações de referenciação com as instituições dos grupos II e III para as áreas que não tenham capacidade técnica ou recursos disponíveis (n.º 1 do artigo 3.º). Assim, a Portaria nº 82/2014 estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, definindo as orientações estratégicas que permitem construir uma rede coerente, comunicante, capaz de responder às necessidades dos cidadãos, mas não determina as valências concretas que cada unidade hospitalar deverá disponibilizar.

A carteira de valências disponibilizada dependeria do estabelecido no contrato programa e de outros fatores dos quais destacamos a localização geográfica, as acessibilidades, o nível de especialização, a procura potencial, a realidade sociodemográfica da região e a interligação com outras unidades.

Recorda-se que o n.º 1 do artigo 2.º da Portaria n.º 123-A/2014 estabelecia que as redes devem garantir:

a) a distribuição das localizações, no mapa das instituições hospitalares do SNS, das especialidades predominante ou exclusivamente hospitalares;

b) um sistema que regule as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares, estabelecendo articulações funcionais entre hospitais e, eventualmente, outras unidades de saúde, de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde nas diversas especialidades.

Por seu turno, o n.º 2 do mesmo artigo determinava que as redes deveriam obedecer aos seguintes princípios:

a) Permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos;

b) Eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício;

c) Permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado;

d) Contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências;

e) Contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas;

f) Definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada;

g) Permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local;

h) Integrar os Centros de Referência.

Refira-se por fim que, no decurso do processo de revisão deste trabalho, a Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, revogou as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 abril e 123-A/2014, de 19 de junho, por considerar: "(…) o regime preconizado naquelas portarias apresenta fragilidades na sua elaboração conceptual e consequentemente na sua aplicabilidade, que se traduziram em constrangimentos objetivos ao nível do planeamento e da prestação de cuidados de saúde no SNS. Nesse sentido, os referidos normativos não refletiram, na prática, uma resposta muito eficaz, adequada e diferenciada do SNS aos seus utentes, e um melhor aproveitamento e gestão dos recursos existentes, pelo contrário, assistiu-se a dificuldades na aplicação do regime preconizado nas mesmas.".

Assim, a mencionada portaria n.º 147/2016 pretende assegurar a configuração de uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados. Prevê-se a classificação em grupos de acordo com as especialidades, a população abrangida, a capacidade de formação, a diferenciação dos recursos humanos, o modelo de financiamento, a classificação dos serviços de urgência e a complexidade da produção hospitalar (art. 3.º). A lista das instituições hospitalares por grupo e por Administração Regional de Saúde será publicada após a aprovação das redes de referenciação.

A Portaria n.º 147/2016, em vigor desde o dia 20 de maio de 2016, implicará porventura uma nova classificação das instituições hospitalares, o que poderá ter consequências ao nível do financiamento, considerando que este deverá atender às redes de referenciação definidas nos termos da portaria.

Oferta e utilização de cuidados de saúde na região de Aveiro

Tendo em conta o referido na Lei de Bases da Saúde, nomeadamente na base XII, o *Sistema de Saúde* é constituído pelo "Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde" e, ainda, por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou atividades de saúde.

Com efeito, o utente dos serviços de saúde, para a satisfação das suas necessidade, pode recorrer (ERS, 2011, Relatório sobre a Carta dos Direitos dos Utentes):

1. aos prestadores de cuidados de saúde do SNS;
2. aos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, sendo beneficiário de um determinado subsistema de saúde (público ou privado);
3. aos prestadores de cuidados de saúde, próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um seguro de saúde;
4. aos prestadores de cuidados de saúde, privados e com ou sem fins lucrativos, mediante a contraprestação acordada com o prestador livremente escolhido.

Em termos gerais, a oferta de cuidados de saúde prestados na região de Aveiro é assegurada por entidades do SNS, por Entidades do Sector Social e por Entidades do Setor Privado[4].

Como se pode verificar nos quadros seguintes, para além do Centro Hospitalar Baixo Vouga, prestam cuidados de saúde, como hospitais oficiais[5], o Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar) e o Hospital José Luciano de Castro (Anadia)[6].

Como Entidades do Sector Social, a oferta inclui a Santa Casa da Misericórdia de Águeda, a Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo e a Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro.

Da análise sumária dos quadros, verifica-se que o CHBV é a instituição que disponibiliza um conjunto mais alargado de valências, sendo o único que assegura cuidados de urgência.

[4] O Hospital Privado é aquele cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos (INE, 2012).
[5] Entende-se que o hospital oficial é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Poderá ser: público – tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militar – tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar – tutelado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional – tutelado pelo Ministério da Justiça (INE, 2012). A vigência desta nomenclatura originou a quebra da vigência da designação de hospital público http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2542
[6] A partir de 1 de janeiro de 2015, o HJLC passou a ser gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Anadia.

Quadro 2.2 - Instituições Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde – Região de Aveiro

Serviço Nacional de Saúde	Valências disponíveis				
Hospitais/Centros Hospitalares	Urgência	Internamento	Consulta externa	MCDT	Unid. Convalescença (pertencente à RNCCI)
Centro Hosp. Baixo Vouga, EPE	√	√	√	√	
H. de José Luciano de Castro			√	√	√
Hospital Dr. Francisco Zagalo		√	√	√	√

Fonte: ARSC

Quadro 2.3 - Entidades do Setor Social - Região de Aveiro

Entidades do sector social	Valências disponíveis		
Instituições	Convalescença	Média duração e reabilitação	Longa duração
Santa Casa da Misericórdia de Águeda	√		
Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo		√	√
Santa Casa da Misericórdia do Concelho de Oliveira do Bairro			√

Fonte: ARSC

No que diz respeito à oferta privada, na região destacam-se a CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro, S.A, a CLIRIA – Hospital Privado de Oiã, S.A, e a CLIRIA – Centro Médico de Águeda, S.A.

Em seguida, procede-se à análise do movimento assistencial de cada uma das instituições acima identificadas, com exceção do CHBV, já que a sua apreciação detalhada será objeto de um capítulo autónomo .

A utilização dos cuidados de saúde constitui um indicador relevante do estado de saúde das populações. O padrão de utilização de serviços de saúde dá valiosas indicações sobre a forma como as populações acorrem aos serviços e como estes interagem com as populações. Conhecer os aspetos quantitativos da utilização de cuidados de saúde representa uma medida do estado de saúde das populações (Santana, 2005).

1- Hospitais do SNS

Na região do Baixo Vouga, em 2011, o número das consultas nos hospitais e centros de saúde por habitante, foram de 4,4, valor ligeiramente abaixo do verificado na região centro (4,5) e acima da média em Portugal (4,2).

Quadro 2.4 - Consultas nos hospitais e centros de saúde por habitante (n.º)

	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Portugal	4,2	4,1	4,0	4,5	4,1	3,9
Centro	4,5	4,5	4,0	4,6	4,2	4,1
Baixo Vouga	4,4	...	...	...	...	...

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

1.1 Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)

Na área do internamento, o Hospital Dr. Francisco Zagalo disponibiliza as valências de cirurgia geral e medicina interna, tendo aumentado o número de doentes saídos, de 2011 para 2013 (+ 209 doentes). A lotação tem oscilado: diminui de 2011 para 2012, aumentando novamente em 2013 para 28 camas. A taxa de ocupação tem subido consistentemente, situando-se, em 2013, nos 87%.

Quadro 2.5 - Internamento, Dr. Francisco Zagalo

Especialidades	N.º de doentes saídos (sem transferências interna)			N.º Dias de internamento			Lotação praticada			Taxa de ocupação		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	491	473	473	1.831	1.755	1.926	12	12	12	42%	40%	44%
Medicina Interna	226	383	453	4.383	6.454	6.949	16	23	16	75%	77%	119%
TOTAL	**717**	**856**	**926**	**6.214**	**8.209**	**8.875**	**28**	**35**	**28**	**61%**	**69%**	**87%**
TOTAL SEM BERÇARIO	**717**	**856**	**926**	**6.214**	**8.209**	**8.875**	**28**	**35**	**28**	**61%**	**64%**	**87%**

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Na consulta externa, no período de 2011-2013, assistimos a uma pequena diminuição das consultas realizadas (-1%). Faz-se notar que esta diminuição é fruto da descida das consultas subsequentes, já que as primeiras consultas aumentam. Refira-se, ainda, que no ano de 2012, as primeiras consultas, bem como as subsequentes, descem ligeiramente quando comparadas com o ano de 2011. Excetuando as consultas de medicina do trabalho, a especialidade que mais aumenta o número de consultas realizadas é a urologia (+19%). Em sentido oposto, as consultas que mais diminuem são as de oftalmologia (-45%).

Quadro 2.6 - Consulta Externa, Dr. Francisco Zagalo

Especialidades	N.º 1ªs consultas			N.º consultas subsequentes			Total consultas médicas			Δ 2013/2011
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	
Anestesiologia	1.712	1.694	1.555	102	179	142	1.814	1.873	1.697	-6%
Cardiologia	542	563	488	2.025	1.451	1.779	2.567	2.014	2.267	-12%
Cirurgia Geral	1.467	1.632	1.421	2.379	2.453	1.988	3.846	4.085	3.409	-11%
Dermato-Venereologia	0	328	559	0	165	285	0	493	844	-
Medicina Física e Reabilitação	237	180	169	872	718	658	1.109	898	827	-25%
Medicina Interna	470	480	479	2.168	2.054	1.968	2.638	2.534	2.447	-7%
Oftalmologia	524	763	344	1.545	1.519	795	2.069	2.282	1.139	-45%
Ortopedia	1.832	1.758	1.977	3.856	3.250	3.510	5.688	5.008	5.487	-4%
Otorrinolaringologia	1.199	1.156	1.216	1.631	1.855	1.997	2.830	3.011	3.213	14%
Pediatria	1.062	1.008	1.171	3.975	4.076	4.255	5.037	5.084	5.426	8%
Urologia	438	353	455	929	977	1.165	1.367	1.330	1.620	19%
Consultas a pessoal (MedicinaTrabalho)	9	12	16	87	126	240	96	138	256	167%
Outras	32	40	49	1.560	1.672	1.769	1.592	1.712	1.818	14%
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	**9.524**	**9.967**	**9.899**	**21.129**	**20.495**	**20.551**	**30.653**	**30.462**	**30.450**	-1%
TOTAL DE CONS. MÉDICAS SEM MED. TRABALHO	**9.515**	**9.955**	**9.883**	**21.042**	**20.369**	**20.311**	**30.557**	**30.324**	**30.194**	-1%

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

No que diz respeito à atividade cirúrgica, assistimos, quer a um decréscimo da atividade convencional (-2%), quer a uma diminuição da atividade ambulatória (-16%). Na cirurgia convencional, ortopedia é a especialidade com mais doentes intervencionados, seguida da cirurgia geral. O número de doentes intervencionados, nesta modalidade, conheceu uma diminuição de 2011 para 2013, tendo havido menos nove doentes operados. No que concerne à cirurgia de ambulatório, no ano de 2013, oftalmologia foi a especialidade com mais doentes intervencionados (285 doentes), apresentando, todavia, um decréscimo de 39%, relativamente ao ano de 2011 (-179 doentes). Em 2012, o número de doentes intervencionados, em ambulatório, foi de 1.400 doentes, descendo para 1.086, em 2013.

Quadro 2.7 - Bloco Operatório, Dr. Francisco Zagalo

Especialidades	N.º de Intervenções Cirúrgicas (C. Convencional)			N.º de Intervenções Cirúrgicas (C. Ambulatório)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	175	187	174	288	267	240
Oftalmologia	0	0	0	464	583	285
Ortopedia	225	220	214	241	238	250
Otorrinolaringologia		1	1	242	242	237
Urologia	111	83	113	64	70	74
TOTAL	**511**	**491**	**502**	**1.299**	**1.400**	**1.086**

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados, verifica-se um decréscimo de 2011 para 2012 e um aumento de 2012 para 2013. Contudo, esta subida não atinge os valores verificados em 2011 (-0,3%). No ano de 2013, a área com maior peso (60%) no total dos exames realizados é a das análises clínicas, seguida da medicina física e reabilitação (25%). As áreas que aumentam a sua atividade de 2011 para 2013 são as análises clínicas, a gastrenterologia, a otorrinolaringologia e a pneumologia, esta última com um crescimento de 203%

Quadro 2.8 - MCDT, Dr. Francisco Zagalo

Área MCDT	N.º exames realizados			Δ 2013/2011
	2011	2012	2013	
Análises Clínicas	91.609	95.137	104.930	15%
Cardiologia	4.441	4.663	4.362	-2%
Dermatologia	392	374	373	-5%
Gastrenterologia			3	-
Imuno-hemoterapia	273	1.231	314	15%
Medicina Física e Reabilitação	49.086	41.246	44.212	-10%
Oftalmologia	262	412	251	-4%
Otorrinolaringologia	1.001	1.148	1.070	7%
Pneumologia	33	58	100	203%
Radiologia	16.503	15.213	15.168	-8%
Reumatologia		52		-
Urologia	49	25	52	6%
Outros	11.571	4.008	3.925	-66%
TOTAL	**175.220**	**163.567**	**174.760**	-0,3%

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Quadro 2.9 - Recursos Humanos, Dr. Francisco Zagalo

Categoria/Carreira	N.º de Profissionais			Δ 2013/2011
	2011	2012	2013	
Pessoal Dirigente	3	3	3	0%
Médicos (excluem-se os médicos internos)	13	13	13	0%
Técnicos Superiores de Saúde	1	1	1	0%
Enfermeiros	41	39	50	22%
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	12	12	12	0%
Técnicos Superiores	3	3	3	0%
Assistentes Técnicos	20	19	19	-5%
Assistentes Operacionais	36	35	35	-3%
Outros Profissionais	0	0		-
TOTAL	**129**	**125**	**136**	5%

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Em termos de recursos humanos, constata-se um aumento do número total de profissionais, em 5%, fundamentalmente, em consequência do acréscimo verificado no pessoal de enfermagem (+nove enfermeiros).

Deve realçar-se que a unidade de convalescença, embora a funcionar no Hospital Dr. Francisco Zagalo, pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Constata-se um aumento progressivo da taxa de ocupação, mantendo-se igual a lotação ao longo do período.

Quadro 2.10 - Cuidados Continuados, Dr. Francisco Zagalo

Cuidados Continuados	N.º camas em funcionamento			Dias de internamento			Taxa de ocupação		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Convalescença	20	20	20	6.592	6.650	6.746	90%	91%	92%

Fonte: GESTCARE – dados fornecidos pela ARSC

1.2 Hospital José Luciano de Castro

No Hospital José Luciano de Castro, situado em Anadia, não houve no período considerado movimento em termos de internamento.

Ao nível das consultas externas, no período 2011-2013 (ver quadro 2.11), assistimos a uma diminuição de 22%, sendo que a área que mais desce em termos percentuais é a da dor (-63%). Em termos absolutos, oftalmologia é a especialidade que mais vê diminuir as consultas registadas (-1.097). A cardiologia e a

medicina física e reabilitação aumentam o número de consultas na percentagem de 41% e 13%, respetivamente.

No que diz respeito às intervenções cirúrgicas (quadro 2.12), verifica-se que não há, no período considerado, nem intervenções realizadas em cirurgia convencional, nem intervenções urgentes. Assiste-se a uma diminuição dos doentes intervencionados, em ambulatório, na ordem dos 38%. Oftalmologia não contabiliza, em 2013, doentes intervencionados. A cirurgia geral é especialidade com maior número de doentes intervencionados, diminuindo, contudo, em 22% o número de cirurgias de ambulatório.

Quadro 2.11 - Consulta Externa, Hospital José Luciano de Castro

Especialidades	N.º 1ªs consultas			N.º consultas subsequentes			Total consultas médicas			Δ 2013/2011
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	
Anestesiologia	742	763	537	53	46	33	795	809	570	-28%
Cardiologia	140	234	171	343	431	511	483	665	682	41%
Cirurgia Geral	1.196	1.300	1.203	1.299	1.634	1.310	2.495	2.934	2.513	1%
Dermato-Venereologia	546	406	373	42	19	14	588	425	387	-34%
Diabetologia	40	37	32	784	816	664	824	853	696	-16%
Dor	47	21	29	448	179	156	495	200	185	-63%
Medicina Física e Reabilitação	153	167	165	75	77	93	228	244	258	13%
Medicina Interna	341	359	176	1.322	1.309	965	1.663	1.668	1.141	-31%
Oftalmologia	1.343	974	537	782	696	491	2.125	1.670	1.028	-52%
Ortopedia	733	669	617	1.470	1.477	1.013	2.203	2.146	1.630	-26%
Otorrinolaringologia	586	251	622	1.806	367	1.023	2.392	618	1.645	-31%
Pediatria	339	308	253	1.380	1.452	1.427	1.719	1.760	1.680	-2%
Urologia	376	368	317	909	933	825	1.285	1.301	1.142	-11%
Consultas a pessoal (Medicina do Trabalho)	3	9	1	161	182	152	164	191	153	-7%
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	6.585	5.866	5.033	10.874	9.618	8.677	17.459	15.484	13.710	-21%
TOTAL DE CONS. MÉDICAS SEM MED. TRABALHO	6.582	5.857	5.032	10.713	9.436	8.525	17.295	15.293	13.557	-22%

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Quadro 2.12 - Bloco Operatório, Hospital José Luciano de Castro

Especialidades	N.º de Intervenções Cirurgicas (C. Ambulatório)			Δ 2013/2011
	2011	2012	2013	
Cirurgia Geral	464	559	360	-22%
Oftalmologia	24	42		-100%
Ortopedia	326	277	146	-55%
Urologia	119	108	69	-42%
TOTAL	933	986	575	-38%

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Ao nível dos MCDTs (quadro 2.13), em consonância, aliás, com o verificado nas consultas externas, assiste-se a um aumento dos exames registados na cardiologia e medicina física e reabilitação. Cumpre realçar que na área da urologia se assiste a um aumento de 59%.

Quadro 2.13 - MCDTS, Hospital José Luciano de Castro

Área MCDT	N.º exames realizados			Δ
	2011	2012	2013	2013/2011
Cardiologia	2.170	2.280	2.250	4%
Gastrentererologia	697	662		-100%
Medicina Física e Reabilitação	37.768	43.851	50.856	35%
Otorrinolaringologia			1	-
Psiquiatria		1.124	1.454	-
Radiologia	10.644	9.170	8.214	-23%
Reumatologia	67	48	12	-82%
Urologia	196	292	311	59%
Outros	2.660	3.927	4.096	54%
TOTAL	**54.202**	**61.354**	**67.194**	**24%**

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

Finalmente, em matéria de recursos humanos (quadro 2.14), o Hospital José Luciano de Castro diminui em 8% os seus colaboradores, perdendo 3 enfermeiros, 1 técnico de diagnóstico e terapêutica e 3 assistentes operacionais.

Quadro 2.14 - Recursos Humanos, Hospital José Luciano de Castro

Categoria/Carreira	N.º de Profissionais			Δ
	2011	2012	2013	2013/2011
Pessoal Dirigente	4	2	3	-25%
Médicos (excluem-se médicos internos)	7	7	7	0%
Técnicos Superiores de Saúde	0	0	0	-
Enfermeiros	40	38	37	-8%
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	12	12	11	-8%
Técnicos Superiores	3	3	4	33%
Assistentes Técnicos	19	19	16	-16%
Assistentes Operacionais	46	45	43	-7%
Outros Profissionais	2	2	1	-50%
TOTAL	**133**	**128**	**122**	**-8%**

Fonte: SICA – dados fornecidos pela ARSC

A unidade de convalescença, embora a funcionar no Hospital José Luciano de Castro, pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Constata-se um aumento progressivo da taxa de

ocupação, particularmente de 2011 para 2012, mantendo-se constante a lotação ao longo do período. Esta utilização crescente corrobora as palavras de António Correia de Campos (2008): "Os cuidados continuados em idosos e cidadãos com dependência são uma revolução na continuidade do apoio hospitalar. O doente deixa de ter estadia artificialmente prolongada no hospital, pois passou a ter à sua disposição unidades de convalescença, de média e longa duração, bem como apoio domiciliário, quando tenha condições para se manter em casa".

Quadro 2.15- Cuidados Continuados, Hospital José Luciano de Castro

Cuidados Continuados	N.º camas em funcionamento			Dias de internamento			Taxa de ocupação		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Convalescença	20	20	20	5.679	6.617	6.738	86%	91%	92%

Fonte: GESTCARE – dados fornecidos pela ARSC

2 – Entidades do Setor Social

No que diz respeito à oferta de cuidados continuados promovida pelo setor social, verifica-se a existência de três entidades: a Santa Casa da Misericórdia de Águeda, a Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo e a Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro.

No ano de 2013, a taxa de ocupação situou-se acima dos 90% em todas as entidades, independentemente da tipologia da prestação. Na Santa Casa da Misericórdia de Águeda, a taxa de ocupação foi de 96% e 99%, nas tipologias disponíveis - unidade de média duração e reabilitação e unidade de longa duração.

A unidade de média duração e reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo apresentou, igualmente, uma taxa de ocupação elevada, situando-se em 97%.

A Santa Casa da Misericórdia de Águeda e a de Ílhavo oferecem duas tipologias de cuidados, de média duração e reabilitação e de longa duração, sendo que a Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Barro oferece cuidados na tipologia de longa duração.

O número de camas em funcionamento manteve-se estável ao longo do período considerado. Faz-se, contudo, notar o aumento de 16 para 24 camas, quando considerados os anos de 2011 e 2012 na unidade longa duração da Santa Casa da Misericórdia de Águeda.

Quadro 2.16- Santa Casa da Misericórdia de Águeda

Cuidados Continuados	N.º camas em funcionamento			Dias de internamento			Taxa de ocupação		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Média duração e reabilitação	24	24	24	8.280	8.393	8.451	95%	96%	96%
Longa duração	16	24	24	5.723	8.549	8.647	98%	98%	99%

Fonte: GESTCARE – dados fornecidos pela ARSC

Quadro 2.17 - Santa Casa da Misericórdia de ílhavo

Cuidados Continuados	N.º camas em funcionamento			Dias de internamento			Taxa de ocupação		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Média duração e reabilitação	26	26	26	9.054	9.189	9.238	95%	96%	97%
Longa duração	29	29	29	9.894	10.122	10.108	93%	96%	95%

Fonte: GESTCARE – dados fornecidos pela ARSC

Quadro 2.18 - Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro[7]

Cuidados Continuados	N.º camas em funcionamento			Dias de internamento			Taxa de ocupação		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Longa duração			24			2.047			93%

Fonte: GESTCARE – dados fornecidos pela ARSC

3 – Entidades do sector privado

Na região existem, ainda, estabelecimentos não públicos aos quais os utentes podem recorrer, numa perspetiva "privada", ou seja, com liberdade de escolha do prestador. A oferta privada de cuidados de saúde tem vindo a transformar-se num mercado organizado e altamente especializado, tendendo a deixar para trás um sector fragmentado, constituído basicamente por consultórios privados de pequena dimensão.

Assim, no Distrito de Aveiro, existem 1.292 estabelecimentos não públicos registados na Entidade Reguladora da Saúde. Destes apenas 1% (12) têm internamento.

Recorda-se que, nos termos da definição do INE, os hospitais privados são aqueles cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos (INE, Sistema de Metainformação, conceitos).

[7] Esta unidade entrou em funcionamento a 01-09-2013.

Quadro 2.19 - Estabelecimentos não públicos no Distrito de Aveiro, registados na ERS

Concelho	Com internamento	Sem internamento	Total
Águeda	1	71	72
Albergaria-a-Velha		44	44
Anadia		38	38
Arouca	1	19	20
Aveiro	1	232	233
Castelo de Paiva	1	15	16
Espinho	1	89	90
Estarreja	1	44	45
Ílhavo		45	45
Mealhada	1	38	39
Murtosa		8	8
Oliveira de Azeméis		91	91
Oliveira do Bairro	1	38	39
Ovar	1	92	93
Santa Maria da Feira	1	245	246
São João da Madeira	2	90	92
Sever do Vouga		19	19
Vagos		28	28
Vale de Cambra		34	34
Total	**12**	**1.280**	**1.292**

Fonte: ERS, 2014

Na Região do Baixo Vouga, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que existem três hospitais privados: CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro, S.A, a CLIRIA – Hospital Privado de Oiã, S.A e a CLIRIA – Centro Médico de Águeda, S.A.

Os três hospitais privados localizados no Baixo Vouga representam 15% da oferta privada da Região Centro (20 hospitais privados).

Quadro 2.20 - Número de hospitais, por distribuição geográfica, segundo o tipo de hospital - 2012

Distribuição geográfica	Tipo de hospital		
	Total	Oficial	Privado
Continente	212	116	96
Centro	57	37	20
Baixo Vouga	8	5	3
Peso Baixo Vouga relativamente ao Continente	4%	4%	3%
Peso do Baixo Vouga relativamente Região Centro	14%	14%	15%

Fonte: Elaboração própria com base em: INE, dados da saúde 2012

Na Região do Baixo Vouga há 58 camas de internamento em hospitais privados. O número de camas hospitalares representa um indicador expedito para avaliar a capacidade de resposta dos cuidados hospitalares, uma vez que, por natureza, as camas envolvem meios técnicos, de diagnóstico e humanos diferenciados (Santana, 2005).

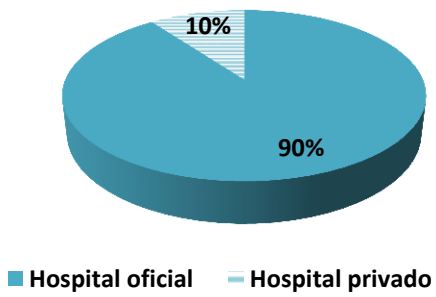
Quadro 2.21 - Camas de internamento (lotação praticada no ano), por distribuição geográfica, segundo o tipo de hospital – 2012

Distribuição geográfica	Camas de internamento		
	Total	Hospital oficial	Hospital privado
Continente	32.291	24.018	8.273
Centro	7.633	6.479	1.154
Baixo Vouga	572	514	58
Peso Baixo Vouga relativamente ao Continente	2%	2%	1%
Peso do Baixo Vouga relativamente Região Centro	7%	8%	5%

Fonte: Elaboração própria com base em: INE, dados da saúde 2012

O número das camas dos hospitais privados no Baixo Vouga representa 5% das camas privadas da Região Centro. Esta percentagem, ligeiramente inferior ao verificado na Região Centro (15%), permitirá, porventura, concluir que os hospitais privados desta zona apostaram na ambulatorização dos cuidados.

Figura 2.1 - Camas de internamento no Baixo Vouga, segundo o tipo de hospital



Na Região do Baixo Vouga, a oferta em termos de camas privadas representa 10% (58 camas) relativamente ao total das camas (572) desta região, sendo que as camas dos hospitais oficiais totalizam 90% (514 camas).

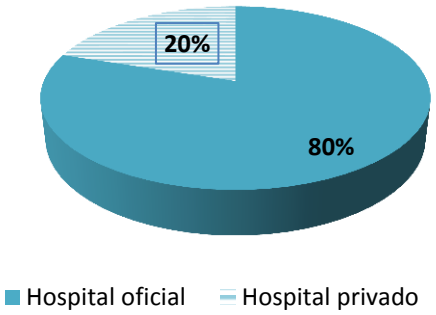
No que diz respeito às salas operatórias, na Região do Baixo Vouga, a oferta dos hospitais privados inclui três salas, que representam 9% das salas da Região Centro.

Quadro – 2.22 Salas operatórias, por distribuição geográfica, segundo o tipo de hospital - 2012

Distribuição geográfica	Tipo de hospital		
	Total	Oficial	Privado
Continente	858	603	255
Centro	179	147	32
Baixo Vouga	15	12	3
Peso Baixo Vouga relativamente ao Continente	2%	2%	1%
Peso do Baixo Vouga relativamente Região Centro	8%	8%	9%

Fonte: Elaboração própria com base em: INE, dados da saúde 2012

Fig. 2.2 - Salas operatórias no Baixo Vouga, segundo o tipo de hospital



No Baixo Vouga, 20% (3) das salas operatórias estão inseridas em hospitais privados e 80% (12 salas) em hospitais oficiais.

4- ACES Baixo Vouga

A Portaria n.º 394-A8/2012, de 29 de novembro, criou o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACES BV), reorganizando, também, os restantes Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. O ACES do Baixo Vouga resultou da fusão dos ACES do Baixo Vouga I, do Baixo Vouga II e do Baixo Vouga III.

A referida Portaria estabelece, no anexo I, os onze concelhos e centros de saúde que integram o ACES BV, a saber: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos. Os utentes inscritos nos centros de saúde (com e sem médico de família) são 406.026 (fevereiro de 2012).

Figura 2.3 – Concelhos do ACES Baixo Vouga

Fonte - Plano de Desempenho 2014 do ACES BV

O ACES BV é composto por quarenta e cinco unidades funcionais (UF), as quais traduzem um modelo organizativo baseado em equipas multiprofissionais, desenvolvendo a sua atividade assistencial em 85 edifícios[8].

Quadro 2.23

Indicador	Continente	ARSCentro	ACES Baixo Vouga
População residente	9.976.649	1.712.884	367.764
Índice de envelhecimento	134,0	170,0	131,3
Taxa bruta de natalidade	8,5‰	7,3‰	8,2‰
Índice sintético de fecundidade	1,29	1,16	1,23
Esperança de vida à nascença	77,3 (H); 83,7 (M)	77,6 (H); 83,8 (M)	77,9 (H); 83,4 (M)
Crianças com baixo peso à nascença	8,4%	8,2%	8,3%
Taxa bruta de mortalidade	10,3‰	12,1‰	10‰
Taxa de mortalidade infantil	2,9‰	2,7‰	2,3‰
Taxa de mortalidade neonatal	2,1‰	2,0‰	1,6‰
Taxa de mortalidade perinatal	3,8‰	3,8‰	4,1‰

Fonte: site da ARSC, perfis de saúde. Dados de 2012

A população do ACES BV representa cerca de 21,5% da população da região centro. A taxa bruta de natalidade na região deste ACES, assim como o índice sintético de fecundidade, é ligeiramente superior à da média da ARSCentro, embora seja inferior à média da verificada a nível nacional.

A esperança de vida à nascença para os homens é, na região do ACES Baixo Vouga, mais elevada que a média do país e a média da zona da ARS Centro. É, contudo, para as mulheres, mais baixa que a verificada naqueles dois termos de comparação. A taxa bruta de mortalidade é mais baixa nesta região que na zona

[8] Plano de Desempenho 2014 do ACES BV

centro e no país – o que é verdade também para as taxas de mortalidade infantil e neonatal, mas já não para a taxa de mortalidade perinatal, que atinge nesta região um valor superior.

Os utentes inscritos nos centros de saúde do ACES Baixo Vouga têm sido em número progressivamente menor: em 2011, eram 408.093 os inscritos nestes centros de saúde, no ano seguinte contabilizavam-se 404.813 e, em 2013, 381.930, o que representa uma diminuição de 6,4% face ao primeiro dos anos considerados. O centro de saúde de Aveiro é o mais representativo em termos de utentes inscritos (cerca de 22% do total de utentes do ACES Baixo Vouga, em 2013), seguido do centro de saúde de Ovar (15% do total), Águeda (12,5% do total) e Ílhavo (11% do total).

Importa, contudo, sublinhar o esforço desenvolvido no sentido de reduzir o número de inscritos sem médico de família atribuído: contabilizaram-se em 2013 8.205 utentes nestas circunstâncias, o que representa um notável decréscimo de 75% face a 2011 (ano em que havia registo de 33.455 inscritos sem médico de família). A este nível devem destacar-se os centros de saúde de Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos, que alcançam, em 2013, percentagens de utentes sem médico de família (face ao total de utentes inscritos nesses centros de saúde) mais elevadas que os restantes – respetivamente, 10,1%, 9,5% e 5,7%. No mesmo sentido, os inscritos sem médico de família por opção têm sido progressivamente em número inferior: em 2011 eram 1.015, em 2012 eram 920 e, em 2013, 734.

Não obstante este esforço, é importante, todavia, realçar que o número de inscritos com médico de família não tem sofrido grande aumento. Pelo contrário, em 2013, registaram-se 372.991 utentes com médico de família, ou seja, -0,2% que em 2011. Os centros de saúde onde se verificou, nos três anos em análise, crescimento do número de inscritos com médico de família são Águeda (mais 13% de utentes nesta circunstância, entre 2013 e 2011), Estarreja (5%), Sever do Vouga (4%) e Aveiro (3%).

Reconhecendo os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, o Ministério da Saúde faz planos, em 2015, de continuar "a trabalhar para garantir um médico de família para cada português, apostando simultaneamente na implementação da figura do enfermeiro de família. Prosseguirá também a transferência de cuidados atualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade" (Presidência do Conselho de Ministros, 2014).

Quadro 2.24 – Movimento de inscritos no ACES do Baixo Vouga, entre 2011 e 2013, por centro de saúde

Centro de Saúde	N.º inscritos			N.º de inscritos c/ médico de família			N.º de inscritos s/ médico de família			N.º de inscritos s/ médico de família por opção		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
CS Agueda	52.225	51.073	47.654	41.107	43.310	46.230	11.118	7.762	1.407	0	1	17
CS Albergaria a Velha	27.226	27.161	25.873	27.186	26.559	25.207	15	568	617	25	34	49
CS Anadia	33.848	33.402	30.955	32.600	32.259	30.144	1.245	1.138	775	3	5	36
CS Aveiro	85.358	85.535	82.368	79.458	80.464	81.717	5.458	4.669	328	442	402	323
CS Estarreja	30.873	30.127	28.629	27.170	28.486	28.592	3.674	1.617	19	29	24	18
CS Ilhavo	43.393	43.101	40.737	40.269	42.268	40.611	2.873	624	31	251	209	95
CS Murtosa	12.238	12.240	11.034	12.126	12.094	10.983	55	83	3	57	63	48
CS Oliveira Bairro	24.727	24.655	22.521	20.919	20.992	20.233	3.783	3.647	2.266	25	16	22
CS Ovar	59.277	59.203	56.767	59.036	58.865	56.511	199	305	248	42	33	8
CS Sever d Vouga	13.672	13.344	12.833	11.121	11.362	11.608	2.551	1.982	1.223	0	0	2
CS Vagos	25.256	24.972	22.559	22.631	23.435	21.155	2.484	1.404	1.288	141	133	116
TOTAL	**408.093**	**404.813**	**381.930**	**373.623**	**380.094**	**372.991**	**33.455**	**23.799**	**8.205**	**1.015**	**920**	**734**

Fonte: SIARS. Dados cedidos pela ARSC

No período em análise verifica-se uma diminuição geral da utilização dos serviços prestados pelo ACES Baixo Vouga.

No que concerne às consultas médicas, realizaram-se, em 2011, 1.305.898 e, no ano seguinte, 1.229.732 consultas, ou seja uma diminuição de quase 6%. Em 2013, contabilizaram-se 1.206.915 consultas médicas, o que representa quase menos 99.000 consultas (-7,6%) quando comparado com 2011. Foi nos centros de saúde de Sever do Vouga, Murtosa e Oliveira do Bairro que a quebra de consultas foi proporcionalmente mais acentuada – em 2013 realizaram-se menos, respetivamente, 19,4%, 18,2% e 14,6% consultas médicas que em 2011.

Os dados disponíveis no site da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro ilustram que, em matéria de consultas nos centros de saúde por habitante, no Baixo Vouga há mais consultas do que na região centro (3,1) e do que no país (2,8). Deve ser realçada a diferença existente em 2010, ano em que no Baixo Vouga houve 4,5 consultas por habitante, bastante acima dos valores da média nacional, 2,6 por habitante.

Quadro 2.25 - Consultas nos centros de saúde por habitante[9] (n.º)

	2012	2011	2010	2009	2008
Portugal	2,8	2,7	2,6	2,6	3,0
Centro	3,1	3,2	3,4	2,9	3,6
Baixo Vouga	3,3	3,5	4,5	3,0	4,1

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

Relativamente aos contactos de enfermagem, no triénio em apreço regista-se uma descida de quase 7%: em 2013 há registo de 683.434 contactos de enfermagem e, em 2011, 732.539. Devem realçar-se os centros de saúde de Vagos, Oliveira do Bairro, Anadia e Albergaria-a-Velha que assinalaram as quedas mais acentuadas a este nível – respetivamente, 22,5%, 20,5%, 18,3% e 14,2%. Em sentido contrário, nos centros de saúde de Sever do Vouga e Murtosa aumentaram os contactos de enfermagem neste triénio em, respetivamente, 13% e 8,5%.

Quadro 2.26

Centro de Saúde	N.º consultas médicas			N.º contatos de Enfermagem			N.º atendimentos em SAP		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
CS Agueda	164.164	157.892	157.340	69.593	70.239	69.202	1.977	1.282	907
CS Albergaria Velha	95.865	88.385	84.881	49.671	43.134	42.611	4.229	3.772	3.779
CS Anadia	118.117	114.191	109.283	55.464	49.801	45.330	27.906	16.922	10.686
CS Aveiro	248.055	234.669	236.412	148.151	150.530	150.932	6.281	3.908	4.290
CS Estarreja	81.541	73.106	70.806	79.758	61.627	68.656	37.101	30.573	30.122
CS Ilhavo	145.180	132.181	133.106	81.396	83.120	80.964	7.887	5.959	5.123
CS Murtosa	38.970	37.828	31.892	24.063	28.218	26.119	11.049	9.299	8.125
CS Oliveira d Bairro	97.573	85.612	83.365	38.915	28.737	30.920	7.303	5.774	5.279
CS Ovar	200.025	185.299	185.583	111.057	97.861	105.808	29.791	26.845	27.372
CS Sever d Vouga	33.159	40.312	39.594	14.550	17.295	16.435	22.406	6.021	5.128
CS Vagos	83.249	80.257	74.653	59.921	51.161	46.457	6.405	4.583	4.599
TOTAL	**1.305.898**	**1.229.732**	**1.206.915**	**732.539**	**681.723**	**683.434**	**162.335**	**114.938**	**105.410**

[9] Os dados referentes às consultas nos centros de saúde para o ano de 2012 são provisórios, bem como os dados de 2011 no que respeita a Portugal, Continente e Centro. Fórmula: número de consultas médicas realizadas nos centros de saúde / população residente

É, contudo, em matéria de atendimentos em serviços de atendimento permanente (SAP) que a quebra de produção é mais acentuada, já que, entre 2013 e 2011, o número de atendimentos decresceu 35%. Há centros de saúde que registam, no período em análise, quebras de produção significativas – por exemplo, Sever do Vouga (-77%), Anadia (-62%) e Águeda (-54%). Os centros de saúde de Estarreja e Ovar são responsáveis por quase 55% (57.494) do total de atendimentos em SAP verificados em 2013 (105.410).

A taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos é um indicador de acesso (ACSS, 2014, Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários). O número de contactos domiciliários médicos tem-se mantido constante, no período em análise: 5.902 domicílios médicos em 2011, 5.861 no ano seguinte e 5.797 em 2013. Os centros de saúde de Aveiro e Ovar são responsáveis, em 2013, por cerca de metade de todas as consultas domiciliárias médicas realizadas no ACES Baixo Vouga. No total do ACES, a taxa de domicílios médicos (n.º de domicílios médicos / n.º de inscritos) atinge 1,5%, oscilando entre 3% (CS Ovar) e 0,3% (CS Estarreja). Em alguns centros de saúde, deve ser enfatizado o esforço em aumentar a prestação de cuidados médicos no domicílio - por exemplo, em Albergaria-a-Velha e Sever do Vouga, os domicílios médicos cresceram em proporção superior a 100% entre 2011 e 2013.

Mais elevada é a taxa de domicílios de enfermagem, que atinge 12,5%, em 2013, variando entre 32% (CS Murtosa) e 7% (CS Sever do Vouga). Note-se, contudo, que se trata de uma linha de produção que tem conhecido diminuição, no triénio em apreço, em que se constata uma descida de 8%, tendo sido nos centros de saúde de Estarreja, Sever do Vouga e Vagos que se registaram, comparativamente com 2011, quebras mais acentuadas de visitas domiciliárias de enfermagem.

Finalmente, deve referir-se que o número de recursos humanos, no ACES Baixo Vouga, se manteve relativamente constante nos últimos dois anos. "Ao contrário do que acontece nos hospitais, em que a lotação constitui um indicador, ainda que indireto, da capacidade de resposta dos serviços, nos cuidados de saúde primários, a mão-de-obra especializada é a principal medida de análise da capacidade de resposta dos serviços às necessidades de saúde das populações" (Santana, 2005). Os médicos eram 238 em 2012 e 236 no ano seguinte. Apenas nos CS de Águeda e Aveiro o número de clínicos conheceu aumento; em cinco centros de saúde não sofreu qualquer alteração e em quatro centros de saúde registou-se diminuição de médicos.

Contabilizavam-se 276 enfermeiros em 2013, merecendo destaque os centros de saúde de Albergaria-a-Velha (mais 3 enfermeiros em 2013 que no ano precedente), Murtosa e Vagos (mais um enfermeiro, cada um, que em 2012).

A nível de assistentes técnicos, porém, o ano 2013 regista menos 20 efetivos que no ano anterior, sendo que as quebras mais acentuadas ocorreram nos centros de saúde de Aveiro e Ovar. No que concerne os demais profissionais, há igualmente uma quebra de 17% entre os dois anos em análise. Os centros de

saúde de Vagos, Águeda e Aveiro foram os mais afetados, em termos proporcionais, pela diminuição de efetivos.

Quadro 2.27

Centro de Saúde	N.º médicos (sem médicos internos) a)		N.º enfermeiros		N.º assistentes técnicos		N.º outros profissionais	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
CS Agueda	28	30	34	33	25	25	24	17
CS Albergaria a Velha	15	15	17	20	15	14	17	15
CS Anadia	22	20	27	26	19	18	18	14
CS Aveiro	51	54	55	55	55	41	36	27
CS Estarreja	19	18	19	17	15	17	12	12
CS Ilhavo	26	26	26	25	18	23	20	19
CS Murtosa	8	8	9	10	5	5	10	10
CS Oliveira do Bairro	13	13	21	21	11	11	17	16
CS Ovar	35	32	43	42	43	32	30	23
CS Sever do Vouga	7	6	12	12	10	10	8	8
CS Vagos	14	14	14	15	13	13	10	6
TOTAL	**238**	**236**	**277**	**276**	**229**	**209**	**202**	**167**

Nota: a) Incluí médicos de Medicina Geral e Familiar e Outras Especialidades

No que diz respeito ao número de médicos por local de residência, em 2012, os valores eram mais baixos no Baixo Vouga do que na região centro (3,81) e do que no país (4,2), sendo que esta tendência se mantém, pelo menos, desde 2007. Como realça Paula Santana, "a existência de um médico [no respetivo concelho] e o acesso a esse médico constituem um fator muito importante do estado de saúde das populações" (Santana, 2005).

Quadro 2.28 - Médicos por 1000 habitantes [10] (n.º por local de residência)

	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Portugal	4,2	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6
Centro	3,8	3,6	3,4	3,3	3,1	3,1
Baixo Vouga	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

[10] Os médicos são apresentados por local de residência. Os dados da população residente utilizados no cálculo dos indicadores para 2011 têm por base os valores revistos na sequência da divulgação da nova série de estimativas com base nos resultados definitivos dos Censos 2011, pelo que não são diretamente comparáveis com os dos anos anteriores. Fórmula: (Nº total de Médicos inscritos no final do ano / população residente estimada para o final do ano) * 1000.

Já no que concerne o número de enfermeiros por local de trabalho, a região do Baixo Vouga apresenta valores mais baixos do que a região centro e Portugal. Refira-se a este propósito que de 2007 para 2012, este indicador aumenta de 3,3 para 4,3.

Quadro 2.29 - Enfermeiros por 1000 habitantes[11] (n.º por local de trabalho)

	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Portugal	6,2	6,1	5,9	5,6	5,3	5,1
Centro	6,2	6,0	5,7	5,5	5,3	5,0
Baixo Vouga	4,3	4,2	3,9	3,7	3,5	3,3

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

5. Rede Nacional de Cuidados continuados

O progressivo envelhecimento demográfico da população e o aumento contínuo das necessidades das populações, em termos de cuidados continuados, tornam mandatória uma referência, ainda que breve, à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Com efeito, a RNCCI é um modelo organizacional criado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, sendo formada por instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. A RNCCI visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

A rede está implementada ao longo de todo o território de Portugal Continental. No distrito de Aveiro, o quadro que se segue discrimina as unidades existentes, por tipologia.

[11] Os enfermeiros são apresentados por local de atividade. Os dados da população residente utilizados no cálculo dos indicadores para 2011 têm por base os valores revistos na sequência da divulgação da nova série de estimativas com base nos resultados definitivos dos Censos 2011, pelo que não são diretamente comparáveis com os dos anos anteriores. Fórmula: número total de enfermeiros inscritos no final do ano/ população residente estimada para o final do ano*1000.

Quadro 2.30

Tipo de unidade	Prestador
UNIDADES DE CONVALESCENÇA[12]	H DR. FRANCISCO ZAGALO – OVAR
	HOSPITAL DR. JOSÉ LUCIANO DE CASTRO (ANADIA)
UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO[13]	CENTRO PAROQUIAL E SOCIAL SANTA MARINHA DE AVANCA
	SCM ÁGUEDA
	SCM DO CONCELHO DE OLIVEIRA DO BAIRRO
UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO[14]	SCM ÁGUEDA
	SCM ÍLHAVO
	SCM MEALHADA
EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS[15]	CS ÁGUEDA
	CS ALBERGARIA
	CS AVEIRO
	CS ÍLHAVO
	CS MEALHADA
	CS OLIVEIRA DO BAIRRO
	CS OVAR
	CS SEVER DO VOUGA
	CS VAGOS
	ECCI ANADIA
	ECCI MURTOSA
	UCC LAÇOS DE MAR E RIA/CS ÍLHAVO

Fonte: ACSS

De acordo com os dados disponibilizados no site da ACSS, em outubro de 2014, a região centro dispõe de 1.172 lugares (ou seja, 17% do país), sendo que a taxa de ocupação ronda os 55%. Nessa data, eram 1.363 os utentes sinalizados para a rede (ou seja, 19% do total de doentes sinalizados no país) a partir da região centro, sendo que os doentes admitidos totalizavam 635 (mais uma vez, 19% do total).

No estudo intitulado *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde,* a Entidade Reguladora da Saúde conclui que "os resultados para toda a tipologia indicam que em oito distritos se constata um baixo acesso aos cuidados continuados com internamento – Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro e Leiria, nas regiões de Saúde do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo".

[12] *"A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico." (cfr. n.º 1 Art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).*

[13] "*A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.*" (cfr. n.º 1 do art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

[14] *A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicosocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável." (cfr. n.º 1 do Art. 13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho).*

[15] *Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).*

Por último, deve ser feita uma referência, ainda que breve, ao setor do medicamento. Como sublinha Paula Santana, "as farmácias e os farmacêuticos desenvolvem um importante papel na saúde das populações, quer através da distribuição de medicamentos, quer como agentes sanitários e de orientação de doentes. Importa, assim, conhecer a oferta deste tipo de serviços" (Santana, 2005). De acordo com a informação disponível, o número de farmácias e postos farmacêuticos manteve-se estável no período.

Quadro 2.31 - Farmácias e postos farmacêuticos móveis por 1000 habitantes

	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Portugal	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Centro	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Baixo Vouga	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

No que toca ao consumo de medicamentos, constata-se que, no Baixo Vouga o valor apresentado é inferior ao da região centro e superior ao de Portugal. De 2011 para 2012, assiste-se uma diminuição no consumo de 20,1€, ou seja, de -9%. Esta diminuição tem sido constante, em consequência das políticas adotadas. Como expõe o Professor António Gentil Martins[16] "É hoje em dia falta de ética grave qualquer médico não se preocupar como custos daquilo que prescreve".

O consumo de medicamentos pode considerar-se um indicador imediato, não tanto do estado de saúde das populações, mas antes da existência de episódios com situações crónicas de doença. "Neste sentido, é legítimo supor que quanto maior for o consumo individual de medicamentos, pior será o estado de saúde das populações" (Santana, 2005).

Quadro 2.32 - Consumo de medicamentos em euros por habitante (no âmbito do SNS e em ambulatório[17]

	2012	2011	2010	2009
	Euros	Euros	Euros	Euros
Continente	182,2	207,1	231,6	225,1
Centro	203,8	231,0	253,6	248,2
Baixo Vouga	197,9	218,0	241,4	233,7

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

No consumo de antibacterianos por habitante, o Baixo Vouga apresenta valores superiores, quer aos da região centro, quer aos do continente. Faz-se notar que de 2009 para 2012, se assistiu a um decréscimo de 34%. Embora se possa afirmar a existência de uma tendência ligeiramente decrescente de consumo, atualmente, Portugal ocupa o 9º lugar entre os países com maior consumo de antimicrobianos na Europa (Direção Geral da Saúde - 2014).

[16] Notícias médicas, 26 de fevereiro de 1996.

[17] Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde. Não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, nem os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde. Fórmula: Consumo de medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde em Ambulatório (valor referente a "Preço de Venda ao Público") / População média residente.

Quadro 2.33 - Consumo de antibacterianos por habitante (no âmbito do SNS e em ambulatório)[18]

	2012	2011	2010	2009
	Euros	Euros	Euros	Euros
Continente	6,0	7,2	8,1	9,2
Centro	6,0	7,1	8,1	9,3
Baixo Vouga	6,3	7,3	8,4	9,6

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-2014

Finalmente no consumo de antidepressores, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos por habitante, em 2012, o Baixo Vouga apresenta valores inferiores aos da Região Centro e superiores aos do Continente. No quadriénio, os valores descem de 18,5 para 15,1, em consonância, aliás, com a tendência de decréscimo que se verifica na Região Centro e Continente.

Não obstante a descida no consumo deste tipo de fármacos, Portugal tem um consumo duplo do da média da EU. Com efeito, pode ler-se em Portugal Saúde Mental em números – 2013, da DGS que: "Portugal figura, desde há muito, entre os países da Europa com maiores consumos por habitante destes fármacos (ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antidepressivos em ambulatório) ".

Quadro 2.34 - Consumo de antidepressores, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos por habitante (no âmbito do SNS e em ambulatório)[19]

	2012	2011	2010	2009
	Euros	Euros	Euros	Euros
Continente	13,7	15,9	17,7	17,2
Centro	15,4	17,8	19,5	19,1
Baixo Vouga	15,1	17,1	19,1	18,5

Informação extraída de http://datacentro.ccdrc.pt em 30-11-201

[18] Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde. Não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, nem os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde. Os medicamentos foram classificados de acordo com a classificação farmacoterapêutica. Fórmula: Consumo de antibacterianos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde em Ambulatório (valor referente a "Preço de Venda ao Público") / População média residente.

[19] Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde. Não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, nem os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde. Os medicamentos foram classificados de acordo com a classificação farmacoterapêutica Fórmula: Consumo de antidepressores, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde em Ambulatório (valor referente a "Preço de Venda ao Público") / População média residente.

III - A Universidade de Aveiro e a saúde na região

As Universidades há muito ultrapassaram o seu papel mais tradicional de instituições de ensino e de investigação, transbordando o seu conhecimento para além do limite do seu *Campus*, conquistando espaço e afirmando-se no contexto socioeconómico e demográfico das comunidades onde estão inseridas. A aposta, quer na partilha de informação e conhecimento, quer nos recursos humanos e na sua interação em rede, constituem fatores base de desenvolvimento intra e inter-regional amplamente reconhecidos nos domínios académico e político. A Universidade de Aveiro é um exemplo paradigmático, nacional e internacionalmente reconhecido, desse conhecimento, num exercício bem conseguido de parcerias multidisciplinares. Da indústria à construção civil, da restauração às Tecnologias de Informação e Comunicação, do ordenamento do território à saúde, são muitos os exemplos de presença desta instituição.

O papel das instituições de ensino superior no caso específico da saúde há muito que é destacado pelas mais diversas instâncias nacionais e internacionais. Contudo, a procura de uma articulação multidisciplinar como resposta aos desafios societais, a relação gradual das universidades com as comunidades locais e as crescentes preocupações na área da saúde pública, têm conduzido a um repensar do seu papel neste campo de atuação. A título de exemplo, num documento produzido para a OMS na transição do século, Tsouros *et al* (1998) procuram lançar para o debate esta nova perspetiva: "Universities can do many things to promote and protect the health of students and staff, to create health-conducive working, learning and living environments, to protect the environment and promote sustainability, to promote health promotion in teaching and research and to promote the health of the community and to be a resource for the health of the community". É neste contexto de mudança que os mesmos autores avançam com a ideia de 'universidades promotoras de saúde' (*Health Promoting Universities*), cuja atuação depende em grande medida da sua capacidade de apostar neste domínio, tanto ao nível das suas políticas e práticas, como ao nível da sua articulação com demais instituições. As Universidades podem, deste modo, constituir um exemplo de boas práticas na relação com a saúde e, desta forma, auxiliar na formulação de políticas públicas locais, regionais e nacionais. No caso concreto da Universidade de Aveiro, a aposta na formação (a diferentes níveis), na investigação e na ligação à sociedade no que respeita ao domínio da saúde tem sido uma das suas preocupações. Aliás, neste campo, tem desenvolvido esforços de colaboração com várias instituições como hospitais (com especial destaque para o CHBV), centros de saúde, autarquias, instituições de solidariedade social, outras instituições de ensino superior, ou mesmo com profissionais de saúde a título individual.

Reconhecendo, portanto, o importante papel que as instituições de ensino superior (em geral) e a Universidade de Aveiro (em particular) desempenham no desenvolvimento social e económico das regiões onde estão inseridas e no desenho de uma visão intra e inter-regional decorrente da articulação com os diferentes atores locais e regionais, seja por via da formação, da investigação científica ou da interação

com a sociedade (por intermédio, por exemplo, da prestação de serviços), importa agora abordar a forma como se encontra estruturada a Universidade de Aveiro e como a área da saúde constitui uma aposta no presente e, sobretudo, no futuro.

A área da saúde e do bem-estar integra o conjunto dos sete domínios diferenciadores da Região Centro, assumindo cada vez mais importância na sociedade atual, que ambiciona melhor qualidade de vida, quer pessoal, quer profissional, melhores serviços, bem como um aumento da esperança média de vida, inevitavelmente associado a um aumento da população idosa.

A Universidade de Aveiro conta com duas unidades orgânicas dedicadas à área da Saúde, nomeadamente a Secção Autónoma de Ciências da Saúde e a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, oferecendo um vasto conjunto formativo específico, designadamente: licenciatura em Ciências Biomédicas, curso de especialização em Medicina Farmacêutica, mestrados em Biomedicina Farmacêutica, Ciências da Fala e da Audição, Gerontologia, Biomedicina Molecular, Materiais e Dispositivos Biomédicos, e dois programas doutorais em Ciências e Tecnologias da Saúde, e em Gerontologia e Geriatria.

Em termos de investigação, têm sido desenvolvidos projetos sediados em diversos laboratórios associados e unidades de investigação da UA, envolvendo um conjunto significativo de docentes e investigadores. Na área da Saúde, refira-se a título de exemplo competências da UA ao nível de: nanomateriais para técnicas de diagnóstico clínico, novos fármacos e agentes antimicrobianos, novos marcadores associados a patologias graves, alimentos funcionais e nutracêuticos, termalismo e talassoterapia, dermocosmética, telemedicina, dispositivos biomédicos, entre muitas outras.

Neste âmbito da investigação, é ainda de destacar as duas linhas de investigação recentemente criadas – Biomateriais para uso em Medicina Regenerativa e Novas Estratégias Aplicadas a Distúrbios Neuropatológicos –, bem como a Cátedra Convidada Ilídio Pinho em Neurociências.

O forte empenho da Universidade de Aveiro no domínio da saúde conduziu à criação, em 2013, do Grupo de Missão para Área da Saúde com o objetivo de consolidar a intervenção transversal e agregadora que se espera da área da saúde, não só auxiliando na definição do rumo de formação e investigação da Universidade neste domínio, mas também promovendo a interação com as unidades prestadoras de cuidados de saúde da região, contribuindo, por isso, para a melhoria da resposta da região às necessidades nessa matéria. Neste âmbito foi identificado como prioritária, quer do ponto de vista da formação, quer da investigação, a estreita articulação com os centros hospitalares mais próximos.

No que respeita à área específica da saúde, no próximo quadro encontra-se elencada a oferta formativa por ciclo de estudos, com referência ao respetivo Departamento, Secção Autónoma e/ou Escola Politécnica.

Quadro 3.1

Licenciatura 1º ciclo	
Ciências Biomédicas	Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Enfermagem	Escola Superior de Saúde
Fisioterapia	Escola Superior de Saúde
Gerontologia	Escola Superior de Saúde
Radiologia	Escola Superior de Saúde
Terapia da Fala	Escola Superior de Saúde
Mestrado 2º ciclo	
Materiais e Dispositivos Biomédicos	Departamento de Física Departamento de Engenharia dos Materiais e de Cerâmica Secção Autónoma Ciências da Saúde
Ciências da Fala e da Audição	Departamento de Eletrónica, Telecomunicações e Informática Secção Autónoma Ciências da Saúde
Biomedicina Molecular	Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Biomedicina Farmacêutica	Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Gerontologia	Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Doutoramento 3º ciclo	
Ciências e Tecnologias da Saúde	Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Gerontologia e Geriatria	Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Cursos de Especialização	
Ciências Biomédicas	Secção Autónoma de Ciências da Saúde

Quanto à investigação na Universidade de Aveiro, esta desenvolve-se essencialmente por intermédio de quatro Laboratórios Associados, 14 Unidades de Investigação em diferentes áreas científicas e ainda dois Institutos de Investigação que promovem a articulação interna de unidades de unidades de investigação multidisciplinar.

Quadro 3.2

CESAM	Centro de Estudos do Ambiente e do Mar
CICECO	Centro de Investigação em Materiais Cerâmicos e Compósitos
I3N - FSCOSD	Instituto de Nanoestruturas, Nanomodelação e Nanofabricação - Física de Semicondutores em Camadas, Optoelectrónica e Sistemas Desordenados
IT	Instituto de Telecomunicações

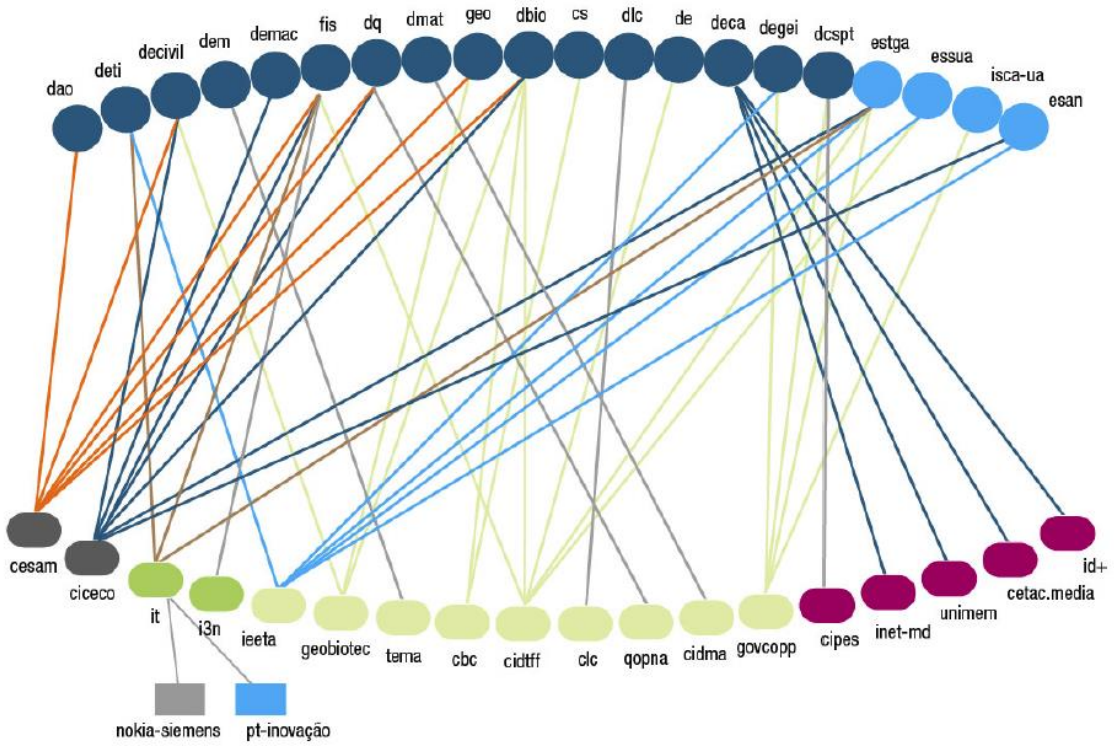
CBC	Centro de Biologia Celular
CIDTFF	Centro de Investigação "Didática e Tecnologia na Formação de Formadores"
CETAC.MEDIA	Centro de Estudos das Tecnologias e Ciências da Comunicação
CIDMA	Centro de Investigação e Desenvolvimento em Matemática e Aplicações
CIPES	Centro de Investigação de Políticas de Ensino Superior
CLLC	Centro de Línguas, Literaturas e Culturas

GEOBIOTEC	Geobiociências, Geotecnologias e Geo-engenharias
GOVCOPP	Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas
ID+	Instituto de Investigação em Design, Media e Cultura
IEETA	Instituto de Engenharia Eletrónica e Telemática de Aveiro
INET-MD	Instituto de Etnomusicologia – Centro de Estudos de Música e Dança
QOPNA	Química Orgânica de Produtos Naturais e Agroalimentares
TEMA	Centro de Tecnologia Mecânica e Automação
UnIMeM	Unidade de Investigação em Música e Musicologia

AIMare	Instituto de Ciência e Tecnologias Marinhas de Aveiro
AIN	Instituto de Nano-tecnologias de Aveiro

No contexto do presente estudo, importa fazer referência ao Centro de Biologia Celular (CBC), ao Centro de Estudos do Ambiente e do Mar (CESAM), ao Centro de Investigação em Materiais Cerâmicos e Compósitos (CICECO), ao Geobiociências, Geotecnologias e Geo-engenharias (GEOBIOTEC), ao Instituto de Engenharia Eletrónica e Telemática de Aveiro (IEETA) e ao Química Orgânica de Produtos Naturais e Agroalimentares (QOPNA) e, ainda, ao Instituto de Nanotecnologia AIN pela investigação que produzem com implicações no domínio da saúde. O próximo quadro (3.5) apresenta informação adicional destes centros.

Figura 3.1



Quadro 3.3

Unidade de Investigação	Descrição das atividades de investigação	Nº de investigadores
CBC	Atividade orientada para as Ciências da Saúde, com equipas multidisciplinares organizadas em torno de 5 grupos: Transdução de Sinais, Neurociências, Bioquímica e Stress, Biogénese de Organelos na Saúde e Investigação Clínica	10
CESAM	Tem por missão fundamental desenvolver investigação na área do Ambiente Costeiro e Marinho, entendido de uma forma integrada envolvendo a atmosfera, a biosfera, a hidrosfera, a litosfera e a antroposfera	192
CICECO	Considerado o maior instituto português em matéria de Engenharia e Ciência dos Materiais, tem por missão desenvolver a base do conhecimento científico e tecnológico necessária à produção e transformação inovadoras dos materiais, para um desenvolvimento sustentável e em proveito da sociedade (dos cerâmicos à matéria mole e aos materiais híbridos)	177
CICECO	Considerado o maior instituto português em matéria de Engenharia e Ciência dos Materiais, tem por missão desenvolver a base do conhecimento científico e tecnológico necessária à produção e transformação inovadoras dos materiais, para um desenvolvimento sustentável e em proveito da sociedade (dos cerâmicos à matéria mole e aos materiais híbridos)	177
GEOBIOTEC	Desenvolve a sua atividade de I&D no âmbito da Evolução da Litosfera, dos Sistemas Ambientais Complexos e dos Georecursos, Geotécnicas e Geomateriais	76
IEETA	Desenvolve a sua atividade de I&D nas seguintes áreas: Sistemas Embebidos, Computação & Controlo; Processamento de Sinal; Sistemas de Informação e Telemática. De realçar ainda a atividade transversal dedicada à Robótica Inteligente e às Tecnologias Biomédicas Inovadoras	46
QOPNA	Tem como áreas principais áreas de I&D a Química Orgânica e Produtos Naturais, a Bioquímica e Ciência da Alimentação	50
AIN	Centra-se essencialmente nas áreas da nanotecnologia, promovendo a cooperação, a partilha de ideias e a otimização de recursos entre diferentes unidades de investigação.	-

IV – Caracterização do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março, integra os Hospitais Infante D. Pedro, em Aveiro, Hospital Distrital de Águeda e Hospital Visconde Salreu, de Estarreja. Para enquadrar cada uma das instituições que compõem o CHBV, far-se-á de seguida uma resenha histórica, ainda que breve, das três unidades.

O atual Hospital Infante D. Pedro foi inicialmente designado por Hospital da Misericórdia de Aveiro, não havendo, porém, qualquer documento que ateste a sua fundação. Em 1895, o Visconde da Silva Melo, provedor da Santa Casa, interessou-se pela construção de um novo hospital, obras estas que se iniciaram em 1901. Apesar de em 1914 já receber doentes, as obras só foram oficialmente concluídas em 1915. O aumento da população e a sua exigência crescente em relação à prestação de cuidados de saúde, levou a que, em 1957, se iniciasse novo alargamento das instalações do Hospital.

De resto, estes alargamentos e remodelações revelaram-se constantes na vida da instituição. Em 1976, após a conclusão da construção do atual Bloco 7, o Hospital passou a Distrital, tendo assumido o nome de Hospital Distrital de Aveiro. Já em 1987/88 foi construído um novo edifício – o Bloco 8 – e remodelou-se o Bloco 6. As obras da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) iniciaram-se no final de 1999, serviço que, após obras de remodelação em 2001, assumiu o nome de Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Em Maio de 2006, depois de ter sido – através do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de dezembro – transformado em Entidade Pública Empresarial (EPE), o Hospital de Aveiro comemorou o seu trigésimo aniversário enquanto Hospital Distrital.

O Hospital Asilo Conde de Sucena, em Águeda, foi mandado construir em 1909, pelo Conde de Sucena, sendo mais tarde doado à Santa Casa da Misericórdia pelo seu filho José Sucena. A inauguração como instituição hospitalar teve lugar em 15 de Agosto de 1922, passando de imediato a ter serviços autónomos de cirurgia e radiologia, um anestesista, um otorrinolaringologista e um transfusionista. Era administrado pela Santa Casa da Misericórdia, por intermédio de uma mesa administrativa, sendo servido por médicos famosos que marcaram uma época, como o Dr. António Breda, Dr. Benjamim Camossa e Dr. Mateus dos Anjos. O quadro de enfermagem era constituído por freiras da Ordem de S. Vicente de Paulo. Em 10 de Junho de 1976, foi oficializado como hospital concelhio, passando a ser dirigido por uma comissão instaladora.

Na intenção de assegurar de uma forma mais eficaz a cobertura hospitalar da parte sul do distrito de Aveiro, foi criado pelo Decreto Regulamentar nº3/79, de 24 de fevereiro o Centro Hospitalar Aveiro-Sul, constituído por duas unidades hospitalares já existentes: os Hospitais de Aveiro e Águeda. Com o crescimento das instituições surge a necessidade de cada uma assumir a sua própria autonomia que, seria

mais tarde consignada no Decreto Regulamentar nº18/87 de 4 de março, passando o Hospital de Águeda a ser classificado como Distrital, dotado de autonomia administrativa e financeira.

O Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja, nasceu do empenhamento de homens de boa vontade, o Padre Donaciano de Abreu Freire e o Visconde de Salreu. Lançada a primeira pedra no dia 20 de outubro de 1926, viria a ser concluído em Junho de 1935. O benemérito Visconde de Salreu entregou por escritura pública os edifícios do Hospital à Santa Casa da Misericórdia a 27 de março de 1936, a fim de neles ser sempre mantida a assistência médica aos mais carenciados do concelho. Em 1975, pelo Decreto-Lei nº 618/75 de 11 de novembro, é oficializado, sendo nomeada e homologada pelo Despacho de 17 de fevereiro de 1976 a primeira Comissão Instaladora. Através da Portaria nº 3/81, de 3 de janeiro, o Hospital de Estarreja passa para o âmbito da competência da Direção Geral dos Hospitais e é elevado à categoria de Hospital Distrital por despacho do Ministro da Saúde, de 17 de fevereiro de 1983. É classificado como Hospital Distrital de Nível 1 a 9 de maio de 1986.

Como já foi referido, o CHBV, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março, resultou da fusão do Hospital Infante D. Pedro, E. P. E., do Hospital Visconde Salreu de Estarreja e do Hospital Distrital de Águeda. Este diploma entrou em vigor no dia 1 de abril de 2011.

Como se lê no preâmbulo daquele diploma, a fusão destes hospitais "pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços". Para o efeito, e entre outras consequências, a criação do centro hospitalar "introduz mecanismos para uma organização integrada e conjunta que tornam mais eficientes a gestão hospitalar das unidades de saúde envolvidas".

O CHBV assume como missão "prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros serviços de saúde e sociais da comunidade que serve, bem como com a rede de cuidados de saúde primários e com a rede nacional de cuidados continuados integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais e colaboradores" (cfr. n.º1 do artigo 3.º do regulamento interno do CHBV).

O CHBV pretende ser reconhecido, na comunidade que serve, pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um Centro Hospitalar de referência; alcançar um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico e constitui-se, igualmente, numa referência ao nível da formação pré-graduada e contínua (artigo 5.º do seu regulamento interno).

A figura 17 representa a distância entre as três instituições que integram o CHBV. Em 2012, a Entidade Reguladora da Saúde, num trabalho incidindo sobre a avaliação dos centros hospitalares, calculou o tempo de viagem para cada concelho das áreas de abrangência respetivas. No caso do CHBV, o tempo médio de

viagem é, *grosso modo*, inferior a 25 minutos, o que faz com que apresente um índice de proximidade elevado face à população abrangida.

Figura 4.1 – Distância entre as 3 Instituições que constituem o CHBV

O próximo quadro (4.1) mostra, para alguns dos aglomerados mais remotos dos municípios que integram a CIRA, a distância e o respetivo tempo de deslocação para se alcançar a sede concelhia do centro de saúde e o hospital de referência (com recurso ao *Google Maps*). Desde logo, é possível observar que em só dois dos municípios é que o tempo de deslocação excede os 30 minutos: Águeda e Aveiro. A situação de S. Jacinto, em Aveiro, é atípica, já que corresponde a uma porção da península costeira que fecha a ria a ocidente, cujo acesso pode ser assegurado, ou por via aquática (através transportes de passageiros e veículos), ou pela estrada nacional que liga o aglomerado ao concelho de Murtosa. Quanto ao percurso para a infraestrutura hospitalar de referência, e com exceção do caso de S. Jacinto (cuja duração é superior a 60 minutos para o Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, e para cima de 40 minutos para o Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja, para percorrer uma distância de 30 Km), importa fazer menção ao caso de Parada, em Sever do Vouga, que dista 48 Km do Hospital Infante D. Pedro, correspondendo a um tempo de deslocação de aproximadamente 50 minutos.

Quadro 4.1: Distância e respetivo tempo de deslocação à sede do centro de saúde e ao hospital de referência para alguns aglomerados remotamente localizados nos Municípios da CIRA

Município	Aglomerado	Centro de saúde (sede)		Infraestrutura hospitalar de referência/proximidade		
		Distância (Km)	Tempo de deslocação (min)	Hospital	Distância (Km)	Tempo de deslocação (min)
Área de influência do ACES do Baixo Vouga						
Águeda	Macieira de Alcôba	24	33	Distrital de Águeda	25	32
Albergaria-a-Velha	Silva	13	17	Infante D. Pedro	34	31
Anadia	Amoreira de Gândara	11	15	Distrital de Águeda	23	26
Aveiro	S. Jacinto	51	63	Infante D. Pedro	50	62
Aveiro	Nariz	14	20	Infante D. Pedro	16	19
Estarreja	Água Levada	10	14	Visconde de Salreu	11	17
Ílhavo	Gafanha do Carmo	9	14	Infante D. Pedro	12	15
Murtosa	Torreira	11	18	Visconde de Salreu	18	29
Oliveira do Bairro	Mamarrosa	12	19	Infante D. Pedro	20	26
Ovar	Praia de Esmoriz	16	25	Francisco Zagalo	16	25
Sever do Vouga	Parada	13	23	Infante D. Pedro	48	50
Vagos	Covão do Lobo	14	20	Infante D. Pedro	30	28

Fonte: Santinha (2014)

I – Organização

No que concerne à estrutura assistencial, o CHBV está organizado em seis departamentos – médico, cirúrgico, psiquiatria e saúde mental, da mulher e da criança, urgência/emergência e medicina intensiva, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

No site[20] do CHBV, na parte respeitante aos serviços clínicos, podem ficar a conhecer-se os diferentes serviços (especialidades médicas), existentes na instituição. Assim, a carteira de serviços, isto é, a oferta de serviços assistenciais do CHBV abrange:

[20] http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/default.aspx

- no departamento cirúrgico, as valências de cirurgia geral, estomatologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, anestesia;
- no departamento médico, as valências de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, imuno-alergologia, infeciologia, medicina física e de reabilitação, medicina interna, nefrologia, neurologia, oncologia médica, pneumologia e reumatologia;
- no departamento de MCDT, a anatomia patológica, imagiologia, imuno-hemoterapia e patologia clínica;
- no departamento da mulher e da criança, a pediatria, obstetrícia e ginecologia.

Os departamentos de psiquiatria e saúde mental e de urgência /emergência e medicina intensiva não contêm a discriminação das valências abrangidas, todavia a designação permitirá inferir os serviços oferecidos.

Entre as medidas elencadas no Plano Estratégico 2013-2016 da instituição, e com o objetivo de "eliminar redundâncias, garantindo o acesso aos cuidados de saúde mais equitativos, de melhor qualidade e ao menor preço", através da integração dos hospitais de Aveiro, Estarreja e Águeda, cumpre destacar:
- transferência da cirurgia do ambulatório, para ganhar eficiência na afetação de recursos humanos;
- transferência da ortopedia, para ganhar segurança na cirurgia efetiva;
- transferência da medicina, para ganhar eficiência na afetação de recursos físicos;
- centralização da UCI, para ganhar eficiência na afetação de recursos humanos e físicos;
- descentralização de consultas, para ganhos de proximidade ao utente e rentabilização da capacidade instalada;
- hospitalização no domicílio, para ganhos de qualidade assistencial.

O Conselho de Administração assume pretender ver refletido no plano estratégico, "a configuração de um sistema coerente e sustentável que, após participação ativa dos diversos parceiros, garanta o tratamento e ganhos em saúde dos cerca de 400.000 habitantes que vivem na região do Baixo Vouga".

Como refere Peter Drucker, "o que não pode ser medido, não pode ser gerido". Assim, para gerir uma organização é necessário medir o seu desempenho. Neste sentido, procede-se de seguida a uma análise das principais linhas de produção do Centro Hospitalar Baixo Vouga e, sempre que considerado adequado e havendo informação disponível, discriminando entre as três unidades de saúde.

4.1. Internamento

O número total de doentes saídos nos três anos considerados tem vindo a diminuir (menos 11% doentes saídos entre 2011 e 2013). Esta descida é mais acentuada nos serviços de cirurgia geral (-25% doentes saídos no período em apreço), gastroenterologia (-89%), medicina interna (-20%), neurologia (-24%), oncologia médica (-97%), cuidados intermédios (-17%), cuidados intensivos polivalentes (-26%). No entanto, há serviços que aumentaram de forma relevante os doentes saídos, no triénio em estudo – por exemplo, os serviços de estomatologia (crescimento de 32% no número de doentes saídos), oftalmologia (96%), pneumologia (17%), urologia (24%), unidade de cuidados intensivos coronários (46%).

A análise dos dados permite verificar que a lotação tem sofrido alterações significativas. Em 2011 contavam-se 532 camas, que passaram a 449 no ano seguinte. Em 2013, o número de camas era de 451. Em sentido semelhante, a taxa de ocupação tem sido bastante oscilante. Em 2011 era de 59% e no ano seguinte atingiu 88%, sendo que em 2013 decresceu para 84%. Constata-se que a lotação dos serviços cirúrgicos diminuiu – à exceção dos serviços de urologia e estomatologia, que mantêm o mesmo número de camas entre 2011 e 2013. Esta diminuição da lotação estará porventura associada ao aumento da cirurgia de ambulatório, como mais adiante se procurará demonstrar.

Como é sabido, o processo de *benchmarking* hospitalar tem como objetivo genérico melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade do serviço prestado aos utentes. A disponibilização da informação permite equiparar instituições, avaliando o potencial de melhoria de cada hospital pela comparação com os hospitais que apresentam as "melhores práticas". A este processo (de *benchmarking)* também se faz referência no Plano Nacional de Saúde[21], sugerindo: "Monitorização, *benchmarking* e avaliação (interna e externa), incluindo processos de acreditação, de avaliação e de identificação de boas práticas, entre outros. Devem decorrer ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política".

Quadro 4.2

Especialidades	N.º de doentes saídos (sem transferências interna)			Lotação praticada (31 de dezembro)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Cardiologia	870	696	719	20	12	12
Cirurgia Geral	3.728	3.111	2.790	87	53	53
Dermato-Venereologia		3		1		
Doenças Infecciosas (Infecciologia)	227	230	245	6	6	7
Endocrinologia e Nutrição	25	21	15	3	3	

[21] http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf

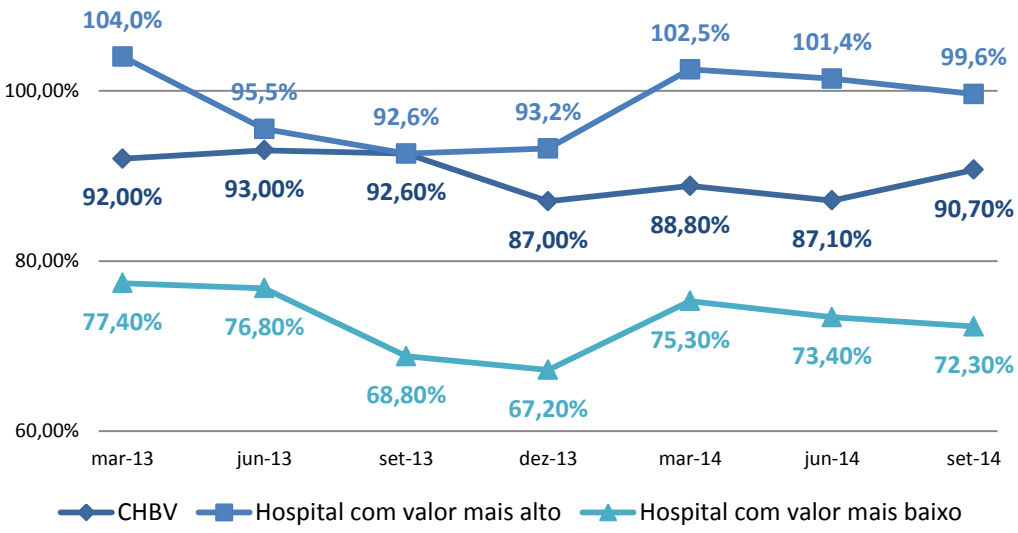
Estomatologia	25	30	33	1	1	1
Gastroenterologia	9	2	1	1		
Ginecologia	622	506	559	13	9	9
Medicina Física e Reabilitação	5	2	4	2		
Medicina Interna	5.487	5.379	4.405	125	128	128
Nefrologia	4	3	5	1	1	
Neurologia	617	496	469	10	8	11
Obstetrícia	2.102	2.115	2.063	33	32	32
Oftalmologia	24	37	47	2		
Oncologia Médica	29	4	1	1		
Ortopedia	2.457	2.524	2.366	79	71	71
Otorrinolaringologia	337	428	330	7	6	6
Pediatria	850	873	900	43	26	28
Pneumologia	328	312	385	9	9	9
Psiquiatria e Abuso de Substâncias - Agudos	514	497	476	33	30	30
Reumatologia	11	12	8	1		
Urologia	619	637	770	11	11	11
U. Cuidados Intermédios	230	212	191	9	9	9
U.C.I. Coronários	54	50	79	5	5	5
U.C.I. Polivalente	57	55	42	6	6	6
Berçário	1.666	1.696	1.600	23	23	23
TOTAL	**20.897**	**19.931**	**18.503**	**532**	**449**	**451**
TOTAL SEM BERÇARIO	**19.231**	**18.235**	**16.903**	**509**	**426**	**428**

Fonte: SICA. Dados cedidos pela ARSC.

Considerou-se importante introduzir neste estudo uma perspetiva de *benchmarking*, pelo que alguns dos indicadores do CHBV serão comparados com os do melhor hospital do Grupo C[22], em dimensões como acesso, qualidade e produtividade.

[22] Dada a heterogeneidade da tipologia de serviços e com o objetivo de aproximar o preço praticado aos diferentes custos incorridos por cada uma das instituições, os hospitais são agrupados, para efeitos de financiamento, em seis grupos, sendo que o CHBV faz parte do grupo C (Circular Normativa n.º 13/2014/DPS/ACSS, de 6 de fevereiro de 2014). Os hospitais e ULS, que tal como o CHBV, fazem parte do grupo C são: o CH Baixo Ave, CH Douro e Vouga, CH Tâmega e Sousa, ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, CH Cova da Beira, CH Leiria, CH Barreiro/Montijo, CH Médio Tejo, CH Setúbal, H. Santarém, ULS Baixo Alentejo, ULS Norte Alentejano.

Figura 4.2 - Taxa anual de ocupação em internamento



Fonte: ACSS; http://benchmarking.acss.min-saude.pt

Em termos de taxa de ocupação, estudos recentes apontam que os intervalos ótimos relativamente a este indicador são entre 75% e 85%. No período em análise, constatamos que o CHBV apresenta uma taxa de ocupação que se situa sempre acima dos 85%, atingindo em setembro de 2013, o valor mais elevado (92,6%). Em setembro de 2014, o valor é de 90,7%, tendendo, pois, a aproximar-se do hospital com os valores mais altos.

Importa assinalar que o número de doentes saídos por cama era cerca de 30 no ano de 2011, passando a 44 no ano 2012 e 40 no ano seguinte.

Em matéria de duração média do internamento[23], constata-se que esta tem vindo a aumentar no período em análise, fixando-se em 7,9 em 2013. Quando desdobramos esta análise por hospital, verificamos que no Hospital de Aveiro, este indicador aumenta 10% (de 6,78 para 7,46), no triénio; em Estarreja, aumenta 71% no mesmo período, isto é, 5,31 dias, parecendo indiciar que nesta unidade estarão a ser internados doentes com casuística diferente, o que é, também, corroborado por uma diminuição do número de doentes saídos/cama de 12,4 para 4,7 (-62%) e por um aumento da taxa de mortalidade de 5,76% para 15,71% (+156%). Por seu turno, na unidade de Águeda, assiste-se a uma tendência semelhante à verificada em Estarreja, embora de forma menos acentuada: aumento da demora média em 14%, diminuição dos doentes saídos por cama (-18%) e aumento da taxa de mortalidade (+36%).

[23] Os valores apresentados pelo CHBV consideram a demora média com berçário, pelo que são esses os valores referidos no texto.

Quadro 4.3 - Alguns indicadores do Internamento – CHBV

CHBV	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Lotação	**532**	**449**	**451**	**-34%**
Demora média	7,12	7,25	7,9	**-11%**
N.º doentes saídos (com berçário)	20.897	19.931	18.503	**-12%**
N.º doentes saídos (área cirúrgica)	9.914	9.388	8.958	**-10%**
N.º doentes saídos (área médica)	10.983	10.543	9.545	**-13%**
Doentes saídos por cama	30,07	44,39	40,4	**34%**
Taxa de ocupação	59%	88%	84%	**43%**
Taxa de mortalidade	4,94%	4,95%	5,56%	**13%**
% DS com duração de internamento > limiar máximo	ND	1	1,4	-
% de episódios de internamento c/ complicações	ND	4,9	4,2	-

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

Faz-se notar que, no que diz respeito ao ano de 2011, as lotações dos hospitais acima indicadas não coincidem com o total indicado no quadro n.º 4.4. Opta-se, contudo, por manter a informação recebida do CHBV, já que discrimina o número de camas em cada uma das unidades.

Quadro 4.4

Unidade de Aveiro	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Lotação	371	353	367	-1%
Demora média	6,78	6,74	7,46	10%
Doentes saídos por cama	85	88	99	16
Taxa de mortalidade	4,55%	4,13%	5,35%	18%

Unidade de Estarreja	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Lotação	94	27	26	-72%
Demora média	7,49	9,73	12,8	71%
Doentes saídos por cama	12,40	29,00	4,7	-62%
Taxa de mortalidade	5,76%	10,47%	14,75%	156%

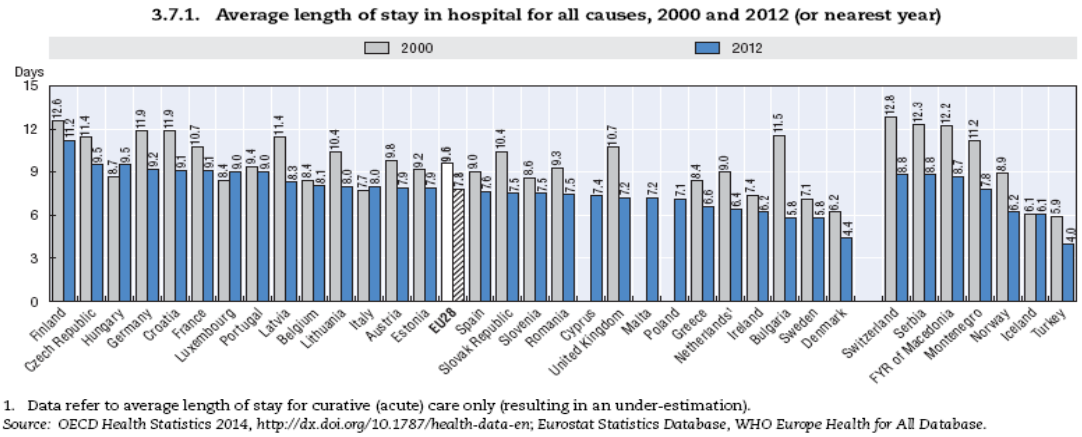
Unidade de Águeda	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Lotação	230	69	65	-72%
Demora média	9,03	10,13	10,28	14%
Doentes saídos por cama	12,20	33,20	10	-18%
Taxa de mortalidade	6,99%	9,12%	9,51%	36%

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

Em termos internacionais, no relatório da OCDE, "Health at a Glance: Europe 2014", pode ler-se que: "*The average length of stay in hospitals has decreased over the past decade in most EU countries, falling from 9.6 days in 2000 to 7.8 days in 2012 on average across EU member states* ". Em Portugal, nos mesmos anos, a demora média foi 9,4 e 9,0, respetivamente.

A demora média do CHBV de 2013 – 7,9 dias - encontra-se, pois, abaixo dos valores apresentadas por Portugal, embora acima da média europeia.

Figura 4.3 - Demora média hospitalar todas as causas, 2000 e 2012 (ou o ano mais próximo)

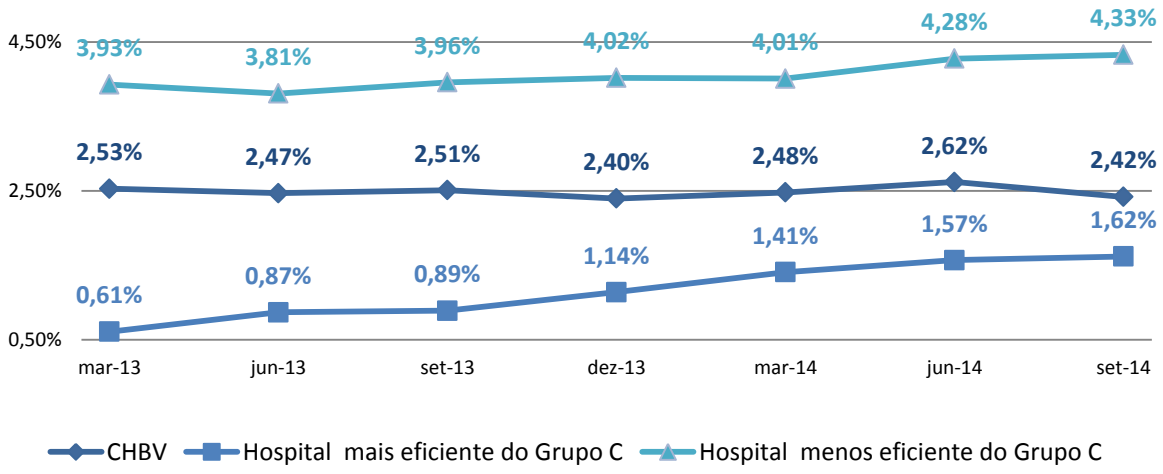


Fonte: Health at a Glance: Europe 2014

Ainda relacionado com o internamento e nomeadamente com a sua duração, verificamos que em 2013, foram cerca de 1,4% os doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo do respetivo GDH, sendo que em 2012 este valor foi de 1%.

Neste contexto, é oportuno introduzir uma análise comparativa do CHBV com os hospitais mais eficiente e menos eficiente do Grupo C, em matéria de percentagem de internamento com demora superior a 30 dias e de demora média antes da cirurgia.

Figura 4.4 - % de internamento com demora superior a 30 dias

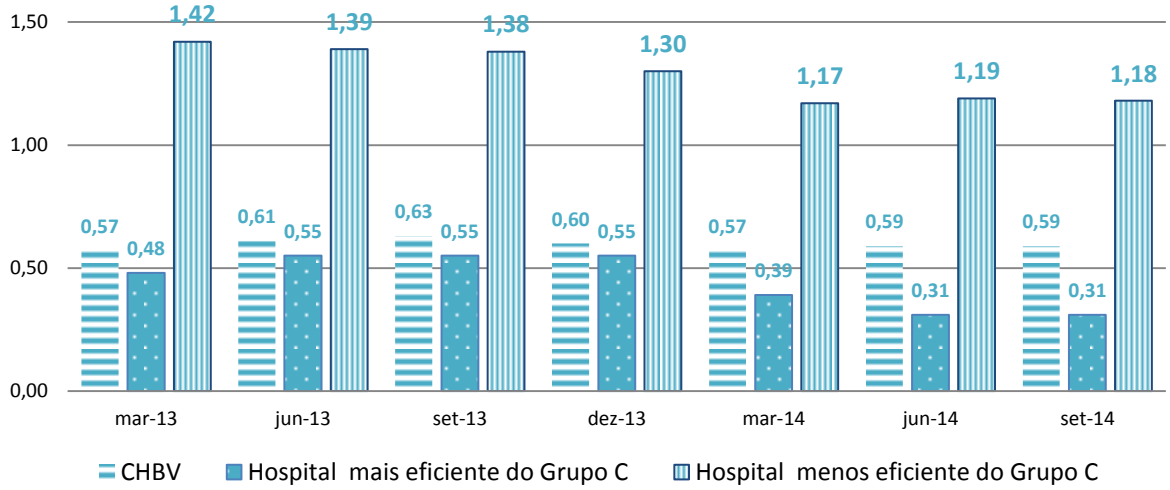


Fonte: ACSS; http://benchmarking.acss.min-saude.pt

Este indicador (percentagem de internamentos com duração superior a 30 dias) mantém-se, no Centro Hospitalar, relativamente constante ao longo do período - descendo, contudo, de 2,53 % para 2,42% - sendo que o hospital com melhor desempenho do Grupo tem vindo a aumentar a proporção de internamentos com tempo superior a 30 dias, passando de 0,61%, em março de 2013, para 1,62% em setembro de 2014. O hospital menos eficiente do grupo apresenta, igualmente, um comportamento relativamente constante ao logo do período, aumentando, contudo, de 3,93% para 4,33%, valores acima dos apresentados pelo CHBV.

Refira-se, ainda, que em setembro de 2014, o Centro Hospitalar desce a percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, quando quer o hospital mais eficiente, quer o menos eficiente aumentam.

Figura 4.5 - Demora média antes da cirurgia



Fonte: ACSS; http://benchmarking.acss.min-saude.pt

No que concerne à duração pré-operatória do internamento, o CHBV apresenta sempre valores mais elevados do que os do melhor hospital do grupo C, havendo um afastamento em março, junho e setembro de 2014, não porque a instituição tenha piorado o seu desempenho, mas porque o melhor hospital do grupo melhora significativamente. É, também, de realçar que o Centro Hospitalar tem uma demora média pré-operatória consideravelmente inferior à do hospital menos eficiente do grupo C.

O índice de *case-mix* – indicador que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente mais consumidoras de recursos – foi em 2011 de 0,848 para a área médica e 0,8745 para a área cirúrgica. Em 2012, não foi possível distinguir entre ICM médico e cirúrgico, sendo que o valor global foi de 0,8793, descendo para 0,7841 no ano seguinte.

Quadro 4.5 - ICM

CHBV	2011	2012	2013	Δ 2013/2012
ICM	Med. 0,848 Cir - 0,8745	0,8793	0,7841	-10,8%

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

No que toca à percentagem de de Grupos de Diagnóstico Homogéneos[24] (GDHs) cirúrgicos urgentes no total de GDH cirúrgicos, verificou-se um crescimento acentuado de 2012 para 2013 (cerca de 21%). Neste ano, os GDH cirúrgicos urgentes representam aproximadamente 44% no total de GDH cirúrgicos. Este indicador tem vindo a ser sistematicamente monitorizado pela ARS do Centro junto dos hospitais, com o propósito de incentivar a atividade cirúrgica programada.

Quadro 4.6 -% de GDHs cirúrgicos urgentes no total de GDHs cirúrgicos

CHBV	2011	2012	2013	Δ 2013/2012
% de GDHs cirúrgicos urgentes no total de GDHs cirúrgicos	ND	36,18	43,6%	20,05

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

No que diz respeito à percentagem de episódios de internamento com complicações, há uma descida de 2012 para 2013, de 4,9% para 4,2%. Em contrapartida e como já assinalámos a taxa de mortalidade conheceu um aumento nesses dois anos: em 2011, era de 4,94%, em 2012 era de 4,95% e, em 2013, era de 5,56%.

O quadro que se segue resume, relativamente aos três anos mais recentes, os GDH mais frequentes e a sua variação entre 2011 e 2013. Com o maior número de episódios ao longo do período, aparece o GDH 629, *recém-nascido, peso ao nascer >2499 gr, sem procedimento significativo em BO, com diagnóstico de RN normal.*

[24] Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) — sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamento, que permite definir operacionalmente, a produção de um hospital. Em Portugal utiliza-se também este sistema para os episódios cirúrgicos de ambulatório e para alguns episódios médicos de ambulatório. Os GDH são definidos em termos das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente, destino após a alta e peso à nascença. Os grupos foram concebidos de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogéneos em termos de consumo de recursos – Artigo 3.º da Portaria n. 20/2014, de 29 de janeiro.

Quadro 4.7 - Quadro com GDH mais frequentes nos 3 anos

N.º GDH	Designação	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
629	RN, peso ao nascer > 2499 g, s/ procedime. significativo em BO, c/ diagnó. de RN normal	1.588	1.619	1.425	-10%
89	Pneumonia e ou pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC	854	891	776	-9%
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	800	805	748	-7%
541	Pneumonia simples e ou outras perturbações respiratórias, exceto bronquite ou asma com CC major	586	432	414	-29%
371	Cesariana, sem CC	524	519	414	-21%
127	Insuficiência cardíaca e ou choque	467	483	421	-10%
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	373	371	361	-3%
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	367	395	414	13%
320	Infeções dos rins e/ou das vias urinárias, idade >17 anos, com CC	357	281	271	-24%
466	Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional	315	335	280	-11%

4.2. Bloco operatório

No que diz respeito à atividade cirúrgica, deve realçar-se que o CHBV tem vindo a aumentar consistentemente a produção em cirurgia de ambulatório. Com efeito, de 2011 para 2013, esta linha de produção cresceu 10%, em consonância com o que se defendia no Plano Estratégico da instituição, que estabelecia como objetivo prioritário a "transferência da cirurgia do ambulatório, para ganhar eficiência na afetação de recursos humanos". Em 2013, a percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas ascendeu a 56,7%[25], consubstanciando um aumento de 17%.

Em paralelo, assiste-se a uma diminuição da atividade cirúrgica convencional, que, de 2011 para 2013, registou uma descida de -21% (isto é, menos 1.008 doentes intervencionados). Não obstante esta transferência da cirurgia convencional para cirurgia ambulatória, de 2011 de 2013, contabilizam-se menos 550 doentes operados de forma programada.

[25] Em 2013, nos dados apresentados pelo CHBV, a percentagem de cirurgias de ambulatório no total das cirurgias foi 75,5%.

A atividade cirúrgica urgente, muito embora tenha conhecido um ligeiro aumento entre os anos 2011 e 2012, volta a decrescer em 2013.

Quadro 4.8

Especialidades	N.º de Intervenções Cirúrgicas (C. Convencional)			N.º de Intervenções Cirúrgicas (C. Ambulatório)			N.º de Intervenções Cirúrgicas (C. Urgente)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	1.506	1.051	860	682	1.308	1.330	762	869	807
Derma-Venerologia	0	0	0	214	217	155			0
Estomatologia	23	28	32	1	0	0		1	0
Ginecologia	640	411	470	820	741	781	85	63	55
Obstetrícia	143	72	79				520	608	540
Oftalmologia	22	29	40	2.245	1.271	1.803	2		0
Ortopedia	1.672	1.574	1.383	441	657	699	718	660	677
Otorrinolaringologia	330	418	326	18	32	48	3	3	1
Urologia	321	345	448	10	37	75	27	27	5
Outras	126	121	137	50	51	48	106	83	109
TOTAL	**4.783**	**4.049**	**3.775**	**4.481**	**4.314**	**4.939**	**2.223**	**2.314**	**2.194**

Fonte: SICA. Dados cedidos pela ARSC.

Quadro 4.9 - Produção Cirúrgica

CHBV	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Ambulatório	4.481	4.314	4.939	**10%**
Convencional	4.783	4.049	3.775	**-21%**
Urgente	2.223	2.314	2.194	**-1%**
% cirurgias realizadas em ambulatório total das cirurgias programadas (GDH)	48,4%	51,6%	56,7%	**17%**

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela ARSC

Quando se desdobra esta análise por unidade hospitalar, verifica-se que, em 2013, a atividade de cirurgia urgente cessou em Estarreja e em Águeda; nesse ano, não existiu cirurgia convencional em Estarreja.

A cirurgia de ambulatório aumenta 55% na Unidade de Aveiro (+1.543 doentes), diminuindo 26% em Estarreja (-109 doentes) e 76% em Águeda (-976doentes). Como faz notar a autarquia de Estarreja, o setor de cirurgia de ambulatório na unidade de Estarreja foi alvo de investimentos recentes em equipamentos e infra-estruturas, reunindo as condições preconizadas pelas normas em vigor – nomeadamente em termos de circuitos independentes, acessibilidades, estacionamento, desenvolvimento de protocolos específicos para esta área (por exemplo, em relação à dor, instituição de consulta de enfermagem obrigatória, etc.) (Município de Estarreja, Plano estratégico do centro hospitalar Baixo Vouga, 2013).

Quadro 4.10 - Produção Cirúrgica

Unidade de Aveiro	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Ambulatório	2.785	2.825	4.328	**55%**
Convencional	2.780	3.248	3.607	**30%**
Urgente	2.130	2.302	2.194	**3%**

Unidade de Estarreja	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Ambulatório	413	893	304	**-26%**
Convencional	937	178	0	**-100%**
Urgente	1	0	0	**-100%**

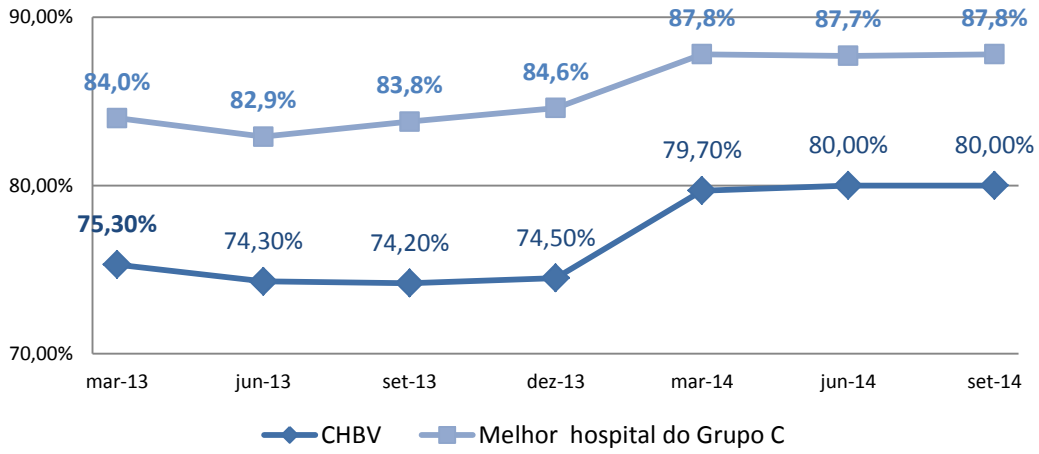
Unidade de Águeda	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Ambulatório	1283	599	307	**-76%**
Convencional	1166	624	168	**-86%**
Urgente	92	14	0	**-100%**

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

Faz-se notar que, no que diz respeito ao ano de 2011, o número de doentes operados em regime convencional, nos três hospitais, não coincide com o total indicado no quadro n.º xx. Opta-se, contudo, por manter a informação recebida do CHBV, já que discrimina o número de doentes intervencionados em cada uma das unidades.

Em matéria de ambulatorização dos cuidados cirúrgicos, quando analisamos os dados do CHBV, comparando-os com os do melhor hospital do grupo, verificamos que aquele Centro Hospitalar apresenta sempre percentagens mais baixas. Salienta-se que a partir de março de 2014, os valores se aproximam dos do hospital com melhor desempenho neste indicador.

Figura 4.6 - % de cirurgia de ambulatório (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis



Fonte: ACSS; http://benchmarking.acss.min-saude.pt

No que diz respeito, à linha de produção GDHs cirúrgicos de ambulatório, no ano de 2013, o CHBV contratualizou 4.112 unidades de produção e realizou 4.566, pelo que a taxa de execução é de 111.04%, como se pode verificar no quadro seguinte.

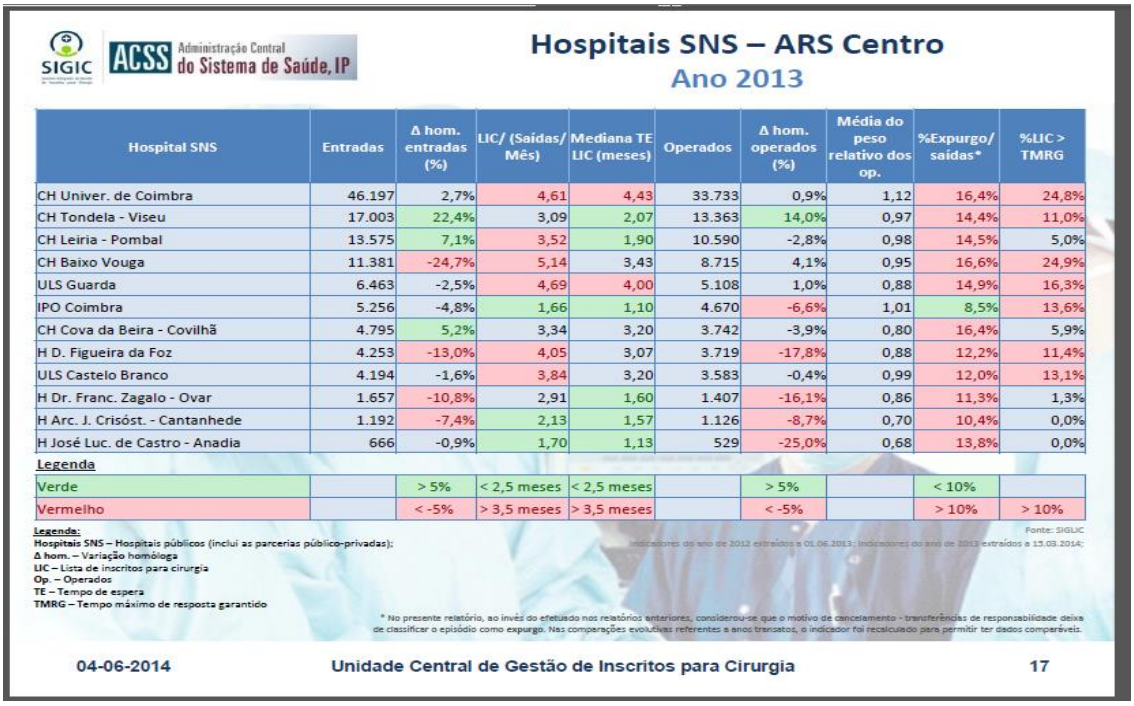
Quadro 4.11 - GDHS Cirúrgicos de ambulatório – contratualizado vs realizado

CHBV	Realizado 2013 (produção total)	Contratualizado 2013 (produção total)	Taxa de execução – (produção total)
GDH's Cirúrgicos	4.566	4.112	111,04%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelo CHBV

O Relatório síntese da atividade cirúrgica programada – ano de 2013, da autoria da Unidade de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), menciona para o CHBV um crescimento de 4,1%, no que diz respeito à variação homóloga de doentes operados. Este acréscimo consubstancia, a seguir ao Centro Hospitalar de Tondela Viseu, o maior aumento da região centro, como se verifica da análise do quadro seguinte.

Quadro 4.12 -Análise por Hospitais – ARS Centro



SIGIC | ACSS Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Hospitais SNS – ARS Centro
Ano 2013

Hospital SNS	Entradas	Δ hom. entradas (%)	LIC/ (Saídas/ Mês)	Mediana TE LIC (meses)	Operados	Δ hom. operados (%)	Média do peso relativo dos op.	%Expurgo/ saídas*	%LIC > TMRG
CH Univer. de Coimbra	46.197	2,7%	4,61	4,43	33.733	0,9%	1,12	16,4%	24,8%
CH Tondela - Viseu	17.003	22,4%	3,09	2,07	13.363	14,0%	0,97	14,4%	11,0%
CH Leiria - Pombal	13.575	7,1%	3,52	1,90	10.590	-2,8%	0,98	14,5%	5,0%
CH Baixo Vouga	11.381	-24,7%	5,14	3,43	8.715	4,1%	0,95	16,6%	24,9%
ULS Guarda	6.463	-2,5%	4,69	4,00	5.108	1,0%	0,88	14,9%	16,3%
IPO Coimbra	5.256	-4,8%	1,66	1,10	4.670	-6,6%	1,01	8,5%	13,6%
CH Cova da Beira - Covilhã	4.795	5,2%	3,34	3,20	3.742	-3,9%	0,80	16,4%	5,9%
H D. Figueira da Foz	4.253	-13,0%	4,05	3,07	3.719	-17,8%	0,88	12,2%	11,4%
ULS Castelo Branco	4.194	-1,6%	3,84	3,20	3.583	-0,4%	0,99	12,0%	13,1%
H Dr. Franc. Zagalo - Ovar	1.657	-10,8%	2,91	1,60	1.407	-16,1%	0,86	11,3%	1,3%
H Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	1.192	-7,4%	2,13	1,57	1.126	-8,7%	0,70	10,4%	0,0%
H José Luc. de Castro - Anadia	666	-0,9%	1,70	1,13	529	-25,0%	0,68	13,8%	0,0%
Legenda									
Verde		> 5%	< 2,5 meses	< 2,5 meses		> 5%		< 10%	
Vermelho		< -5%	> 3,5 meses	> 3,5 meses		< -5%		> 10%	> 10%

Legenda:
Hospitais SNS – Hospitais públicos (inclui as parcerias público-privadas);
Δ hom. – Variação homóloga
LIC – Lista de inscritos para cirurgia
Op. – Operados
TE – Tempo de espera
TMRG – Tempo máximo de resposta garantido

Fonte: SIGLIC
Indicadores do ano de 2012 extraídos a 01.06.2013; Indicadores do ano de 2013 extraídos a 15.03.2014;

* No presente relatório, ao invés do efetuado nos relatórios anteriores, considerou-se que o motivo de cancelamento - transferências de responsabilidade deixa de classificar o episódio como expurgo. Nas comparações evolutivas referentes a anos transatos, o indicador foi recalculado para permitir ter dados comparáveis.

04-06-2014 Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia 17

Fonte: Relatório síntese da atividade cirúrgica programada – Ano de 2013

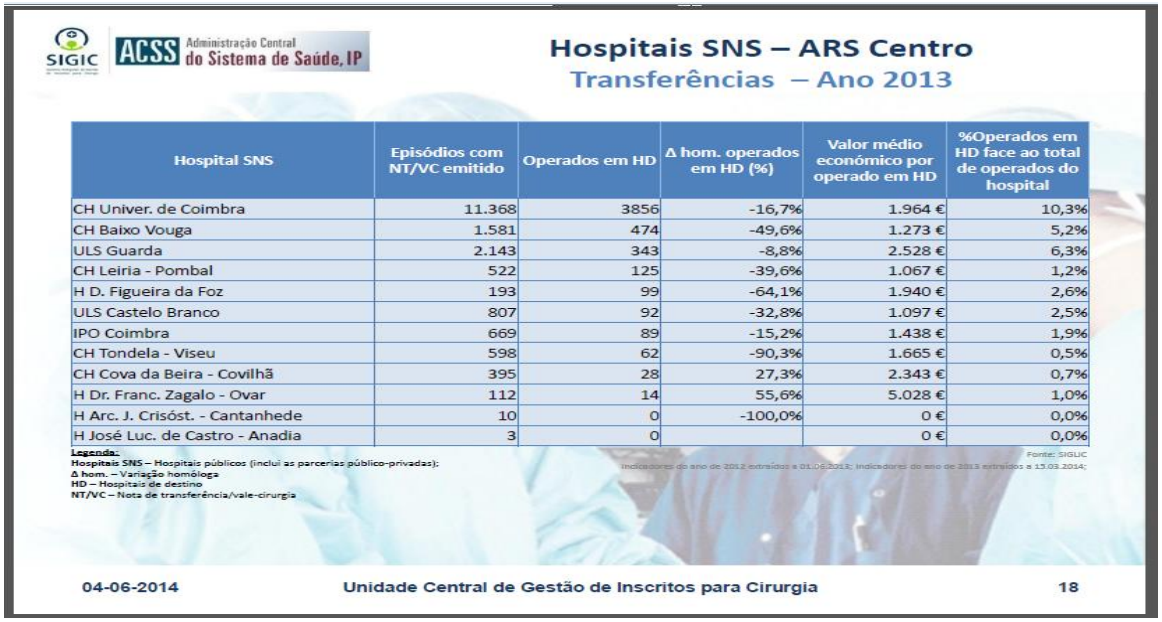
Pela observação do quadro anterior, verificamos que entraram 116.632 doentes em lista de espera para cirurgia [26](LIC) na região centro, sendo o peso dos doentes entrados no CHBV de 9,8% relativamente ao total; de igual forma o peso dos doentes operados representa 9,7% do total dos operados na região.

Dir-se-ia, numa análise breve, que tendo entrado 11.381 doentes em LIC e tendo sido intervencionados 8.715 doentes, subsistirá uma procura de 2.666 doentes para a qual não houve capacidade de resposta.

Por outro lado, o CHBV, seguido de perto pelo CHUC, é o hospital da região centro onde é mais elevada a percentagem de doentes em LIC que registam tempo máximo de resposta garantido superior ao recomendado. No CHBV esta percentagem ascende a 24,9% e no CHUC é de 24,8%. A ULS da Guarda surge em terceiro lugar, registando 16,3% de doentes nesta situação.

[26] Lista de inscritos para cirurgia - conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso - Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

Quadro 4.13 -Análise por Hospitais – ARS Centro - Transferência



SIGIC | ACSS Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Hospitais SNS – ARS Centro
Transferências – Ano 2013

Hospital SNS	Episódios com NT/VC emitido	Operados em HD	Δ hom. operados em HD (%)	Valor médio económico por operado em HD	%Operados em HD face ao total de operados do hospital
CH Univer. de Coimbra	11.368	3856	-16,7%	1.964 €	10,3%
CH Baixo Vouga	1.581	474	-49,6%	1.273 €	5,2%
ULS Guarda	2.143	343	-8,8%	2.528 €	6,3%
CH Leiria - Pombal	522	125	-39,6%	1.067 €	1,2%
H D. Figueira da Foz	193	99	-64,1%	1.940 €	2,6%
ULS Castelo Branco	807	92	-32,8%	1.097 €	2,5%
IPO Coimbra	669	89	-15,2%	1.438 €	1,9%
CH Tondela - Viseu	598	62	-90,3%	1.665 €	0,5%
CH Cova da Beira - Covilhã	395	28	27,3%	2.343 €	0,7%
H Dr. Franc. Zagalo - Ovar	112	14	55,6%	5.028 €	1,0%
H Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	10	0	-100,0%	0 €	0,0%
H José Luc. de Castro - Anadia	3	0		0 €	0,0%

Legenda:
Hospitais SNS – Hospitais públicos (inclui as parcerias público-privadas);
Δ hom. – Variação homóloga
HD – Hospitais de destino
NT/VC – Nota de transferência/vale-cirurgia

Fonte: SIGLIC
Indicadores do ano de 2012 extraídos a 01.06.2013; Indicadores do ano de 2013 extraídos a 15.03.2014;

04-06-2014 Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia 18

Fonte: Relatório síntese da atividade cirúrgica programada – Ano de 2013

Com efeito, dos 1.581 episódios com nota de transferência ou vale cirurgia[27] emitidos, foram operados em hospital de destino[28] 474 doentes, tendo havido uma diminuição de 49,6% no que toca à comparação homóloga. Na região centro, o CHBV é o segundo hospital com maior número de doentes operados em hospitais de destino. Os doentes intervencionados em hospital de destino face aos doentes operados no CHBV representam 5,2%.

De acordo com informação obtida junto do CHBV, a capacidade de utilização do bloco operatório ronda os 87%. Contudo, os dados disponíveis pelo *Benchmarking* da ACSS, contêm diferenças assinaláveis.

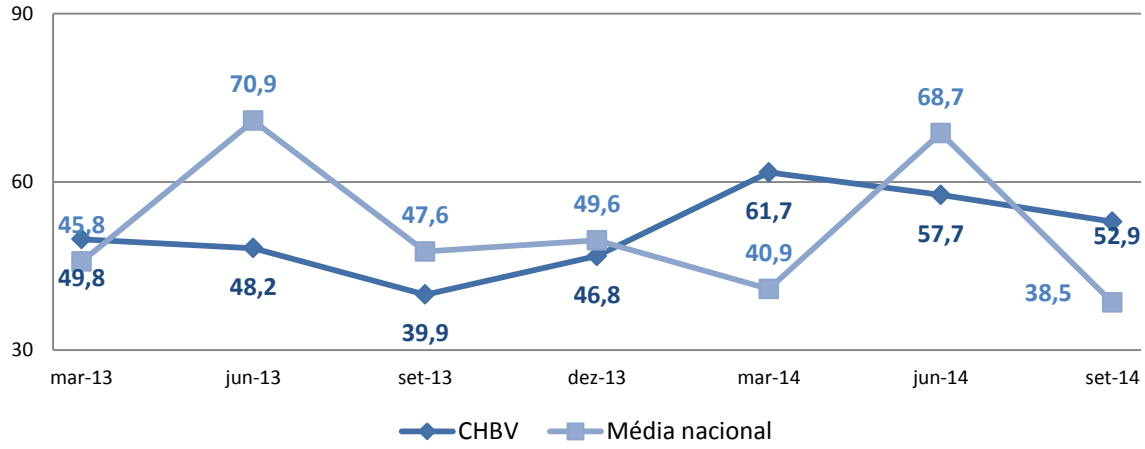
Apesar da disparidade e variabilidade dos dados apresentados, parece poder afirmar-se que, a nível nacional, há um pico de utilização nos meses de junho de 2013 e de 2014. O CHBV tem apresentado um comportamento oscilante, com é visível no gráfico seguinte.

[27] Um «vale cirurgia» é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto - Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

[28] A expressão «hospital de destino» refere -se à unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo na LIC - Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

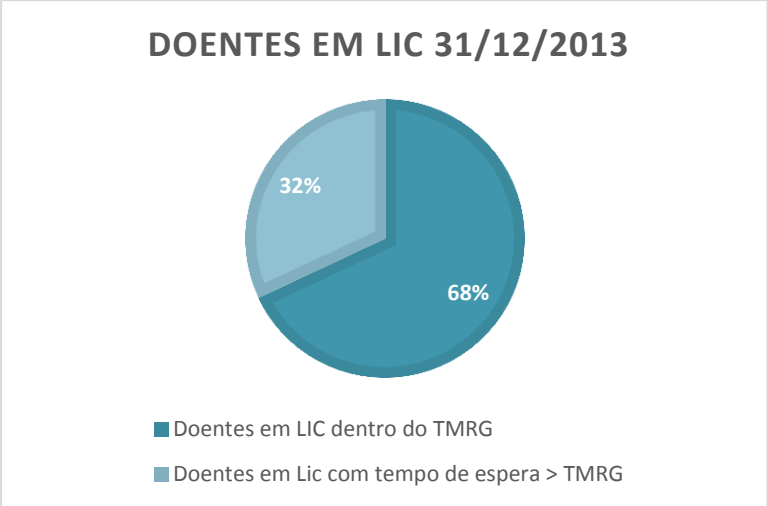
Fig. 4.7 - Capacidade utilizada de bloco operatório (%)

(Valores acumulados)



Fonte: ACSS; http://benchmarking.acss.min-saude.pt

Fig. 4.9



A nível dos doentes em lista de espera para cirurgia, a 31/12/2013 havia 4.643 doentes a aguardar cirurgia. 32%[29] dos doentes em LIC apresentam tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG). Destes (1.479), 88,4% são doentes de prioridade normal e 11,1% são considerados doentes prioritários.

[29] Os dados fornecidos pelo CHBV e os apresentados pelo já referido Relatório Síntese não coincidem; no entanto, opta-se por incluir ambos neste trabalho.

Quadro 4.14

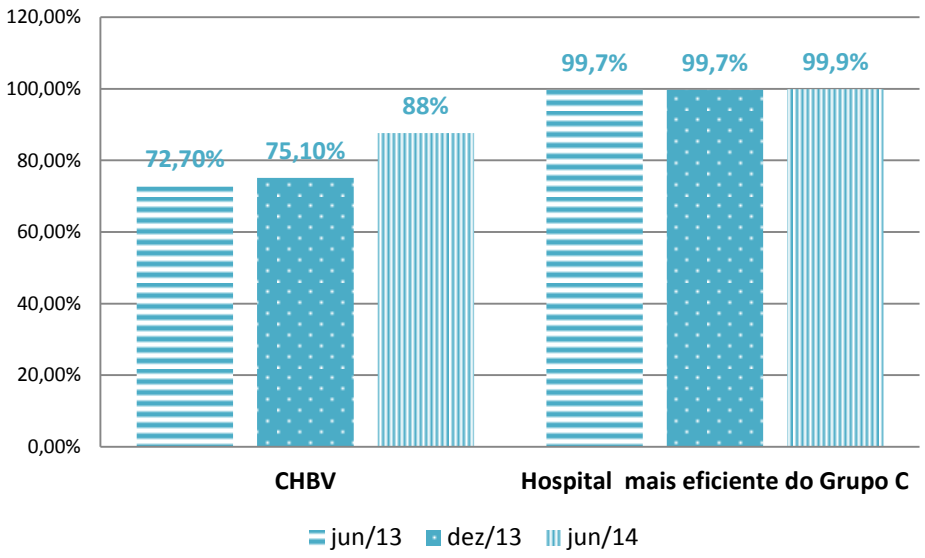
N.º de doentes em LIC com tempo de espera > TMRG		%
N.º total de doentes muito prioritários c/ tempo de espera > TMRG	4	0,27%
N.º total de doentes prioritários c/ tempo de espera > TMRG	164	11,09%
N.º total de doentes normais c/ tempo de espera > TMRG	1.308	88,44%

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

Assim, e sem prejuízo de os dados apresentados pelo CHBV não coincidirem com os publicados pela ACSS – sendo estes últimos mais favoráveis para a instituição – verifica-se que o desempenho, em dezembro de 2013, se afasta do hospital mais eficiente do grupo C. Acrescenta-se, também, que em Junho de 2013 o desempenho do CHBV coincide com o do hospital que tem mais doentes em LIC fora do TMRG; já em dezembro, fruto da melhoria verificada, consegue recuperar na sua posição.

Em junho de 2014, o Centro Hospitalar melhora significativamente o desempenho, apresentando 87,06% dos doentes inscritos em LIC dentro do TMRG.

Fig. 4.9 - % inscritos em LIC dentro TMRG



Fonte: ACSS; http://benchmarking.acss.min-saude.pt

O já mencionado relatório síntese da atividade cirúrgica programada refere que a nível nacional: "A percentagem de inscritos que ultrapassam os tempos máximos de resposta garantidos, apesar de ter melhorado muito desde 2006 (uma redução de 65,3%), apresenta ainda valores elevados em 2013 (12,8%), tendo diminuído 15,3% face a 2012." Constatamos, pois, que na comparação com o padrão nacional

(12,8%), e considerando os dados da ACSS, o CHBV se aproxima, já que, a junho de 2014, 12,4% dos doentes em LIC estava acima dos TMRG.

Refira-se, ainda, que a ERS considerou em estudo recente[30] que "os tempos de espera consubstanciam uma importante dimensão do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, que é considerada em diversas definições do conceito de acesso a cuidados de saúde". Prossegue o estudo referindo "(…) o *Institute of Medicine*, organização de referência ao nível da política de saúde, define o acesso como a utilização atempada de serviços de saúde para a obtenção do melhor resultado possível para a saúde dos utentes". Neste aspeto, o CHBV melhorou o seu desempenho, passando de 72,7% de doentes inscritos em LIC dentro do TMRG para 87,6%.

4.3. Bloco de partos

Dado o peso que os GDH relativos a partos têm no total de GDH do CHBV, faz-se de seguida uma breve análise sobre esta área.

Em conformidade com o que se assiste a nível nacional, também o número de partos no CHBV tem vindo a diminuir. Em 2013 registaram-se 1.691 partos, o que representa menos 54 partos do que em 2011. Por seu turno, a percentagem de partos realizados com analgesia epidural tem vindo a aumentar, cifrando-se, em 2013, em 73,6%. Faz-se notar que este é um dos objetivos regionais, fixados pela ARSC, e que visa incentivar a qualidade clínica.

Quadro 4.15 -Bloco de Partos

	2011	2012	2013
Eutócitos	748	786	772
Distócitos - cesarianas	545	566	500
Distócitos - outros	452	461	419
Total	**1745**	**1813**	**1691**
Percentagem de Partos Realizados com Analgesia Epidural (%)	65,3	73,2	73,6
% de cesarianas	31,1	31,2	29,6

Fonte: Informação fornecida pelo CHBV

[30] Parecer da ERS sobre o volume dos serviços que os hospitais Públicos podem prestar a terceiros não utentes do SNS

A taxa de cesarianas conheceu uma diminuição, fixando-se em 29,6% em 2013, ano em que se registaram menos 66 partos por cesariana que no ano anterior. Este indicador é aplicável a nível nacional e visa, fundamentalmente, incentivar a qualidade da prestação de cuidados. A taxa de cesarianas em Portugal era de 28% em 2011 e de 36,4% em 2009. O Plano Nacional de Saúde fixa como meta, relativamente ao ano de 2016, 40,4% de partos por cesariana.

4.4. Consulta externa

Em termos globais, o CHBV apresenta um aumento de consultas médicas entre 2012 e 2013. Neste último ano, contabilizaram-se 206.159 consultas. No entanto, a percentagem de primeiras consultas tem vindo a diminuir, fixando-se em 28,6% em 2013. Com efeito, neste ano as primeiras consultas registadas foram 58.359 (se não se incluir as consultas de medicina no trabalho), o que representa uma diminuição de 11.617 (isto é, -17%), quando comparado com 2011.

As consultas subsequentes diminuem de 2011 para 2012, mas conhecem um crescimento em 2013.

Uma análise mais detalhada permite concluir que é nas especialidades de dermatologia, pneumologia, nefrologia e psiquiatria comunitária que o aumento de consultas no triénio em apreço é mais acentuado – respetivamente 50%, 72%, 94% e 43%. Em sentido contrário, as especialidades de hematologia clínica, oftalmologia, oncologia médica e ortopedia conheceram uma diminuição das consultas externas – respetivamente 29%, 21,4%, 23,8% e 18,5%.

Quadro 4.16

Especialidades	N.º 1ªs consultas			N.º consultas subsequentes			Total consultas médicas		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Anestesiologia	5.362	4.753	4.903	558	281	237	5.920	5.034	5.140
Cardiologia	2.516	2.391	2.463	7.666	7.898	7.859	10.182	10.289	10.322
Cirurgia Geral	7.381	8.223	5.295	13.352	12.150	12.971	20.733	20.373	18.266
Dermato-Venereologia	1.203	1.404	1.330	2.856	3.387	4.740	4.059	4.791	6.070
Diabetologia	171	n.a	n.a.	1.101	n.a.	n.a.	1.272	n.a.	n.a.
Doenças Infecciosas (infecciologia)	536	n.a	n.a.	2.229	n.a.	na.	2.765	n.a.	n.a.
Infecciologia - Doentes com VIH/Sida (TARC)	n.a.	84	55	n.a.	1.279	1.479	n.a.	1.363	1.534
Infecciologia - Outros Doentes	n.a.	503	601	n.a.	1.151	1.389	n.a.	1.654	1.990
Dor	836	848	803	3.918	4.055	3.730	4.754	4.903	4.533

Endocrinologia e Nutrição	1.310	1.260	1.123	5.670	5.226	4.920	6.980	6.486	6.043
Estomatologia	430	408	381	3.148	3.154	3.385	3.578	3.562	3.766
Gastroenterologia	1.095	1.071	1.081	3.852	3.567	3.843	4.947	4.638	4.924
Ginecologia	3.128	2.597	2.904	5.377	4.083	5.617	8.505	6.680	8.521
Hematologia Clínica	354	333	31	2.351	2.436	1.885	2.705	2.769	1.916
Hipertensão	37	n.a.	n.a.	208	n.a.	n.a.	245	n.a.	n.a.
Imuno-alergologia	680	736	618	2.733	2.589	2.348	3.413	3.325	2.966
Imuno-hemoterapia	559	532	575	6.327	6.464	5.771	6.886	6.996	6.346
Medicina Física e Reabilitação	1.674	1.511	1.523	3.160	2.519	2.806	4.834	4.030	4.329
Medicina Interna	1.792	2.076	1.715	9.087	9.705	10.825	10.879	11.781	12.540
Nefrologia	367	301	872	1.116	1.352	2.006	1.483	1.653	2.878
Neurologia	1.287	1.271	1.235	2.871	2.805	2.927	4.158	4.076	4.162
Obstetrícia	3.162	3.652	3.253	4.626	3.939	4.090	7.788	7.591	7.343
Oftalmologia	11.658	9.772	7.788	7.912	5.172	7.587	19.570	14.944	15.375
Oncologia Médica	574	459	460	3.949	3.526	2.985	4.523	3.985	3.445
Ortopedia	9.757	7.457	5.921	13.547	11.422	13.070	23.304	18.879	18.991
Otorrinolaringologia	2.993	2.941	2.093	3.883	4.046	3.572	6.876	6.987	5.665
Pediatria	5.788	5.993	4.986	6.047	6.326	7.606	11.835	12.319	12.592
Pneumologia	1.249	1.657	1.449	2.229	2.882	4.526	3.478	4.539	5.975
Psiquiatria (Instituição)	1.205	1.299	1.379	8.909	9.152	9.502	10.114	10.451	10.881
Psiq. Consulta Multidisciplinar (Instituição)	8	70	80	1.039	819	890	1.047	889	970
Psiq. Consulta Multidisciplinar (S. Mental Comunitária)	0	0	4	157	149	221	157	149	225
Psiquiatria da Infância e Adolescência (Instituição)	207	252	274	1.322	1.317	1.353	1.529	1.569	1.627
Reumatologia	783	1.105	1.145	3.916	4.791	5.229	4.699	5.896	6.374
Urologia	1.836	1.571	1.716	5.262	5.369	5.354	7.098	6.940	7.070
Consultas a pessoal (Medicina do Trabalho)	1.387	841	1.030	1.510	1.248	1.312	2.897	2.089	2.342
Outras	38	121	303	335	605	735	373	726	1.038
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	**71.363**	**67.492**	**59.389**	**142.223**	**134.864**	**146.770**	**213.586**	**202.356**	**206.159**
TOTAL DE CONS. MÉDICAS SEM MED. TRABALHO	**69.976**	**66.651**	**58.359**	**140.713**	**133.616**	**145.458**	**210.689**	**200.267**	**203.817**

Fonte: SICA. Dados cedidos pela ARSC.

Refira-se, ainda, que no diz respeito à linha de produção das consultas externas, o CHBV contratualizou 62.013 primeiras consultas e realizou 58.359, atingindo uma taxa de execução de 94,1%. Nas consultas subsequentes, a taxa de execução foi de 120%.

Quadro 4.17 - Consultas Externas- contratualizado vs realizado

CHBV	Realizado 2013 (produção total)	Contratualizado 2013 (produção total)	Taxa de execução (produção total)
Primeiras consultas	58.359	62.013	**94,1%**
Consultas subsequentes	145.458	121.250	**120%**

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo CHBV e ARSC

Desdobrando a análise do movimento consultas por hospital, verifica-se em todas as instituições a diminuição do número de primeiras consultas de 2011 para 2013. Efetivamente, no Hospital de Aveiro as primeiras consultas descem 2%, já que se realizaram menos 1.073 no período em análise. Em sentido contrário, as consultas subsequentes conhecem um aumento de 20% (foram mais 23.756 consultas efetuadas).

Quadro 4.18 - Consultas Externas por Unidade Hospitalar

Unidade de Aveiro	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Primeiras consultas	57.957	57.168	56.884	-2%
Consultas subsequentes	119.418	118.804	143.174	20%
Total de consultas	177.375	175.972	200.058	13%
Peso 1as consultas no total de consultas	32,67%	32,49%	28,43%	-13%

Unidade de Estarreja	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Primeiras consultas	4.415	4.542	861	-80%
Consultas subsequentes	8.996	6.585	1.243	-86%
Total de consultas	13.411	11.127	2.104	-84%
Peso 1as consultas no total de consultas	32,92%	40,82%	40,92%	24%

Unidade de Águeda	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
Primeiras consultas	8.991	5.967	1.843	-80%
Consultas subsequentes	13.809	9.475	2.612	-81%
Total de consultas	22.800	15.442	4.455	-80%
Peso 1as consultas no total de consultas	39,43%	38,64%	41,37%	5%

Fonte: Dados fornecidos pelo CHBV

No Hospital de Estarreja, houve menos 3.554 primeiras consultas entre 2011 e 2013, o que representa menos 80%. Registaram-se menos 7.753 consultas subsequentes, ou seja, -86%. No ano de 2013, as primeiras consultas representam 41% do total de consultas efetuadas.

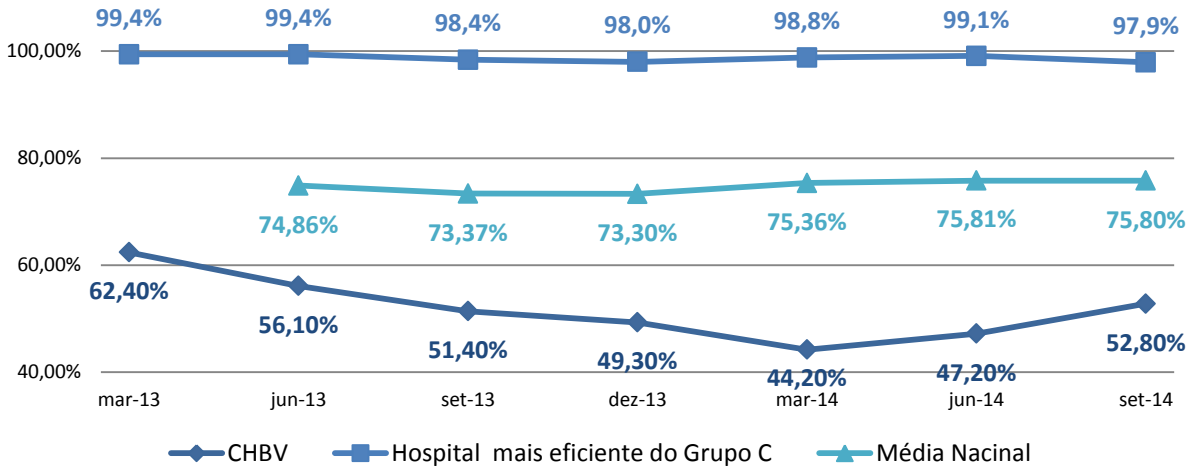
No Hospital de Águeda, assiste-se a uma diminuição de 7.148 primeiras consultas, o que representa igualmente menos 80%, neste período. As consultas subsequentes foram menos 11.197, ou seja, -81% nos três anos em apreço.

Faz-se notar que, no que diz respeito ao ano de 2013, o número de consultas, nos três hospitais, não coincide com o total indicado no quadro n.º 4.18. Opta-se, contudo, por manter a informação recebida do CHBV, já que discrimina o número de consultas realizadas em cada uma das unidades.

Dir-se-ia que esta diminuição de cuidados ambulatórios em Estarreja e Águeda estará em contradição com as orientações governamentais. Efetivamente, o Governo tem defendido, como objetivo estratégico, "aproximar os cuidados de saúde dos cidadãos e melhorar as condições de acesso aos mesmos", designadamente garantindo que os cidadãos "se encontram cobertos por uma rede de cuidados de proximidade, que assegure a resolução qualificada dos problemas de saúde, minimizando assimetrias de natureza regional ou social" (vide Grandes Opções do Plano para 2015). Estará, ainda, em contradição com o plasmado no Plano Estratégico do CHBV, onde se elege como objetivo "a descentralização das consultas, para ganhos de proximidade ao utente e rentabilização da capacidade instalada".

No que diz respeito à proporção de doentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado, verifica-se que esta percentagem tem vindo a diminuir, sendo que na comparação com o melhor hospital do grupo C e com a média nacional, o CHBV apresenta valores inferiores, como revela o gráfico que se segue.

Fig. 4.10 - 1ªas consultas realizadas em tempo adequado



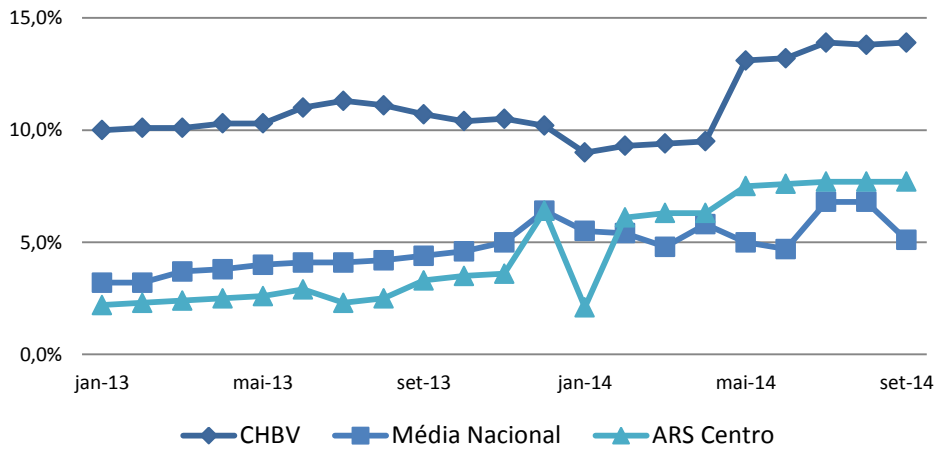
Fonte: ACSS e UCCTH

A percentagem de altas das consultas externas, em 2013, foi de 10,2%. Este indicador visa incentivar a referenciação de doentes dos cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários, permitindo, simultaneamente, aumentar o número de primeiras consultas hospitalares, melhorando, naturalmente, o acesso.

No que diz respeito ao número de doentes em lista de espera para consulta externa, verifica-se que, a 31/12/2013, existiam 32.560 doentes em espera, sendo que 4.817 tinham consulta marcada e 27.743 aguardavam marcação de consulta. A taxa de marcação é, pois, de 15%, o que significa que a maioria dos pedidos para consulta (85%) se encontra pendente, sem data proposta para a realização da consulta. Faz-se ainda notar que a data do pedido mais antigo com consulta marcada é de 7-6-2010, não tendo sido possível obter a data do pedido mais antigo sem marcação de consulta.

Relativamente à percentagem de consultas externas não realizadas por motivo de não comparência do utente, constata-se que o CHBV evidencia valores mais elevados do que a média nacional e da média da ARSC, muito embora os mesmos apresentem uma tendência de crescimento, porventura relacionados com as dificuldades económicas vividas no país. Faz-se, contudo, notar que os dados do Centro Hospitalar conhecem um aumento considerável. Com efeito, em setembro de 2014, a percentagem de faltas foi de 13,9.

Fig. 4.11 - % de CE não realizadas por não comparência utente no total CE



4.5. Urgência

Como se pode ler no relatório e contas de 2013 do CHBV, o serviço de urgência é constituído por duas unidades de prestação de cuidados, em consonância com o que se encontra previsto na Rede de Referenciação de Urgência e Emergência Hospitalar. Assim, na unidade de Aveiro existe uma urgência médico-cirúrgica e na unidade de Águeda uma unidade básica. Em Aveiro a urgência médico-cirúrgica

desdobra-se em urgência de adultos, urgência pediátrica e urgência ginecológica-obstétrica. Nas duas unidades, é utilizado o sistema de Manchester no momento da triagem.

Quadro 4.19 - Episódios de Urgência - CHBV

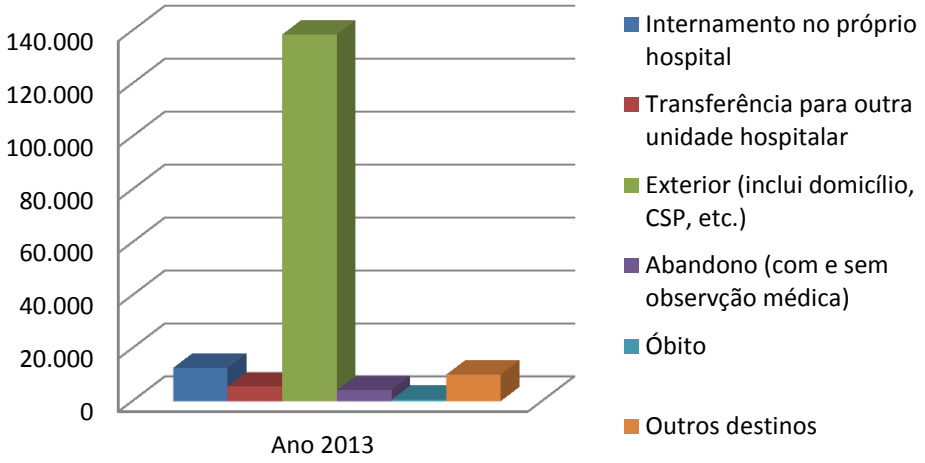
	2011	2012	2013	Δ 2013/2011
N.º de episódios de urgência médico-cirúrgica	103.807	95.208	94.003	-9,44%
N.º de episódios de urgência básica	45.859	37.823	35.120	-23,42%
N.º de episódios de urgência pediátrica	38.618	37.799	36.421	-5,69%
N.º de episódios de urgência obstétrica	5.690	6.066	5.906	3,80%
N.º de episódios (total)	**193.974**	**176.896**	**171.450**	**-11,61%**

Fonte: Dados fornecidos pelo CHBV

Nos três anos em análise, o número de episódios de urgência diminuiu cerca de 11,61%. Apenas a nível das urgências de obstetrícia se verificou um ligeiro aumento naquele período (3,80%, isto é, mais 216 atendimentos). A descida mais acentuada é a nível da urgência básica (Hospital de Águeda), que conheceu um decréscimo de 23%, o que significa menos 10.739 atendimentos urgentes em 2013 quando comparado com 2011.

Dos 171.450 doentes admitidos em 2013, 7,3% foram internados, 3,3% transferidos para outras unidades, 2,4% abandonaram o serviço, sendo que a maioria (81%) teve alta para o exterior. Note-se, contudo, que a análise evolutiva entre os três anos revela que os óbitos têm vindo a aumentar (em 2011 registaram-se 386 óbitos e em 2013, 552).

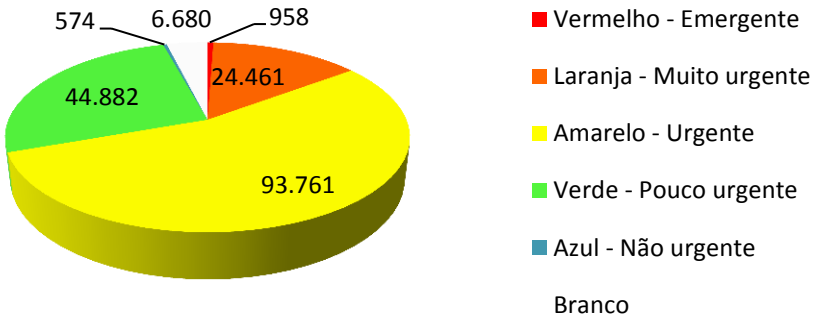
Fig. 4.12 - Destino dos doentes admitidos no serviço de urgência



Em 2013, a distribuição das urgências por cor atribuída na triagem é a que consta do gráfico seguinte. Quando se comparam, contudo, os três anos em estudo, constata-se que a percentagem de doentes graves tem vindo a aumentar. Os doentes a quem foi atribuída cor vermelha (emergente) e laranja (muito urgente) foram cerca de 12,6% em 2011 e 13,1% em 2013. Os doentes com cor branca têm vindo a diminuir, representando menos de 4% do total de doentes atendidos em 2013.

É sabido que o conhecimento das causas que levam à existência de doentes triados com a cor branca (sem triagem) constitui um instrumento importante para a indução de eficiência nos serviços de urgência.

Fig. 4.13 - Cor - primeira triagem (ano 2013)



Fonte: Dados fornecidos pelo CHBV

Em matéria de contratualização, verificamos, pela análise do quadro seguinte, que o CHBV excedeu o contratualizado, quer na urgência médico-cirúrgica, quer na urgência básica.

Quadro 4.20 - Urgência - N.º de atendimentos sem internamento – contratualizado vs realizado

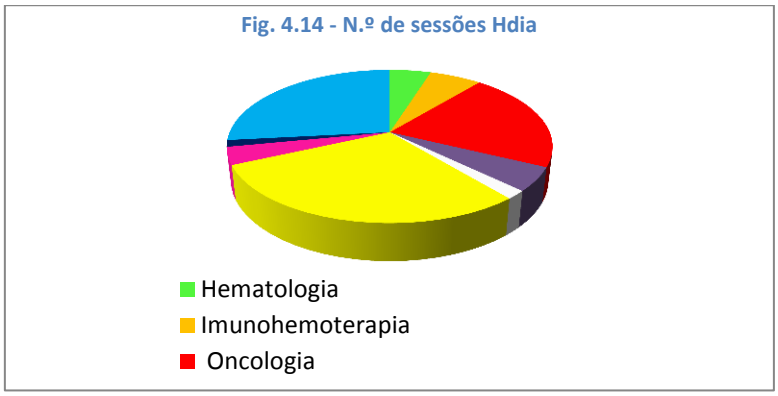
CHBV	Realizado 2013 (produção total)	Contratualizado 2013 (produção total)	Taxa de execução – (produção total)
Nº total de atendimentos sem internamento	158.749	132.082	120%
Total de atendimentos SU Médico-cirúrgica	124.616	102.783	121%
Total de atendimentos SU Básica	34.133	29.299	116%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo CHBV

4.6. Hospitais de dia

Os cuidados prestados em regime de hospital de dia têm sido em número crescente. Em 2013 realizaram-se 10.789 sessões de hospital de dia, o que representa um aumento de 7,7% face ao ano precedente e um aumento de 8,7% se o termo de comparação for o ano de 2011. Como revela o quadro que se segue, cerca de metade das sessões de hospital de dia realizadas dizem respeito a psiquiatria (quase 30%) e oncologia (21%).

Fig. 4.14 - N.º de sessões Hdia



Quadro 4.21

Nº de Sessões (não geram GDH)	2011	2012	2013
Hematologia	550	601	526
Imunohemoterapia	1.125	703	665
Oncologia	2.288	2.432	2.279
Pediatria	512	496	539
Pneumologia	52	141	191
Psiquiatria	1.540	2.355	3.165
Psiquiatria da Infância e Adolescência	427	356	398
Infecciologia	564	240	150
Outras	2.868	2.691	2.876
Total	**9.926**	**10.015**	**10.789**

À semelhança do que já foi verificado em outras linhas de produção, também nos hospitais de dia o CHBV excede o contratualizado, com particular relevância na psiquiatria.

Quadro 4.22

CHBV	Realizado 2013 (produção total)	Contratualizado 2013 (produção total)	Taxa de execução produção total
Hematologia	526	486	108,23%
Imunohemoterapia	665	623	106,74%
Psiquiatria (Adultos, infância e adolescência)	3.563	2.641	134,91%
Base	5.885	5.780	101,82%

Fonte: Acompanhamento hospitais- contratualização 2013 e Informação fornecida pelo CHBV

Embora nem todos os GDH médicos de ambulatório sejam gerados através de uma sessão de hospital de dia, a verdade é que a grande maioria provém deste tipo de episódios. Neste domínio, o CHBV teve uma taxa de execução de 94,38%.

Quadro 4.23 - GDH médicos de ambulatório – contratualizado vs realizado

CHBV	Realizado 2013 (produção total)	Contratualizado 2013 (produção total)	Taxa de execução (produção total)
GDH's Médicos ambulatório	3.055	3.237	94,38%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo CHBV e ARSC

4.7. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)

Da análise do quadro seguinte conclui-se que, entre 2012 e 2013, o CHBV diminuiu a produção de MCDT. Em 2012, o total de MCDT realizados é de 1.640.108, assistindo-se a uma diminuição de cerca de 7%, já que em 2013 se contabilizaram 1.532.042 exames. Em termos percentuais, as áreas que conheceram maior diminuição (cerca de 13% cada uma) foram: medicina física e de reabilitação e neurologia. Em sentido oposto, merecem destaque as áreas de anatomia patológica, dermatologia e pneumologia, que aumentaram, respetivamente, em 161%, 19,2%, 17,1% a produção de MCDT.

Quadro 4.24

Área MCDT	2012	2013
Análises Clínicas	1.203.356	1.135.808
Anatomia Patológica	227	592
Cardiologia	29.246	26.099
Dermatologia	2.409	2.872
Gastrentererologia	4.366	4.910
Ginecologia	2.624	3.052
Imuno-hemoterapia	29.943	30.018
Medicina Física e Reabilitação	25.426	22.047
Neurologia	716	620
Obstetrícia	9.734	10.158
Oftalmologia	29.195	28.371
Otorrinolaringologia	4.572	4.113
Pneumologia	6.130	7.180
Psiquiatria	22.629	23.649
Radiologia	164.709	156.026
Reumatologia	598	561
Urologia	1.888	1.683
Outros	102.340	74.283
TOTAL	**1.640.108**	**1.532.042**

Fonte: SICA. Dados cedidos pela ARSC.

II. Recursos Humanos

Sendo consensual que o mais valioso ativo de uma empresa são os recursos humanos de que dispõe, o presente capítulo não poderia deixar de incluir uma análise dos recursos humanos do CHBV.

Como se dá conta no quadro que se segue, o número de médicos tem sido relativamente constante nos últimos três anos – pese embora o indicador "número de médicos em tempo completo" tenha conhecido diminuição relevante. Os Hospitais de Estarreja e Águeda perderam, no período em estudo, médicos (em Águeda o número de clínicos desceu para metade, entre 2011 e 2013), mercê, porventura, da transferência de profissionais para o Hospital de Aveiro, que conta com mais 13 médicos em 2013, quando comparado com dois anos antes.

Quadro 4.25

Grupo profissional	2011	2012	2013
Pessoal médico	201	198	202
Pessoal médico ETC	218,9	215,3	192
Internos	97	98	116
Pessoal de enfermagem	663	628	620
Pessoal de enfermagem ETC	685,82	647,7	158,4
Assistente técnico	166	162	156
Assistente técnico ETC	175,8	171,5	155,6
Assistente operacional	408	363	342
Assistente operacional ETC	434,4	386,1	342
TDTs	102	94	92
TDTs ETC	103,7	97,3	92
Outros	72	66	63

Fonte: CHBV

Quase metade destes profissionais tem idade igual ou superior a 50 anos – o que poderá eventualmente explicar a mencionada diminuição no indicador "número de médicos em tempo completo". Apenas 25% dos médicos têm idade inferior a 40 anos. A 31/12/2013 registavam-se 16 pedidos de aposentação e 6 pedidos de rescisão.

Em estudo de 2012, incidindo sobre a avaliação dos centros hospitalares, a Entidade Reguladora da Saúde incluiu a área de abrangência do CHBV entre as que contam com menos de 1 médico por 1000 habitantes, o que poderá "traduzir dificuldades, por parte dos utentes, no acesso a cuidados de saúde hospitalares", lê-se nesse documento.

O número de enfermeiros decresceu quase 7% nos 3 anos mais recentes, cifrando-se em 620 no ano de 2013. No Hospital de Aveiro o número de enfermeiros estabilizou entre 2012 e 2013, o que se verificou sobretudo à custa dos efetivos do Hospital de Águeda, onde este grupo profissional conheceu uma quebra de cerca de 13% nesses dois anos.

No total do CHBV, aproximadamente 59% dos enfermeiros têm idade inferior a 40 anos e apenas 17% têm idade igual ou superior a 50 anos. A 31/12/2013 havia registo de 37 pedidos de aposentação, 4 licenças e 14 pedidos de rescisão.

O já citado estudo da ERS expressa igualmente preocupação relativamente ao rácio de enfermeiros por 1000 habitantes, onde a área de abrangência do CHBV conta com valor inferior a 2,4 enfermeiros por 1000 habitantes. Como se realça no estudo, o número de enfermeiros por 1000 habitantes "é inferior não só ao valor médio da UE, como ao valor médio nacional, sendo que este último já se encontra muito abaixo da UE".

Deve salientar-se, por outro lado, que os técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT) são, em 2013, menos cerca de 10% do que em 2011. Entre os anos de 2011 e 2013, não houve alteração no número destes profissionais no Hospital de Aveiro, mas nas outras duas unidades de saúde, o número de efetivos decresceu – Águeda perdeu 7 profissionais (conta agora com 9 TDT) e Estarreja perdeu 3 elementos (tem agora 6 TDT, todos com idade superior a 50 anos).

No total do CHBV, faz-se notar que cerca de 36% destes técnicos têm menos de 40 anos, sendo que o grupo etário com mais efetivos é o de 40-49 anos (40%). Ainda assim, no final de 2013, contabilizavam-se 13 pedidos de aposentação.

É, contudo, a nível de pessoal operacional que o CHBV tem conhecido maior diminuição de ativos. Entre os anos 2011 e 2013, este grupo profissional conheceu uma quebra de 16%, cifrando-se agora em 342 trabalhadores. Mais uma vez, foi no Hospital de Águeda que se registou a mais acentuada diminuição – menos 26% assistentes operacionais entre 2013 e 2011, logo seguido do Hospital de Aveiro, que conheceu uma diminuição de 23% no número destes profissionais.
Acresce que, logo depois dos médicos, este é o grupo profissional mais envelhecido, com 47% dos trabalhadores com idade igual ou superior a 50 anos e apenas 23% com idade inferior a 40 anos. Nesta

medida, não se pode considerar surpreendente o facto de, no final de 2013, se contabilizarem 63 pedidos de aposentação e 8 pedidos de rescisão.

Quadro 4.26

Grupo profissional	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos
Pessoal médico		51	53	82	16
Internos	81	33	1	1	
Pessoal de enfermagem	87	277	146	107	3
Assistente técnico	12	39	53	46	6
Assistente operacional	9	69	103	140	20
TDTs	9	22	35	15	6
Outros		33	14	8	8

Fonte: CHBV

III. Reclamações, sugestões, elogios

No CHBV as exposições (incluindo sugestões, reclamações e elogios) aumentaram 36% entre 2011 e 2013. É importante atentar que, das 593 exposições recebidas em 2013 (ou seja, mais 182 que em 2011), todas constituem reclamações, não se individualizando nenhum elogio ou sugestão – ao contrário do que se verificou nos dois anos anteriores.

Pese embora as exposições recebidas não tenham praticamente expressão no Hospital de Estarreja (2 exposições recebidas em 2013, tal como em 2012), foi no Hospital de Águeda que os utentes passaram a manifestar em maior número a sua opinião – 139 exposições recebidas em 2013, o que representa um significativo aumento face aos anos precedentes (em 2011 contabilizaram-se 60 exposições e apenas 38 no ano seguinte).

Tal como se verifica na maior parte das demais instituições hospitalares do SNS (cfr. relatório sobre o funcionamento dos gabinetes do utente/ cidadão em estabelecimentos do SNS, ano de 2010, IGAS e relatório SIM-Cidadão 2011, DGS), no que se concerne a tipologia das reclamações, é a área da prestação de cuidados de saúde que mais reclamações motiva, sendo que foi sobretudo o tempo de espera para a prestação de cuidados de saúde que esteve na origem das reclamações, no período em estudo.

Também em sentido semelhante às demais instituições hospitalares, o alvo do maior número de reclamações no CHBV foi o serviço de urgência. As direções/chefias, enquanto representantes das estruturas organizacionais, constituem o grupo profissional mais visado nas exposições.

No pressuposto de que as reclamações de que foram alvo os serviços de saúde devem relativizar-se em função da atividade por aqueles realizada, foi determinado o peso das reclamações no total da atividade assistencial. Assim, no ano de 2013, a taxa de reclamações é de 0,3% se se tiver como referência os 171.450 episódios de urgência e ascende a 1% se a referência forem as mais de 61.700 consultas externas realizadas.

IV. Análise económico-financeira

Conhecer e gerir os custos de produção é um pressuposto fundamental para o processo decisional, operacional e estratégico, sobretudo se se tiver em conta a necessidade cada vez mais premente de se alcançar equilíbrio económico e financeiro sustentado. Parece não existirem dúvidas de que o nível desejado de detalhe é o custo por doente, entendendo-se este conceito como o somatório de todos os custos resultantes do processo de produção de serviços de saúde efetuados a determinado doente ao longo do seu episódio de internamento (Costa et. al., 2008).

Quadro 4.27

Indicador económico-financeiro (ano 2013)	*CHBV*	*O mais eficiente do grupo C*		*O menos eficiente do grupo C*	
Custos operacionais por doente padrão[31]	2.958 €	2.532 €	CH Tâmega Sousa	3.199 €	CH Setúbal
Custos com pessoal ajustados por doente padrão[32]	1.763 €	1.506 €	CH Tâmega Sousa	1.954 €	CH Médio Tejo
Custos com pessoal por doente padrão	1.689 €	1.387 €	CH Tâmega Sousa	1.828 €	CH Cova Beira
Custos com prod. farmacêuticos por doente padrão	490 €	281 €	CH Tâmega Sousa	711 €	CH Setúbal
Custos com medicamentos por doente padrão	428 €	220 €	CH Tâmega Sousa	616 €	CH Setúbal
Custos com mat. consumo clínico por doente padrão	171 €	108 €	CH Cova Beira	260 €	CH Setúbal
Custos com fornecimentos e serviços externos por doente padrão	463 €	360 €	CH Alto Ave	671 €	CH Médio Tejo
% custos com HE e suplementos no total de custos com pessoal	9,5	9,5	CH Baixo Vouga	15	CH Entre Douro e Vouga
% custos com prestações de serviços no total de custos com pessoal	4,4,	2	CH Cova Beira	11,5	CH Médio Tejo

Fonte: ACSS

Também a nível dos indicadores económico-financeiros, a análise que se apresenta assenta na exploração de uma perspetiva de *benchmarking*, entre o CHBV e os hospitais do seu grupo.

No que diz respeito a custos operacionais por doente padrão, o CHBV apresenta um valor (2.958€) consideravelmente superior ao alcançado pelo hospital mais eficiente do grupo C (CH Tâmega e Sousa, com 2.532€). Refira-se, contudo, que há ainda quatro hospitais do grupo que apresentam valores superiores ao registado pelo CHBV, sendo o mais elevado o CH de Setúbal (3.199€).

Do mesmo modo, também em matéria de custos com pessoal ajustados por doente padrão, o CHBV apresenta um desempenho (1.763€) longe do hospital com o desempenho mais eficiente do grupo (novamente o CH Tâmega e Sousa, com 1.506€). Mais uma vez, há ainda 4 hospitais que apresentam valores superiores ao registado pelo CHBV, sendo o mais elevado o CH do Médio Tejo (1.954€). Deve

[31] O cálculo do doente-padrão baseia-se na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa unidade de produção homogénea de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades. Importa esclarecer que o cálculo de doente-padrão não incorpora as especificidades particulares e toda a carteira de serviços das entidades hospitalares, pelo que qualquer análise requer um aprofundamento da mesma a nível micro (Fonte: ACSS)

[32] Os indicadores custos e custos ajustados com pessoal por doente padrão estabelecem a relação entre os custos com recursos humanos e a atividade realizada pela instituição. O indicador "custos com pessoal por doente padrão" considera apenas a responsabilidade direta com pessoal e o indicador "custos ajustados com pessoal por doente padrão" considera ainda os honorários e serviços técnicos de recursos humanos (fornecimento e serviços externos).

realçar-se, todavia, que o CHBV é, no seu grupo, a mais eficiente instituição no que concerne a proporção de custos com horas extraordinárias e suplementos no total de custos com pessoal (9,5%, sendo que no CHE Douro e Vouga essa proporção é de 15%). Se o termo de comparação forem as instituições da área da ARS Centro, a taxa em apreço é apenas mais baixa no IPO de Coimbra (6,4%). Já quando se considera a proporção de custos com prestações de serviços no total de custos com pessoal, o CHBV regista uma taxa de 4,4% - pese embora representando mais do dobro do registado pelo hospital com o desempenho mais eficiente do seu grupo, está longe dos 11,5% registados no CH Médio Tejo.

Em matéria de custos com produtos farmacêuticos e com medicamentos, o CHBV apresenta, respetivamente, o 3º e o 4º melhor desempenho do grupo C – embora apresentando custos, nestas rubricas, superiores em, aproximadamente, 43% e 49%, aos registados pelo hospital mais eficiente do grupo.

Merecem ainda referência os custos com material de consumo clínico por doente padrão. Se o CHBV alinhasse o seu desempenho pelo do melhor hospital deste grupo (o CH Cova da Beira, com um custo de 108€ por doente padrão, nesta rubrica), poderia obter uma poupança na ordem dos 1.663.262€, conforme estimado nos trabalhos de *benchmarking* (ACSS). Se o indicador considerado for, contudo, custos com fornecimentos e serviços externos por doente padrão, o valor apresentado pelo CHBV (463€) excede em cerca de 22% o alcançado pelo hospital mais eficiente do grupo (CH Alto Ave, com 360€).

V. Equipamentos Médicos Pesados

A "Carta de Equipamentos Médicos Pesados" (ACSS, 2014) identifica a capacidade instalada de equipamentos das áreas de medicina nuclear, medicina hiperbárica, radiologia e radioncologia, de instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde. Foram considerados os equipamentos utilizados para fins de diagnóstico e/ou terapêutica, sujeito a controlos de qualidade regulares e cujos recursos humanos são especializados. Acresce que devem satisfazer, pelo menos, dois dos seguintes requisitos: (i) elevado custo de aquisição/ manutenção; (ii) equipamento fixo com instalação específica inerente à sua utilização; (iii) características físicas que impliquem a existência de infraestruturas específicas e licenciadas para o seu funcionamento.

Desta análise resultou que, tal como todos os outros hospitais da região centro, o CHBV dispõe de equipamento de tomografia computorizada. É, no entanto, um dos apenas dois hospitais (a par com o Hospital da Figueira da Foz) desta região que dispõe unicamente de um dos equipamentos médicos pesados identificados naquele trabalho. De facto, não tem angiógrafo (que existe em 4 instituições hospitalares da região centro) nem ressonância magnética (igualmente disponível em 4 instituições) ou câmara-gama (existente em 3 instituições).

Importa contudo realçar, e como se salienta naquela Carta de Equipamentos Médicos Pesados, as aquisições não justificadas e sustentadas de equipamento podem conduzir à duplicidade dos mesmos e a níveis não otimizados da sua utilização, dando origem a um parque de equipamentos desajustado da realidade.

Acresce que "uma vez que nem todos os hospitais oferecem o mesmo tipo de cuidados fará sentido adequar o perfil dos equipamentos pesados à tipologia hospitalar. A instalação de um determinado tipo de equipamento numa entidade deve ser coerente com a respetiva carteira de serviços e assentar na garantia de existência de todos os recursos que permitirão a sua exploração".

Por outro lado, não é menos verdade que o atual sistema de financiamento hospitalar não prevê a faturação direta dos meios complementares de diagnóstico e tratamento realizados, que estão compreendidos no preço das principais linhas de atividade (por ex, consulta, sessão de hospital de dia, episódio de internamento, etc), pelo que os hospitais não são diretamente financiados pelos meios complementares de diagnóstico que produzem.

V – Condicionantes do estudo

Este capítulo destina-se a identificar as limitações e incertezas que, nas diferentes dimensões, podem condicionar a prossecução das ações identificadas e/ou a implementação das recomendações que constituem este estudo.

Para o efeito foi efetuada uma adaptação do modelo de análise PEST (Político, Económico, Social e Tecnológico), cujos vetores são complementados por um vetor de análise clínico. Por sua vez, cada um destes vetores é analisado numa perspetiva europeia, nacional e local, permitindo identificar de forma sistemática um vasto conjunto de condicionantes que podem afetar este trabalho, e que, por sua vez, vão gerar um conjunto de oportunidades ou ameaças ao desenvolvimento de uma estratégia de cariz regional para a área da saúde.

A análise das oportunidades e das ameças deverá, por sua vez, ser conjugada com o conjunto de pontos fortes e pontos fracos do sistema de saúde à escala regional (derivados dos capítulos anteriores) proporcionando os elementos necessários à estruturação daa reflexão sistematizada no p´roximo capítulo.

Para estruturação da análise, foi selecionado o modelo de análise PEST, que foi ligeiramente modificado, tendo-se procedido à introdução de um quinto vetor de análise (de natureza clínica), que entendemos ser adequado ao trabalho em causa. De notar que o modelo PEST é identificado em alguma bibliografia como sendo adequada para realização da análise externa de estruturas e organizações[33], sendo normalmente complementado pelos vetores legal (que neste caso foi incorporado no vetor político) e ambiental (que neste caso não se aplica de forma significativa). Por sua vez, cada um destes vetores é decomposto em três dimensões geográficas de análise, proporcionando uma perspetiva europeia, nacional e local do problema, o que permite identificar, de forma sistemática, um vasto conjunto de condicionantes que podem afetar este trabalho, e que, por sua vez, vão gerar um conjunto de oportunidades ou ameaças ao desenvolvimento de uma estratégia de cariz regional para a área da saúde.

De forma resumida, em termos internacionais, nomeadamente europeus, a principal condicionante resulta da entrada em vigor da Diretiva número 2011/24/UE relativa ao direito de exercício de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços[34] (transposta para a legislação nacional pela Lei nº 52/2014, de 24 de Agosto), que apresenta um conjunto de desafios ainda pouco interiorizados pelos principais atores políticos (e pela população) no nosso país em termos de prestação de serviços de saúde.
Em termos nacionais, as principais condicionantes resultam de um conjunto de alterações realizadas nas políticas públicas associadas com o Serviço Nacional de Saúde nos últimos anos, bem como a tentativa,

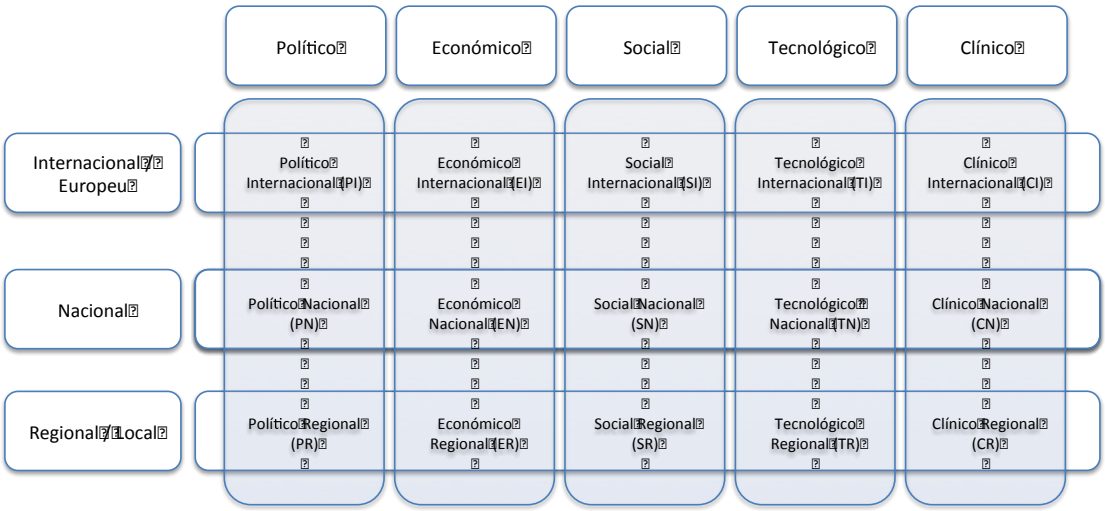
[33] http://goo.gl/dO01ne
[34] http://goo.gl/7HLM0f

ainda embrionária, de passagem de competências para as autarquias nas áreas sociais, educacionais e da saúde.

Finalmente, em termos regionais e locais, as principais condicionantes resultam de um conjunto de competências que, historicamente, estão associados aos municípios (como o apoio a instituições sociais) e, mais recentemente, o papel que estes atores têm tido na promoção do apoio ao envelhecimento ativo de grande parte da população idosa.

Em função destes vetores, é então possível criar uma matriz que sistematiza estes temas de análise da seguinte forma:

Figura 5.1



5.1. Vetor político

O vetor político (que neste caso abarca igualmente o vetor legal), consiste na análise da forma como as eventuais mudanças de políticas e prioridades poderão afetar os pressupostos atualmente existentes.

Neste vetor, entendemos que existem dois grandes factores que poderão condicionar os resultados deste trabalho e o desenvolvimento de políticas de saúde no futuro próximo. Se a diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços (PI1) deverá alterar significativamente, num futuro próximo, a forma de como os sistemas de organizam a nível macro e nacional, a implementação de uma política de descentralização de competências em saúde (PR1), cujas linhas gerais são ainda indefinidas e incertas, irá certamente condicionar todo o tipo de análise que possa ser feito às políticas de saúde atualmente existentes a nível regional e local.

Contexto Internacional

A Diretiva 2011/24/UE **relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços** (transposta para a legislação nacional pela nº Lei 52/2014, de 24 de Agosto) tem por objectivos assegurar o acesso dos doentes europeus a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade, bem como a melhoria do funcionamento do mercado interno e da livre circulação de mercadorias, de pessoas e de serviços. Quanto ao respectivo âmbito de aplicação, estão incluídos todos os cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados. Abrange, ainda, a prescrição, dispensa e fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos. Recorrendo a uma delimitação negativa, igualmente consagrada no artigo 1.º deste diploma, estão excluídos os cuidados continuados, a atribuição e acesso à transplantação de órgãos, bem assim como os programas de vacinação obrigatórios contra doenças infecciosas. São dois os princípios estruturantes do regime legal adoptado, a saberos doentes segurados num Estado-Membro têm direito de acesso aos cuidados de saúde prestados noutros Estados‑Membros (manifestação do princípio da não discriminação por razão de nacionalidade); estes doentes têm o direito de ser financiados pelo seu regime obrigatório de segurança social ou sistema de saúde, pelos custos decorrentes do tratamento médico efetuado, caso a eles tivessem direito no seu país de afiliação. O desenho legal do direito ao financiamento dos cuidados de saúde assenta numa abordagem centrada no Estado de inscrição, contrariamente ao previsto nos regulamentos relativos à coordenação dos sistemas de segurança social. Em termos muito sumários, não se acrescentam tratamentos nem se confere o direito a recorrer a tratamentos não previstos pelo Estado de afiliação, o valor do financiamento deverá ser equivalente ao nível de cobertura previsto caso fosse prestado o mesmo tratamento ou outro igualmente eficaz no país de inscrição, não podendo, em circunstância alguma, exceder os custos reais dos cuidados recebidos. Isto significa, entre outros aspectos, que o doente suporta a diferença de custos que lhe seja desfavorável. A circunstância de o presente regime coexistir com aquele que decorre dos regulamentos relativos à coordenação dos sistemas de segurança social, conforme já referido, permite ao doente optar pela situação que lhe seja mais favorável.

Pedra angular no regime legal em análise e instrumento de possível contenção a utilizar pelos Estados‑Membro aquando da aprovação do diploma de transposição, é a possibilidade de sujeitar alguns dos cuidados transfronteiriços à obtenção de uma autorização prévia. A matéria encontra‑se disciplinada no artigo 8.º da Directiva, restringindo‑se a referida possibilidade a cuidados hospitalares que obriguem a pelo menos uma noite de internamento, cuidados que exijam o recurso a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente especializados e onerosos, tratamentos com especial risco para o doente ou para a população ou, ainda, situações que suscitem preocupações de segurança para o doente. Em rigor, é possível identificar uma cláusula de interesse público que permite a derrogação de alguns aspectos determinantes do sistema. A solução acabada de descrever traduz a resposta europeia às preocupações dos Estados‑Membros, entre os quais Portugal, quanto à garantia da equidade, subsistência financeira e em

última instância, solidariedade dos sistemas de saúde, assim concedendo aos argumentos que objectavam à aprovação da Directiva com base na necessidade de controlo de custos e planeamento.

Só o futuro dirá se este mecanismo legal é suficiente para superar o receio oportunamente manifestado. Não despiciendos, na análise que deva fazer-se do impacto desta Directiva, são os deveres procedimentais e de informação estatuídos. Concretamente associados ao procedimento de autorização prévia, o qual, como tudo indica, será muito provavelmente adoptado por Portugal, é necessário que os critérios utilizados na decisão sejam objectivos, proporcionais, publicados previamente e facilmente acessíveis. Mais se decreta que seja previsto um prazo razoável para decisão final, atendendo à condição clínica do doente e urgência da situação concreta. A lista dos cuidados sujeitos a autorização prévia deverá ser objecto de publicação e comunicação à Comissão Europeia. No que concerne aos robustos deveres de informação consagrados na Directiva, compete ao Estado-Membro de tratamento a divulgação de informações relativas a opções de tratamento, qualidade e segurança dos prestadores, tabelas de preços, situação em termos de autorização e registo e seguros profissionais dos prestadores, bem como regimes de reclamação e reparação de danos provocados pela prestação de cuidados de saúde. Já sobre o Estado de afiliação do doente impende o ónus de publicitação da informação sobre termos e condições aplicáveis ao acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, tal como sobre o mecanismo de cálculo do valor reembolsável, o que pressupõe a previsão de uma tabela de preços exaustiva, clara e acessível. Para cabal cumprimento dos deveres de informação plasmados na Directiva, bem como para a concretização dos incentivos à cooperação previstos, os Estados-Membros devem designar "pontos de contacto nacionais para os cuidados de saúde transfronteiriços". Também a informação pertinente a este respeito deve ser acessível através da Internet. Finalmente, os doentes que acedam a cuidados de saúde transfronteiriços têm, além do que se expôs, direito ao acompanhamento clínico posterior e direito de acesso ao processo clínico à distância, direitos cuja concretização pressuporá algum esforço de adaptação por parte de Portugal (Vera Jardim, 2014).

O efeito da implementação desta diretiva poderá ter um efeito dual. Se por um lado poderá aliviar a pressão na procura de serviços de saúde por parte dos cidadãos junto de prestadores públicos, canalizando para prestadores privados e/ou para prestadores de serviços noutros países, poderá, se associado a políticas agressivas de promoção de turismo de saúde, levar a um aumento da procura de serviços de saúde, nomeadamente se a oferta turística estiver associada a centros de excelência reconhecidos a nível europeu como pertencentes a redes de referência para cuidados altamente especializados.

Estando a Diretiva ainda numa fase inicial de implementação, não existem muitos casos disponíveis, especialmente no que se refere à avaliação sobre a procura dos serviços de saúde.

Relativamente aos objetivos gerais que a Comissão Europeia definiu em termos estratégicos para o setor da saúde até 2020, estes podem ser caraterizados pelas seguintes grandes linhas de orientação:

a) Investimento em saúde, com melhores, mas não necessáriamente maiores, sistemas de saúde, que sejam sustentáveis ao longo do tempo. Para além disso, esta linha de orientação advoga que se invista na saúde da população, nomeadamente através de programas de promoção da saúde. Em termos de objetivos, esta linha defende que se deve investir na saúde tendo em vista a redução de desigualdades e eliminação de factores de exclusão social.
b) Coordenação na saúde, com uma maior cooperação e coordenação na prestação de serviços de saúde em toda a União e na complementaridade das políticas nacionais de saúde em linha com o artigo 168º do Tratado de Lisboa que na sua alínea número 1 defende que "a ação da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afeções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta ação abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respetivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas."

Contexto nacional

Reforma dos cuidados de saúde primários

Este condicionante está relacionado com o impacto que a reforma dos cuidados de saúde primários, que deu origem à criação das Unidades de Saúde Familiares, bem como outras formas de organização dos cuidados de saúde primários, como a sua agregação em torno de Unidades Locais de Saúde, podem impactar a formulação de políticas de saúde a nível regional. De notar que, de acordo com a Associação Nacional de USF, o ritmo de candidaturas (e de abertura) de novas USF tem vindo a decair desde 2009.

Reforma dos cuidados de saúde hospitalares

Esta condicionante está relacionada com a forma como os programas de reforma hospitalar, nomeadamente o relatório do Grupo Técnico da Reforma Hospitalar, pode impactar a formulação de políticas de saúde a nível regional. Para além disso, deverá ser tomada em consideração a Portaria 82/2014 para categorização dos serviços e estabelecimentos do SNS, cuja implementação se encontra atualmente suspensa, mas que poderá ser retomada em qualquer altura.

Portugal 2020 no sector da saúde

Este condicionante tem em consideração o impacto do próximo programa quadro, designado por Portugal 2020, terá sobre o setor da saúde. Da documentação consultada relativa aos Programa Operacionais Temáticos no Continente, apenas foi detetado no programa de "Inclusão social e emprego" a existência de uma linha especifica destinada ao "reforço da capacidade de resposta e a reconversão ou

melhoria de equipamentos e serviços sociais e de saúde surgem igualmente como um desafio na resolução dos desequilíbrios decorrentes do envelhecimento populacional, devendo ser privilegiada a geração de sinergias entre os recursos institucionais (infraestruturas e pessoal especializado) e os recursos da comunidade (e.g. rede familiar e de vizinhança), bem como a promoção das dinâmicas intergeracionais características de tais contextos, numa perspetiva de renovação do contrato social entre gerações."

Para além disso, é referido que "devem ainda ser potenciadas as oportunidades proporcionadas pelas tecnologias de informação (e.g. teleassistência, marcação de serviços por via eletrónica) enquanto instrumentos para a melhoria do acesso dos cidadãos aos serviços, designadamente na área da saúde, contribuindo para melhorar a eficácia e a eficiência dos sistemas."

No que respeita à operacionalização destas pretensões, o eixo "9iv - Melhoria do acesso a serviços sustentáveis, de grande qualidade e a preços comportáveis, mormente cuidados de saúde e serviços sociais de interesse geral" tem como objetivo "alargar a oferta de serviços sociais e de saúde, adequando-os a necessidades emergentes e potenciando a transição de cuidados institucionais para cuidados de proximidade, bem como melhorar o acesso e a qualidade das respostas no âmbito dos sistemas de saúde, de ação social e prestação de cuidados", sendo que entre outros programas se destaca o apoio à criação de:

1. Redes de cuidadores de proximidade que, através da diversificação dos serviços dirigidos à população mais idosa e com incapacidades deve [reforçar] os mecanismos de desinstitucionalização.
2. Mecanismos de diversificação de serviços que promovam a qualidade de vida, o bem-estar das pessoas idosas e o envelhecimento ativo e saudável.
3. Mecanismos de suporte ao doente em casa / na comunidade através do uso de tecnologias, sendo que esta ação visa assim apoiar o desenvolvimento de serviços de saúde à distância e que inclui a telemonitorização e o acompanhamento do doente à distância.

Descentralização de competências em saúde

De acordo com o Relatório da Primavera de 2014 do Observatório Português de Sistemas de Saúde, "nos últimos tempos, ao mesmo tempo que se verifica a centralização do poder de decisão na prestação dos serviços de saúde, nomeadamente com a criação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que implicou a centralização dos processos de aquisição de serviços, tem-se verificado simultaneamente uma "desconcentração" com a devolução (ou transferência) para as IPSS da propriedade e/ou gestão de certas unidades de saúde."

De notar que esta condicionante foi recentemente reforçada, em termos de importância, com o anúncio, por parte do governo, da transferência de competências na área da gestão de saúde e educação para os municípios. No entanto, à data da realização deste trabalho não eram ainda conhecidos detalhes sobre esta proposta.

No estudo referido é considerado que, em relação ao primeiro caso, "ao retirar às estruturas regionais e locais e, às suas organizações, poder de decisão em termos estratégicos e operacionais retira-lhes eficácia, massa crítica, experiência e capacidade de inovação para encontrar soluções, que só a proximidade e o conhecimento dos problemas permitem resolver", sendo que "o centralismo na saúde representa um elevado factor de risco no desempenho futuro do SNS".

No que diz respeito ao segundo caso "descentraliza-se porque o Ministério da Saúde considera que passar para sector privado, ainda que não lucrativo, a responsabilidade da gestão de unidades de saúde assegura menor despesa pública. No entanto, não há evidência que a tais decisões correspondam benefícios líquidos efetivos com ganhos de efetividade, de eficiência e de uma superior qualidade na resposta às necessidades em saúde."

Para além desta visão retrospetiva sobre o que tem sido a ação do Ministério da Saúde, foi proposto no início de 2015 um conjunto de iniciativas por parte do Ministério do Desenvolvimento Regional, tendo em vista a transferência de competências em várias áreas incluindo a saúde.

Do documento formalmente disponibilizado, apenas é referido que "a implementação prevista do novo regime de delegação de competências nos municípios hoje aprovado pelo Governo é progressiva, com projetos-piloto que assentam na adesão voluntária dos municípios ou comunidades intermunicipais", sendo que na área da saúde, "os municípios poderão assumir parte na gestão dos centros de saúde".

De acordo com a versão do diploma consultada, deverá a comunidade intermunicipal ter um papel de relevo na "Definição da Estratégia Municipal e Intermunicipal de Saúde, devidamente enquadrada no Plano Nacional de Saúde", podendo eventualmente coordenar a nível regional a "execução de intervenções de apoio domiciliário, apoio social a dependentes, iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde".
No entanto o aspeto mais saliente resulta da delegação da "gestão de equipamentos e infraestruturas dos centros de saúde […] designadamente construção, manutenção de edifícios e equipamentos" que poderá, num futuro próximo se estender a instalações hospitalares.

Refira-se que, no âmbito do Programa Operacional da região Ceentro, o eixo prioritário 5 "Fortalecer a Coesão Social e Territorial", destina-se ao "investimento na saúde e nas infraestruturas sociais que contribuam para o desenvolvimento nacional, regional e local, para a redução das desigualdades de saúde, para a promoção da inclusão social através de melhor acesso aos serviços sociais, culturais e de recreio, assim como para a transição dos serviços institucionais para os serviços de base comunitária".

Com o objetivo de "Reforçar a rede de infraestruturas sociais e de saúde", pretende-se "de forma prioritária, concretizar a reforma hospitalar, usufruindo do potencial de eficiência criado pela fusão de serviços, reformulação das carteiras de serviços das unidades e ajustamento das suas áreas de influência, e, de forma complementar, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que pressupõe a reorganização dos Centros de Saúde em Unidades Funcionais. Ao nível do sector Social pretende-se aumentar a cobertura dos equipamentos na área da infância, da deficiência e da terceira idade, para colmatar a insuficiente resposta que ainda existe em muitos territórios da região, onde este grupo social ganha maior expressão, particularmente associado ao envelhecimento populacional."

Assim, as tipologias de ação a incluir nesta Prioridade de Investimento serão, para o caso das "Infraestruturas e equipamentos de saúde":

1. Apoio a investimentos em infraestruturas e equipamentos de saúde ao nível dos cuidados hospitalares;
2. Apoio ao investimento em infraestruturas e equipamentos em cuidados de saúde primários e de proximidade (incluindo o reforço da rede de unidades móveis de saúde para áreas de baixa densidade devidamente equipadas para garantir serviços de proximidade: unidades móveis de Saúde, unidades móveis de intervenção precoce, unidades de emergência médica, unidades adaptadas para apoio domiciliário);
3. Apoio ao investimento em equipamentos para o reforço tecnológico de diagnóstico e tratamento em unidades altamente especializadas.

As ações estão centradas em duas vertentes: a) concretizar a reforma hospitalar, usufruindo-se do potencial de eficiência criado pela fusão de serviços, reformulação das carteiras de serviços das unidades e ajustamento das suas áreas de influência; b) uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que pressupõe a reorganização dos Centros de Saúde em Unidades Funcionais, as quais poderão ser Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

5.2. Vetor económico

Em termos de vetor económico, este consiste na análise da forma como os recursos (nomeadamente os financeiros e humanos) são utilizados e permitem a implementação de mecanismos sustentáveis de funcionamento dos mesmos no presente e num futuro próximo.

Neste caso, entendemos que o factor merecedor de uma análise mais detalhada será o financiamento e sustentabilidade do sistema de saúde em Portugal (EN1) porque não só condiciona a forma como o Serviço Nacional de Saúde funciona, mas também condicionará todo o tipo de transferências financeiras que poderão acompanhar o processo de transferência de competências para as entidades intermunicipais e municipais.

Cuidados de saúde transfronteiriços (aspetos financeiros e administrativos)

Este condicionante analisa a forma como se processa o financiamento dos cuidados de saúde transfronteiriços e a forma como serão geridas inconsistências resultantes de diferenças de preço em função da classificação, da tecnologia e dos procedimentos utilizados.

Para além disso, existe um conjunto de problemas administrativos relacionados com a práticas contratuais e de seleção de prestador que deverão ser uniformizadas a nível europeu num futuro próximo.

Recursos físicos e humanos

Este condicionante analisa qual a evolução previsível dos recursos físicos e humanos, sendo que para além dos médicos, deverá ser considerado como relevante o impacto da evolução do número de técnicos de saúde, como enfermeiros e técnicos de radiologia, e de assistentes sociais. Para além disso deverá ser tido em conta a sua distribuição, muitas vezes assímetrica, ao longo do território.

Formação e planeamento de recursos

Alinhado com a análise do EN2 relativo a recursos humanos, deverá ser complementada com uma análise da forma como se procede à formação e planeamento de recursos e qual o papel que as instituições a nível regional, nomeadamente a Universidade de Aveiro, devem ter no processo.

5.3. Vetor social

Este vetor analisa os factores socioculturais que envolvem a utilização dos sistemas de saúde. Dada a natureza um tanto ou quanto subtil com que as mudanças sociais ocorrem, é por vezes difícil de antecipar ou identificar de forma apriorística estes movimentos.

No entanto, em função da análise feita anteriormente à demografia da região, é nosso entender que o envelhecimento acelerado da população vai condicionar de forma decisiva a forma como os serviços de saúde são fornecidos (SN1), com ênfase nos serviços de cuidados intermédios, prolongados e paliativos.

Cuidados de saúde transfronteiriços (mobilidade de pacientes e profissionais)

Este condicionante analisa a forma como a Diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços, para além de permitir a livre circulação de pacientes, permitirá a mobilidade de profissionais, com eventuais impactos no processo de análise dada a introdução de um conjunto de incertezas quanto à forma como se procederá à angariação de profissionais de saúde, com a existência de mecanismos de incentivo à mobilidade das regiões mais desfavorecidas para as regiões mais ricas da União Europeia.

Fornecimento de serviços de saúde

Com base na constatção de que o envelhecimento acelerado da população vai condicionar de forma decisiva a forma como os serviços de saúde são fornecidos, com ênfase nos serviços de cuidados

intermédios, prolongados e paliativos, deverá ser procurado o fornecimento integrado de serviços de saúde, por forma a promover cuidados de reabilitação e/ou prolongados de forma articulada.
Esta articulação poderá ser estendida num prazo mais dilatado aos cuidados paliativos em fim de vida, para além de poder ser coordenada adicionalmente com a prestação de cuidados de saúde mental e saúde dentária.

Participação dos cidadãos no processo de educação para a saúde
Esta condicionante analisa a forma como se pode envolver os cidadãos a nível local para a saúde, nomeadamente ao nível de consumo alimentar e prática física.

De acordo com o Relatório da Primavera de 2014, a "análise dos dados referente ao consumo alimentar, ao excesso de peso/obesidade e à prática de atividade física revelam que em Portugal a produção normativa e a constante transposição das diretivas europeias não se faz acompanhar de uma efetiva intervenção ao nível da promoção dos estilos de vida saudáveis, nestes domínios."
Em função desta análise, podemos admitir que a promoção de estilos de vida saudáveis possa levar a uma redução na procura de serviços de saúde e um aumento generalizado da qualidade de vida dos cidadãos, seja a nível nacional, seja a nível local.

Por outro lado, o relatório "Um futuro para a saúde" promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian, defende "uma nova abordagem à promoção da saúde, centrada decisivamente na iniciativa dos cidadãos e da sociedade em geral, visando reduzir a incidência e a duração de doenças crónicas como a diabetes – ambos os parâmetros são mais elevados em Portugal do que na maioria dos países da Europa Ocidental – mostrando como as metodologias para o incremento da qualidade e um acrescido acesso às evidências científicas (isto é, o melhor conhecimento científico actualizado disponível) melhoram os serviços de saúde e reduzem a despesa".

O referido relatório propõe "uma transição do sistema actual, centrado no hospital e na doença, em que todas as acções têm como objecto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde."[35, 36]

5.4. Vetor tecnológico

Estando a promessa da aplicação generalizada da telemedicina (ou telesaúde) ainda por cumprir, entendemos que existe um conjunto de situações e funcionalidades já com maturidade suficiente para afetar a forma como os serviços de saúde são prestados na atualidade.

[35] http://goo.gl/m1LBqc
[36] http://goo.gl/limvA3

Por esse motivo, foi selecionado para uma análise mais detalhada a condicionante que analisa o papel das TIC na redefinição de políticas de saúde (TR1), nomeadamente em termos de telemedicina e de monitorização remota de indicadores de saúde.

Cuidados de saúde transfronteiriços (utilização de telemedicina na prestação de cuidados)

Nos cuidados de saúde transfronteiriços, a transmissão de informação médica proporciona a melhoria do processo de tratamento, com ênfase na utilização de sistemas de saúde eletrónico (eHealth). O plano de ação de eHealth 2020 da Comissão Europeia, pretende utilizar as tecnologias de informação, nomeadamente os smartphones para monitorizar a saúde e bem estar da população, com integração desta informação nos sistemas de saúde nacionais, mediante a utilização de registos eletrónicos de paciente normalizados que facilitem esta integração.

Contudo, esta partilha de informação electrónica continua a ser problemática, não só devido a dificuldades de interoperabilidade técnica, mas também devido a questões legais e de confidencialidade de dados.

Em termos de cuidados de saúde, a adopção deste tipo de sistemas ainda não demonstrou claramente e em grande escala o impacto que potencialmente apresenta, não sendo ainda claros os efeitos sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados. No entanto, dos pequenos casos implementados a nível europeu, já é possível detectar um padrão de otimização e redução da procura de serviços, mediante uma monitorização proativa dos cidadãos, garantindo o seu bem estar e saúde no dia a dia e libertando o sistema de saúde para os casos mais graves.

Políticas de fornecimento de sistemas de informação e telemedicina integrados

Em Portugal as competências no domínio dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação estão atribuídas aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que é também responsável pelo desenvolvimento, manutenção e operação de vários sistemas integrados de informação na área da saúde. Como tal, a SPMS é responsável, no âmbito do Ministério da Saúde (e por maioria de razão do SNS) pelo equipamento informático, licenciamento de software, serviços de consultoria, desenvolvimento e manutenção de software. Para além da atuação em território nacional, a SPMS participa em diversos projetos de índole internacional, nomeadamente no que respeita aos registos clínicos eletrónicos.

A estratégia da SPMS para o desenvolvimento de sistemas e prestação de serviços TIC está enquadrada com as estratégias nacionais e internacionais para a saúde, com a estratégia das instituições do SNS e com estratégias nacionais para a adopção de tecnologias de informação.

Conforme referido anteriormente, , a transmissão de informação médica proporciona a melhoria do processo de tratamento, com ênfase na utilização de sistemas de saúde eletrónico. Contudo, a adopção deste tipo de sistemas ainda não demonstrou claramente e em grande escala o impacto que potencialmente apresenta, não sendo ainda claros os efeitos sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

No entanto, dos pequenos casos implementados a nível europeu, já é possível detectar um padrão de otimização e redução da procura de serviços, mediante uma monitorização proativa dos cidadãos, garantindo o seu bem estar e saúde no dia a dia e libertando o sistema de saúde para os casos mais graves.

Uma revisão da literatura sobre telemedicina efetuada em 2012 identificou que a prestação de serviços de saúde utilizando meios eletrónicos resulta de uma combinação de vários tipos de especialidade, entre as quais a patologia, cirurgia, urgência e radiologia, sendo que a maior parte dos serviços apenas liga os profissionais entre sí, sendo raros os casos de ligação entre profissionais e pacientes.

Para além do acesso integrado à informação, sendo também um dos objetivos da telemedicina a facilitação do acesso a especialistas, especialmente em áreas desfavorecidas, a saúde eletrónica poderá potenciar a partilha de experiências entre profissionais e a integração dos serviços de saúde primários e secundários, utilizando tecnologias simples num ambiente regulatório e legal devidamente clarificados.

No eHealth, um dos componentes principais é o Registo de Saúde Electrónico, que potencia cuidados de melhor qualidade mediante a integração de todas as informações relacionadas com a sua saúde de um dado doente, contendo uma descrição dos seus diversos contactos com o sistema de saúde, tal como estes ficaram arquivados nos diferentes registos médicos ou de doentes, e mantidos por diversos prestadores de serviços de saúde, incluindo os médicos de clínica geral, os vários especialistas, os hospitais, os laboratórios e as farmácias.

Os Registos de Saúde Electrónicos permitem aos diversos profissionais de cuidados de saúde conhecer com rapidez toda a história clínica do doente, e avaliar a forma como os tratamentos já recebidos podem interagir com outros que estejam a ser ponderados.

Para além disso, têm um efeito significativo sobre o sistema pois reduzem a burocracia, permitindo que os médicos e os enfermeiros disponham de mais tempo para os doentes, e podem melhorar a recolha de informação, os cuidados de saúde e o conhecimento biomédico, sendo como tal, essenciais para um sistema de cuidados de saúde eficiente e integrado.

Do lado dos pacientes, permite a disponibilização de uma informação global da sua história clínica e, na medida em que o desejem, potenciando a compreensão dos tratamentos que receberam, e permitindo

partilhar a informação com a família e os prestadores de cuidados e fazer uma gestão dos próprios cuidados de saúde.

Em função de todo este potencial, que apesar de tudo ainda não foi demonstrado em grande escala, existe a possibilidade de que, num futuro próximo, a adopção deste tipo de sistemas permita otimizar a procura de serviços de saúde, sendo que, nos casos em que esta se verifica, o processo de diagnóstico e tratamento se torna mais eficaz dada a integração de toda a informação do paciente.

Para além disso, a possibilidade de integração de informação e de cuidados entre cuidados de saúde primários e secundários, poderá permitir a criação de unidades virtuais integradas de prestação de cuidados de saúde com otimização da utilização da informação e da oferta do sistema de saúde.

Inspirado no modelo dinamarquês, entre 2003 e 2006 a Universidade de Aveiro, em conjunto com a Sub-Região de Saúde de Aveiro e os hospitais da região levou a cabo o projeto RTS – Rede Telemática de Saúde que permitia, de forma segura, disponibilizar o acesso a informação clínica e promover a comunicação entre profissionais de saúde credenciados e envolver o cidadão na gestão da sua saúde, contribuindo para um melhor acesso aos cuidados de saúde. Apesar dos resultados práticos apresentados, o projeto não teve continuidade tendo sido descontinuado em 2009.

5.5. Vetor clínico

Em termos de vetor clínico, este consiste na análise de como as mudanças na forma de prestação de cuidados de saúde podem afetar a análise realizada.

Em termos globais, assiste-se a uma crescente preocupação com a qualidade dos serviços prestados e a forma como como essa qualidade pode ser assegurada de uma forma genérica.

No entanto, a nível de proximidade, assiste-se a uma maior preocupação na forma como poderemos educar os cidadãos para uma correta utilização dos recursos (CR1), minorando desperdício e implementando políticas de cocriação e co-prestação de serviços de saúde que realcem o papel do cidadão e do paciente.

Cuidados de saúde transfronteiriços (aspetos clínicos e gestão de doença)

A continuidade de cuidados e a comunicação entre profissionais é um dos aspetos fundamentais para a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, por forma a não comprometer a qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente. Para que esta continuidade se verifique, seja a nível de colaboração internacional, seja a nível regional, deverá ser garantido o acesso aos registos dos pacientes, bem como aos exames previamente realizados, contribuindo para uma continuidade dos cuidados prestados antes e depois do episódio de tratamento.

Para além de problemas em termos de troca de informação e do esforço administrativo requerido por ambas as partes, podem existir, nos casos de colaboração transfronteiriça, problemas de linguagem e terminologia clínica que impeçam a continuidade da prestação dos cuidados.

Adicionalmente, do ponto de vista clínico, a colaboração transfronteiriça coloca ainda questões sobre a responsabilidade pela prática do ato clínico e pagamento de indemnizações em casos de má prática por parte dos profissionais.

Os cuidados de saúde transfronteiriços, tendo como objetivo facilitar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, podem eles proprios provocar efeitos adversos nesse mesmo acesso, nomeadamente em regiões esparsamente povoadas que tenham, em resultado da implementação destas políticas, um encaminhamento dos pacientes para outros locais, provocando o encerramento das infra-estruras locais.

Para além disso, o desvio de fundos para o pagamento de tratamentos noutro locais pode impedir a realização de investimentos, colocando em causa o funcionamento do sistema. Pelo outro lado, os cuidados de saúde transfronteiriços podem também reduzir o acesso nos paises de acolhimento de pacientes, nomeadamente nos casos em que a procura por parte de cidadãos de outros países exceda a capacidade instalada e/ou exista o interesse, por parte do país de acolhimento, em dar prioridade a cidadãos de outros países.

Para além disso, poderão surgir problemas de dificuldades de acesso a estes cuidados por parte de pacientes economicamente desfavorecidos, seja por dificuldades em suportar o processo de pagamento até ao reembolso, seja pelo facto de estarem sem acompanhamento numa terra estranha e com lingua e costumes diferentes.

5.6. Conclusões

Neste capítulo procedeu-se a uma sistematização das limitações e incertezas que, nas diferentes dimensões, podem condicionar (ou até mesmo impedir) a prossecução das ações identificadas e/ou a implementação das recomendações que constituem este estudo.

Para o efeito estes condicionantes foram analisados de uma perspetiva política, social, económica, tecnológica e clínica, resultando desta identificação um conjunto de 23 oportunidades e 15 ameaças ao desenvolvimento de uma estratégia de cariz regional para a área da saúde e que agoram deverão ser conjugados com o conjunto de pontos fortes e pontos fracos do sistema de saúde à escala regional (derivados dos capítulos anteriores).

Desta forma, dispomos agora de um conjunto de elementos necessários à estruturação de uma reflexão sistematizada tendo em vista o desenvolvimento de uma estratégia de cariz regional para área da saúde com base no cruzamento dos elementos integrantes destes quatro factores.

Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, Perguntas frequentes. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/05304332-B086-488E-A873-3666C5F0D6AE/0/Portaria_FAQ.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Rede nacional de cuidados continuados integrados, monitorização mensal. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/IndicadoresMensais/tabid/1170/language/pt-PT/Default.aspx

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Monitorização do Serviço Nacional de Saúde (microsite) Disponível em http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Carta de Equipamentos Médicos Pesados".

Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Normativa n.º 13/2014/DPS, de 6 de fevereiro.

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Unidade de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Relatório síntese da atividade cirúrgica programada, ano 2013.

Administração Regional de Saúde do Centro. ACES Baixo Vouga (2013). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde primários.

Administração Regional de Saúde do Centro (2014). Perfis de saúde da região, dados de 2012. Disponível em http://www.arscentro.min-saude.pt/psaude/ACeS%20BV/PLS2014_A23.htm

Administração Regional de Saúde do Centro (2014). Agrupamento de centros de saúde do Baixo Vouga. Plano de desempenho 2014.

Assembleia da República. Lei n.º 82-B/2014. Diário da República n.º 252/2014, 1º suplemento, 1ª série, 31 de dezembro de 2014.

Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2013[37]

Barros, Pedro Pita (2005).Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos. Edições Almedina

Bessa, Sandra A "Comunicação Organizacional" nos hospitais públicos em Portugal: uma necessidade ou um luxo? Escola Superior de Comunicação Social – IPL Lisboa

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2014). Informação para a região. Disponível em http://datacentro.ccdrc.pt

Correia de Campos, A. (2008). Reformas da Saúde: o fio condutor. Edições Almedina.

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2013). Plano estratégico 2013-2016.

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2013). Regulamento interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Costa et. al. (2008). A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático 7, pág. 131-146.

Cross Border Healthcare in the European Union WHO 2011 - Capítulo 7.4 e 8.2[38]

Direção Geral da Saúde (2013). Portugal Saúde Mental em números – 2013.

Direção Geral da Saúde (2014). Portugal, prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos em 2014.

Direção Geral da Saúde (2012). Departamento de qualidade na saúde. Relatório 2011, sistema sim-cidadão.

Direção Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2013-2016.

Entidade Reguladora da Saúde (2011). Relatório sobre a Carta dos Direitos dos Utentes – AM/JPL/SM – 06.05.2011.

Entidade Reguladora da Saúde (2012). Estudo de avaliação dos centros hospitalares.

[37] http://goo.gl/Xicx0b

[38] http://goo.gl/C1ljKX

Entidade Reguladora da Saúde (2014). Parecer sobre o volume de serviços que os hospitais públicos podem prestar a terceiros não utentes do SNS.

Estratégia Integrada de Desenvolvimento Territorial 2014/20 (2014). Universidade de Aveiro e CIRA.

European Observatory on Health Systems and Policies (2011). Saltman et. a., ed. Observatory Studies Series, 25. Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy.

Health Systems in Transition – Portugal – 2011 - Cap 5[39]

Health Systems in Transition – Portugal – 2011 - Cap 4[40]

Instituto Nacional de Estatística (2012). Estatísticas da Saúde

Inspeção Geral das Atividades em Saúde (2011). Relatório IGAS n.º51/2011. Funcionamento do gabinete do utente/ cidadão em estabelecimentos e serviços do SNS, ano 2010.

Inventário de pessoal do setor da saúde 2012[41]

Kaplan, Robert and Porter, Michael, How to solve the cost Crisis in heath care, Harvard Business Review, September 2011.

Martins, António Gentil. Notícias Médicas, 26 de fevereiro, de 1996.

Ministério da Saúde (2016). Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio. Diário da República, 1ª série, n.º 97, 19 de maio de 2016, pág. 1616-1619.

Ministério da Saúde (2014). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do sns e entidades convencionadas, ano 2013.

Ministério da Saúde (2014). Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril. Diário da República, 1ª série, n.º 71, 10 de abril de 2014, pág. 2364-2366.

Ministério da Saúde (2014). Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho. Diário da República, 1ª série, n.º 116, 19 de junho de 2014, pág. 3218(2)-3218(3).

Ministério da Saúde (2012). Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro. Diário da República, 1ª série, n.º 231, 29 de novembro de 2014, pág. 6832(2)-6832(5).

Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República, 1ª série, n.º 109, 6 de junho de 2014, pág. 3856-3865.

Ministério da Saúde (2008). Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro. Diário da República, 1ª série, n.º 10, 15 de janeiro de 2008, pág. 526-536.

Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016, cuidados de saúde hospitalares. Coordenadores: Ana Escoval e Adalberto Campos Fernandes.

Ministério da Saúde (2011). Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março. Diário da República, 1ª série, n.º 43, 2 de março de 2011, pág. 1274-1277.

Ministério da Saúde (2011). Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar. Os cidadãos no centro do sistema, os profissionais no centro da mudança.

Ministério da Saúde (2014). Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro. Diário da República, 1ª série, n.º 20, 29 de janeiro de 2014, pág. 597-703.

Município de Estarreja (2013). Plano estratégico do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, 2013-2016.

Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde - Médicos[42]

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2014). Health at a glance: Europe 2014.

Presidência do Conselho de Ministros (2014). Proposta de Lei n.º 253/XII. Grandes opções do plano para 2015.

Plano Intermunicipal de Mobilidade e Transportes da Região de Aveiro (2012). Relatório de Caracterização e Diagnóstico. TIS.pt e CIRA.

[39] http://goo.gl/IqBK5G
[40] http://goo.gl/IqBK5G
[41] http://goo.gl/Uc07yw
[42] http://goo.gl/0IgkrR

Plano Estratégico 2014-2016 SPMS 2014[43]

Plano Estratégico 2013-2015, Centro Hospitalar de São João

Programa Operacional Regional do Centro 2014-2020 [44]

Policy summary 14 Cross Border Healthcare WHO 2014 – Capítulo 4[45]

Relatório do grupo de trabalho para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal (2014), disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9E8DC6EA-34D1-4E18-A4BA BCE312693BF4/0/Integracao_Cuidados_Saude_Relatorio.pdf

Santana, P. (2005). Geografias da saúde e do desenvolvimento. Edições Almedina.

Santinha, G. (2014)) "Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o caso da Saúde". Tese apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, Universidade de Aveiro, 2014.

Simões, J. (2004). A avaliação do desempenho de hospitais. Revista portuguesa de saúde pública, volume temático: 4, 2004, pág. 91-120.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2014). Relatório da rede nacional de cuidados continuados integrados, ano 2013.

Um futuro para a saúde - Participação dos cidadãos e da sociedade - Cap 5[46]

Vera Jardim, Sara, "A União Europeia e as políticas de saúde em Portugal" In 40 Anos de abril na Saúde. (A.C. Campos e Jorge Simões, Coord.) Almedina, 2014

[43] http://goo.gl/PbkiQA
[44] http://goo.gl/DaRBVT
[45] http://goo.gl/VpJZPw
[46] http://goo.gl/IimvA3