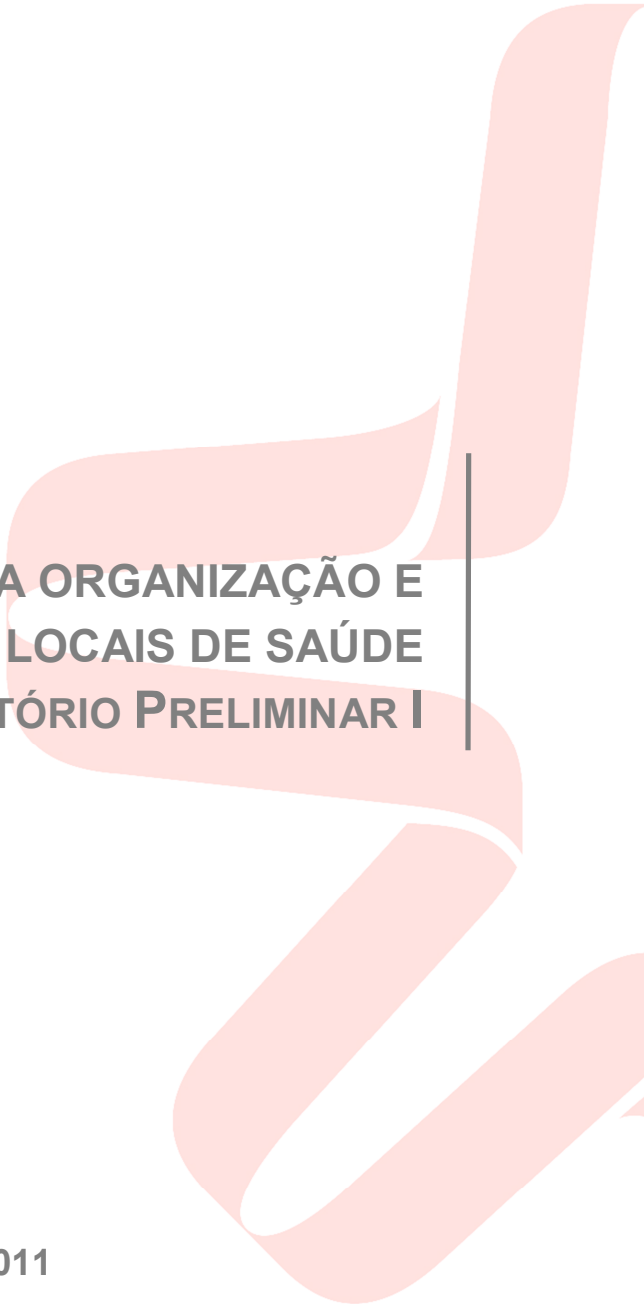




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE — RELATÓRIO PRELIMINAR I



24 DE FEVEREIRO DE 2011

Índice

Sumário executivo.....	1
1. Introdução.....	6
2. Breve apresentação das características fundamentais do SNS	8
3. Unidades Locais de Saúde	11
3.1. Definição e razões para a sua criação	11
3.2. Enquadramento histórico-legislativo	18
4. Características essenciais das ULS	27
4.1. Integração como característica das ULS existentes.....	27
4.2. Situações concretas analisadas pela ERS.....	29
4.3. Da internalização de MCDT	34
4.4. Financiamento	39
5. O Direito de Acesso	43
5.1. Do conteúdo ínsito do direito de acesso aos cuidados de saúde pelo utente do SNS	43
5.2. Dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos	44
5.3. As Portarias de regulamentação da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto.....	46
5.4. Acesso dos utentes aos MCDT.....	53
6. Avaliação do acesso	55
6.1. Dimensões espaciais do acesso: proximidade e capacidade.....	57
6.2. Tempos Máximos de Resposta Garantidos – Análise Econométrica	60
7. Conclusões	67
Referências.....	70
Anexo I – Rede de ULS e sua estrutura da oferta	72
Anexo II – Cálculo do IDH.....	91

Índice de Abreviaturas

ACES	– Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	– Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	– Administração Regional de Saúde
CRP	– Constituição da República Portuguesa
EPE	– Entidade Pública Empresarial
ERS	– Entidade Reguladora da Saúde
INA	– Instituto Nacional de Administração
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
INE	– Instituto Nacional de Estatística
LBS	– Lei de Bases da Saúde
MCDT	– Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NUTS	– Nomenclaturas de Unidades Territoriais
OCDE	– Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PPP	– Parcerias Público-Privadas
SA	– Sociedade Anónima
SPA	– Sector Público Administrativo
SNS	– Serviço Nacional de Saúde
TMRG	– Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UE	– União Europeia
ULS	– Unidade Local de Saúde
ULSAM	– Unidade Local de Saúde de Alto Minho
ULSBA	– Unidade Local de Saúde de Baixo Alentejo
ULSCB	– Unidade Local de Castelo Branco
ULSG	– Unidade Local de Saúde da Guarda



ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

USF – Unidades de Saúde Familiar

Sumário executivo

O presente estudo incide sobre a análise da estrutura organizacional das Unidades Locais de Saúde (ULS), nomeadamente ao nível da sua descrição estrutural, do seu enquadramento legislativo e do seu potencial impacto no acesso dos utentes.

Este modelo foi lançado com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM) há 11 anos (1999), e pretende otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região. Em 2007, foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA), no ano seguinte, foram criadas a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM), a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE (ULSG). Em 2009, foi criada a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (ULSCB).

Revela-se de primordial importância analisar o modelo ULS, em especial a sua característica intrínseca, que consiste na integração da prestação dos cuidados de saúde, e verificar se a mesma é susceptível de ser potenciadora de impactos positivos no acesso dos utentes residentes na área de influência de uma ULS, até quando comparados com os demais utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ou seja, se o objectivo de criação das ULS têm potenciado a melhoria do acesso dos cuidados de saúde dos utentes abrangidos por este sistema de gestão.

Efectivamente, na génese das ULS esteve o objectivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos Centros de Saúde com os Hospitais e, eventualmente, com outras entidades, designadamente, com unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

A integração de cuidados de saúde no âmbito das ULS tem tido a sua principal expressão em matéria de MCDT, designadamente mediante a internalização da realização dos mesmos, e consequente melhoria do aproveitamento da respectiva capacidade instalada, sendo uma medida que surge como inovadora, já que a opção política, desde os primórdios da criação do SNS, foi no sentido da contratualização com o sector privado, através de convenções, da realização dos MCDT.

A possibilidade de integração de serviços pelas ULS é um resultado directo e imediato da criação das ULS, e representa uma opção de política de saúde que, nos termos do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a ERS deve respeitar, sendo nessa estrita medida que eventuais limitações à liberdade de escolha decorrentes do próprio conceito de ULS devem ser compatibilizadas com outros valores que compete à ERS defender.

Nessa medida, deve ser acompanhada com especial cuidado por tais procedimentos serem susceptíveis de prejudicar os utentes quando coloquem em crise o direito de acesso universal e em tempo útil dos utentes das ULS, revelando-se fundamental assegurar que tais cuidados de saúde sejam prestados pelas ULS nas melhores condições de acesso, isto é, não inferiores àquelas que se verificavam antes da criação das ULS.

Embora fosse expectável que da integração vertical através de ULS resultasse uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, e consequentemente maiores benefícios, em termos de acesso aos cuidados de saúde dos utentes residentes na área de influência de ULS, o que se verificou foi que no acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares não existem, em termos legais (na legislação sobre acesso), e em termos práticos, diferenças nos procedimentos adoptados no seio das ULS face aos demais estabelecimentos do SNS.

A metodologia de avaliação de acesso que serviu de base ao presente estudo tem em consideração a análise dos indicadores de proximidade, de capacidade e da análise temporal.

O indicador de *proximidade* analisado corresponde ao número de pontos de oferta em cada ULS, por quilómetro quadrado, da área geográfica abrangida. Pretende-se assim caracterizar a densidade da rede de pontos de oferta de cuidados de saúde pertencentes a cada ULS. Considera-se um maior número de prestadores por quilómetro quadrado como indicador de maior proximidade da oferta de cuidados de saúde aos utentes.

Posto isto, e analisados todos os pontos de oferta de cuidados de saúde, é constatado que a ULSM apresenta o índice de proximidade mais elevado e a ULSBA, por sua vez, tem o índice mais baixo. Torna-se importante referir que a ULSM, embora apresente um número baixo de prestadores, é a que apresenta uma superfície menor, resultando,

assim, um índice de proximidade elevado. Por sua vez, a ULSBA é a ULS com uma maior superfície, mas por outro lado, tem uma menor densidade populacional, o que poderá não pôr em causa a proximidade da população, se esta, em termos médios, se encontrar próxima de um prestador de cuidados de saúde. Outra realidade observada na ULSAM é um baixo índice de proximidade, que é justificado pelo número reduzido de prestadores.

Para avaliar a dimensão capacidade, foram construídos dois indicadores: (i) o rácio entre o número de médicos e a densidade populacional (Capacidade I); e (ii) o rácio entre o número de médicos pela população com mais de 65 anos de idade (Capacidade II). Estes indicadores permitem avaliar a dimensão da estrutura das ULS face às necessidades dos utentes aí residentes, traduzindo a capacidade de resposta do sistema integrado das ULS às necessidades da população.

É observado que as ULS que apresentam os índices de Capacidade I mais elevados são a ULSAM e a ULSBA, mas as razões deste resultado não são idênticas. O índice da ULSAM é justificado pelo elevado número de médicos que possui em relação à densidade populacional, e o índice de Capacidade I da ULSBA justifica-se pela densidade populacional mais baixa de todas as ULS. A ULSM tem um índice baixo porque embora apresentando um número de médicos elevado, possui a maior densidade populacional da sua área de abrangência. No índice capacidade II, a ULSM apresenta o melhor indicador, por possuir o maior número de médicos (599) conjugado com um número baixo (comparativamente às outras ULS) da população com mais de 65 anos.

Verifica-se, assim, que em relação aos rácios que avaliam as dimensões espaciais, a realidade entre as ULS é muito heterogénea. A ULSM apresenta, globalmente, os melhores indicadores de proximidade e de capacidade.

Por seu turno, a análise econométrica dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), teve como objectivo principal analisar a equidade de acesso entre os utentes que fazem parte de uma ULS e os que não estão incluídos, para se retirarem conclusões práticas, numa perspectiva temporal, sobre a aplicação deste modelo de organização.

Para ser possível comparar os hospitais que pertencem às ULS com hospitais que não pertencem a este modelo de organização, foi criado um grupo de controlo para o qual se tiveram em consideração os seguintes critérios: a proximidade geográfica e o número de especialidades de cada prestador.

Da análise econométrica efectuada retiram-se as seguintes conclusões:

- (i) as consultas realizadas fora dos TMRG aumentam (*consultas out*) em 4,7 pontos percentuais se os hospitais pertencerem a uma ULS em relação aos hospitais do grupo de controlo (i.e. em relação aos hospitais que não estão incluídos numa ULS). Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*) as consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) também aumentam em 11,7 pontos percentuais. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) também aumentam em 1,01 pontos percentuais;
- (ii) o tempo médio entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento aumenta em sete (7) dias, se os hospitais pertencerem a uma ULS e quando comparado com o grupo de controlo. Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*), as consultas realizadas fora dos TMRG também aumentam em 0,12 dias. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as consultas realizadas fora dos TMRG também aumentam em 0,86 dias;
- (iii) o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento aumenta em 5,9 pontos percentuais, se os hospitais pertencerem a uma ULS e quando comparado com o grupo de controlo. Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*), o tempo máximo até à data de agendamento aumenta em 1,5 pontos percentuais. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, o tempo máximo até à data de agendamento aumenta em 2 pontos percentuais.

Verifica-se, então, que se o hospital pertencer a uma ULS, o número de consultas realizadas fora do TMRG aumenta, o tempo médio e o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento, também aumentam, quando comparados com os hospitais que não pertencem a este modelo de gestão integrado.

Este resultado pode revelar um problema de acesso dentro das ULS, podendo este sistema integrado não estar a dar a resposta mais eficiente no que diz respeito às primeiras consultas por especialidade. No entanto, este resultado pode ficar a dever-se não tanto ao modelo em si mesmo, mas à sua incompleta ou lenta concretização, aliás conforme também corroborado pelo estudo EGIOS.

Torna-se importante referir que o horizonte temporal (um ano e três meses) é pequeno para se poderem retirar conclusões mais robustas (embora estas revelem um nível de significância estatístico elevado), sendo, assim, pertinente realizar relatórios futuros de acompanhamento, com horizontes temporais mais alargado, para se aferir do desempenho das ULS.

1. Introdução

Constituindo objectivos regulatórios da ERS, em geral, nos termos do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, *assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei; garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes, e velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*, são suas incumbências, entre outras, *assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados e zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados* (cfr. alíneas a) e d) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009).

Por outro lado, e no que concerne ao objectivo regulatório de *velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*, incumbe ainda à ERS *elaborar estudos e emitir recomendações sobre organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS* (cfr. alínea c) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009).

Assim, o presente estudo, não só visa alcançar o desiderato de elaboração de um estudo sobre a organização e desempenho das ULS, na perspectiva da equidade de acesso dos utentes aos cuidados de saúde, ademais previsto no plano de actividades da ERS para 2010, como pretende dar cumprimento às suas atribuições e objectivos regulatórios, designadamente aqueles previstos na alínea c) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

Efectivamente, revela-se de primordial importância analisar o modelo ULS, em especial a sua característica intrínseca que consiste na integração da prestação dos cuidados de saúde, de forma a aquilatar dos potenciais impactos positivos no acesso dos utentes residentes na área de influência de uma ULS, especialmente por comparação com os demais utentes do Serviço Nacional de Saúde (de ora em diante SNS)¹.

Quer a complexidade dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, como é o caso do Sistema de Saúde Português, quer a necessidade de adaptação a transformações do

¹ Refira-se, ainda, a este respeito que na visão do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 consta a preocupação de “[m]aximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.”.

contexto organizacional e institucional, obrigam à procura das melhores soluções, sendo no entanto imprescindível que as mesmas respeitem os princípios da equidade, do acesso universal e da liberdade de escolha do utente.

Sucede que os sistemas de saúde sofrem relevantes pressões exógenas, nomeadamente a nível de constrangimentos orçamentais, envelhecimento da população, tecnologias de saúde (que abrangem os medicamentos, meios complementares de diagnóstico, equipamentos cirúrgicos, entre outros), e de informação (que constituem um suporte funcional, estratégico e operacional das organizações prestadoras de cuidados de saúde), ou ainda aquelas resultantes de mudanças epidemiológicas das populações.

As questões de coordenação de cuidados estão, assim, a receber uma cada vez maior atenção. A fragmentação na prestação de cuidados de saúde (dada a especialização cada vez maior e as ligações pouco existentes entre os diferentes níveis de cuidados) impossibilita que o sistema se centre no paciente, e, por outro lado, os custos com cuidados de saúde encontram-se concentrados numa pequena percentagem da população, dada a crescente prevalência de doenças crónicas (OCDE, 2007).

O estudo é estruturado da seguinte forma: no capítulo 2 procede-se a uma breve análise das características fundamentais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para de seguida, no capítulo 3, se proceder à análise do modelo ULS como estrutura organizacional e de gestão no âmbito do SNS, mediante (i) a análise do conceito e objectivos que presidiram à criação das ULS e (ii) a apresentação do seu enquadramento histórico-legislativo. No capítulo 4 serão apresentadas as características essenciais das ULS, como sejam a integração de cuidados de saúde, bem como se efectuará a apresentação sumária de questões concretas sobre ULS que têm sido analisadas pela ERS, e ainda a especial situação da internalização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (de ora em diante MCDT) pelas ULS e o modelo de financiamento adoptado por estas (financiamento *per capita* ajustado pelo risco). Já no capítulo 5 procede-se a uma análise dos procedimentos destinados a assegurar o acesso dos utentes das ULS aos cuidados primários, aos cuidados hospitalares e aos MCDT e, por último, no capítulo 6 avalia-se o acesso tendo em consideração os indicadores de proximidade, de capacidade e da análise temporal (i.e. uma análise econométrica dos TMRG).

2. Breve apresentação das características fundamentais do SNS

O direito à protecção da saúde surge consagrado no artigo 64.^{o2} da Constituição da República Portuguesa (de ora em diante CRP), visando garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Dito de outro modo, a Constituição impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, no âmbito do SNS, seja assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial³.

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), aprovada em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, reitera, na sua Base XXIV, como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

[...]”.

Assim, a universalidade do SNS resulta de se ter constitucionalmente estabelecido que o direito à protecção da saúde é atribuído a “todos” (expressão do n.º 1 do art. 64º da CRP), ou seja, que deve ser assegurado a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde integrados no SNS.

² Nos termos do previsto no n.º 1 do artigo 64.º da CRP, “*todos têm direito à protecção saúde (...)*”.

³ Ainda que não seja feita menção expressa no artigo 64.º da CRP, constitui ainda característica do SNS a necessidade de ser garantida “*a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*” – cfr. Base XXIV alínea d) da Lei de Bases da Saúde. Isto significa que sempre que acedam aos cuidados de saúde prestados pelos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento semelhante e os cidadãos em situação distinta devem receber tratamento distinto, de modo a que todos os cidadãos, sem excepção, possam usufruir, em iguais circunstâncias, e em função das necessidades, da mesma quantidade e qualidade de cuidados de saúde.

Por outro lado, na al. a) do n.º 2 do artigo 64º da CRP estabelece-se que para a realização do direito à protecção da saúde o Estado deverá *“garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”*. A universalidade pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e possam aceder aos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde.

É com base neste princípio que é concedido a todos os cidadãos nacionais, residentes em Portugal ou no estrangeiro, o direito de recorrer ao SNS, mas igualmente aos “[...] cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis”; aos “[...] cidadãos estrangeiros residentes em Portugal”; e aos “[...] cidadãos apátridas residentes em Portugal”- cfr. Base XXV da Lei de Bases da Saúde.

Intimamente ligada à universalidade do SNS surge a generalidade, que se prende com a determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS. Ou seja, impõe-se ao SNS que garanta, com maior ou menor grau, uma prestação de *cuidados globais de saúde* aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta, assim, o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, para o que o Estado deverá *“garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e serviços de saúde”* (cfr. al. b) do n.º 3 do art. 64º da CRP), de forma à prestação de todos os cuidados de saúde, sejam primários, diferenciados, continuados ou até paliativos.

Por último, a gratuitidade tendencial significa que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, sendo admissível a cobrança de valores com função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras, desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas, nem sejam postas em causa as situações de isenção legalmente previstas (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).

Assim, e enquanto concretização dos princípios fundamentais estabelecidos para um Serviço Nacional de Saúde, a Lei de Bases da Saúde consagrou, no n.º 4 da Base I da Lei de Bases da Saúde que “[...] os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”, consagrando-se nas directrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que “[...] é objectivo fundamental obter a

igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”.

Com efeito, e em concretização de imposição constitucional de criação de um SNS, a Lei de Bases da Saúde deu forma à existência de um Sistema de Saúde, que “[...] *é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem, com as referidas entidades públicas, a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades*” (n.º 1 da Base XII da Lei de Bases da Saúde – de ora em diante LBS).

Por sua vez, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, em desenvolvimento das bases gerais contidas no regime jurídico da saúde, define o SNS como *“um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”* (artigo 1.º do referido Estatuto), sendo a este nível que deve garantir uma cobertura integral, quer quanto à população abrangida (universalidade), quer quanto ao tipo de cuidados médicos abrangidos (generalidade), na prestação de cuidados de saúde.

Assim, e nos termos do artigo 2.º do Estatuto do SNS, este *“tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”*, através de cada uma das instituições que o integra e que desempenha um papel de elevada relevância na prossecução de tal imposição, devendo garantir o direito de acesso universal e igual a todos os cidadãos aos cuidados por si prestados.

Por último, refira-se que o SNS, enquanto *conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde*, se caracteriza por *ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada* (cfr. alínea e) da Base XXIV da LBS).

3. Unidades Locais de Saúde

3.1. Definição e razões para a sua criação

A Lei de Bases da Saúde, para além de incluir o já referido princípio da generalidade entre as características essenciais do SNS, prescreve ainda que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades, *devendo ser promovida a intensa circulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes* (cfr. n.ºs 1 e 2 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde).

Desta forma, veio o legislador impor um sistema de saúde estratificado no qual os serviços e unidades de saúde se devem estruturar, funcionar e articular entre si, em favor dos interesses dos utentes que devem, em condições de igualdade, aceder aos cuidados de saúde, sendo que, naturalmente, os cuidados primários devem localizar-se mais perto das comunidades e os diferenciados abrangerem um maior número da população que a eles recorrem por força de estados de saúde mais específicos.

Visa-se, portanto, um Serviço Nacional de Saúde que “*preste integradamente cuidados globais ou garanta a sua prestação*” e que possibilite ao utente o acesso com carácter “*de equidade e de forma integrada, [a] todos os cuidados globais, com o objectivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*” – cfr. al. b) e d) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde.

Esclareça-se, então, que a estruturação do actual sistema de saúde, assenta em níveis diferenciados de prestação de cuidados (primários, secundários ou hospitalares, continuados e domiciliários):

A) Cuidados primários

Os cuidados de saúde primários têm vindo a ser considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como essenciais para um sistema de saúde. Desde a Declaração de

Alma Ata⁴, em 1978, que se reconheceu o interesse de cuidados de saúde próximos das primeiras necessidades do cidadão, sendo os cuidados de saúde primários entendidos como *“os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”* – cfr. artigo VI da Declaração da Alma-Ata de Setembro de 1978.

No entanto, tem-se verificado ao longo das últimas décadas o aumento da complexidade das estratégias de prestação de serviços e têm-se desenvolvido métodos e tecnologias práticas para colocar os cuidados primários ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade⁵. Apesar disso, pode-se definir o conceito de cuidados primários como abrangendo quatro elementos estruturantes: cuidados de primeiro contacto (gatekeepers); longitudinais (ao longo da vida); compreensivos (globais, holísticos); e que devem garantir a coordenação/integração com os restantes níveis de cuidados (Barbara Starfield, 1998).

B) Cuidados Secundários ou Hospitalares

Os cuidados secundários ou hospitalares podem ser definidos como o conjunto de actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, em ambiente hospitalar e realizadas a doentes em fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada.⁶

⁴ Declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em 12 de Setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, Casaquistão (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

⁵ Vide o *“Estudo do Acesso aos cuidados de Saúde Primários do SNS”*, disponível na secção de Estudos em www.ers.pt.

⁶ Vide *“A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais”* de Rui Santana e Carlos Costa, in Revista de Saúde Pública, Vol. Temático: 7, 2008.

C) Cuidados Continuados

Os cuidados de saúde terciários, também designados cuidados continuados integrados, designam o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

D) Cuidados Domiciliários

Os cuidados domiciliários podem ser definidos como o conjunto de actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, através de um conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições – cfr. al. r) do n.º 1 do art. 1.º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.

Assim, e com a diversificação do tipo de serviços de saúde e exigências cada vez maiores (ou diferenciadas) em matéria de acesso e satisfação das necessidades dos utentes, surgiu uma necessidade concomitante de divisão de tarefas e de as organizar no esforço comum de saúde, através de uma gestão integrada dos recursos existentes numa determinada circunscrição geográfica.

Não se pode olvidar que a necessidade de articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde, e em especial dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares⁷, surgiu desde logo da necessidade de se assegurar uma mais eficaz e eficiente interligação entre esses dois níveis de cuidados, com o objectivo de se atingir uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e subsequente retorno para os cuidados primários. Para que tal objectivo

⁷ Recorde-se que a preocupação com os cuidados continuados e os cuidados domiciliários tem-se apresentado como uma preocupação mais recente no seio do Sistema de Saúde, e não tem sido directamente incluída nas actuais experiências de integração de cuidados de saúde por via da constituição de ULS, objecto do presente estudo, com excepção da ULSM, em que o seu Regulamento interno faz referência expressa a esse nível de cuidados, bem como à existência de uma Unidade de Convalescença.

seja atingido é necessário que a comunicação entre os diversos níveis de cuidados seja constante e progressiva, podendo passar pela realização de acções de formação conjuntas entre os profissionais das unidades de cuidados primários e dos estabelecimentos hospitalares, pela criação de protocolos de referenciação com a definição de critérios claros e de interlocutores em cada nível de cuidados, bem como de mecanismos eficazes de transmissão da informação.

Foi neste quadro que, como veremos *infra*, o Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 Junho (que procedeu à criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos), evidenciou a necessidade de *“proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos”*⁸. Assim, na génese das ULS esteve o objectivo de criar uma melhor interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local.

De acordo com a Pew Commission (1998)⁹ e evidenciado no estudo de *“Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde em 2009”*¹⁰ (R. Santana, C. Costa, P. Marques e S. Lopes, 2009), as próximas décadas ficarão marcadas por pressões que interferem na conduta e gestão dos sistemas de saúde. Estas pressões, nas quais se evidenciam o nível dos constrangimentos orçamentais, o envelhecimento da população, as tecnologias de saúde e as tecnologias de informação, vão impactar nos desafios que as ULS pretendem ultrapassar, e pelas quais foram criadas, nomeadamente¹¹:

“[...] • a rentabilização da capacidade instalada dos hospitais e dos centros de saúde, ou seja, uma melhor reafecção de recursos. A minimização da duração de internamento, incidindo preferencialmente em comportamentos produtivos

⁸ Cfr. preâmbulo do referido Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho.

⁹ Vide The Pew Health Professions Commission - Critical Challenges: revitalizing the health professions for the 21st century. The Third Report of Pew Health Professions Commission, San Francisco, December 1995.

¹⁰ No âmbito do protocolo assinado entre a Escola Nacional de Saúde Pública e a Administração Central do Sistema de Saúde em 20 de Agosto de 2009, foi iniciado um projecto com o tema “Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde em 2009”.

¹¹ Vide “A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais” de Rui Santana e Carlos Costa, in Revista de Saúde Pública, Vol. Temático: 7, 2008.

tendentes a gerar um efeito substituição entre o internamento e o ambulatório programado, parece garantir uma superior qualidade assistencial e um incremento da eficiência técnica e económica;

- o aumento da qualidade assistencial. A implementação de sistemas de qualidade organizacionais e a de programas de gestão da doença permitem utilizar protocolos, guidelines de tratamento ou processos de referenciação inter e multidisciplinares tendentes a minorar práticas erróneas, menos invasivas, indolores, onde as fronteiras entre a organização e o indivíduo sejam minimizadas;*
- a focalização no utente, mais centrado nas necessidades dos consumidores (suas doenças) do que nos prestadores (nas especialidades e serviços de saúde). Esta mudança permite responder melhor às especificidades e características individuais de cada utente através de processos de ajustamento pelo risco (severidade da doença, a sua morbilidade e co-morbilidade).*
- a Promoção do Bem-estar: as realidades integradas são conectadas com sistemas de financiamento de base capitolacional, situação que conduz a uma prioridade de actuação ao nível das fases primárias de doença, onde são privilegiadas as actividades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença;*
- a Disseminação do risco de negócio: com o domínio do processo de produção pelos diferentes níveis de cuidados de saúde poder-se-á utilizar a subsidiarização cruzada entre as actividades desenvolvidas ao longo do continuum. Em termos práticos, significa que é possível sustentar uma linha não eficiente através de outras mais eficientes.*
- as economias de escala: através da coordenação dos vários níveis de cuidados e um aumento significativo de poder de penetração no mercado, poderão surgir economias de escala (administrativas e/ou clínicas) resultantes do crescimento da produção em termos quantitativos e qualitativos; e*
- a minimização de conflitos através de uma gestão conjunta de várias dimensões de prestação de cuidados de saúde, como a sua produção, financiamento e avaliação de desempenho, que potencia um alinhamento estratégico e operacional*

comum das etapas do continuum que uma boa articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde dificilmente conseguirá alcançar. A gestão autónoma das entidades responsáveis pela prestação de serviços de saúde nas diferentes etapas de produção pode proporcionar divergências estratégicas, competição por recursos comuns ou perdas de qualidade assistencial (desresponsabilização pelo output produzido).”.

A integração de cuidados de saúde pode, assim, constituir uma resposta organizacional aos novos desafios que os sistemas de saúde se deparam. A título exemplificativo, a OMS, numa óptica de estrutura organizacional da prestação de cuidados de saúde, mencionou a urgência no combate à actual fragmentação, de forma a encaminhar o sistema para as necessidades dos utentes, definindo prioridades e gerindo os recursos (Calnan, Hutten e Tiljak, 2006), destacando igualmente a importância de caminhar no sentido de uma integração dos sistemas de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação sejam etapas de ligação contínua da prestação de cuidados, de forma a obter ganhos em saúde (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003). A integração constitui, portanto, uma tendência a nível internacional (Kodner e Spreeuwenberg, 2002), e o reconhecimento da OMS relativamente a tal tendência conduziu inclusivamente à criação de um Observatório específico, na cidade de Barcelona, em 2001¹².

Sucede que existem essencialmente dois tipos de integração¹³: a integração horizontal e a integração vertical¹⁴.

O processo de integração horizontal verifica-se quando uma única entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde (Devers et al., 1994; Grone e Garcia-Barbero, 2001). Esta entidade resulta de uma fusão entre duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) que são substitutos

¹² O Observatório evidencia que o seu objectivo consiste na identificação das estratégias utilizadas em cuidados de saúde em diferentes países, de forma a facilitar e encorajar a coordenação entre os níveis de prestação de cuidados de saúde, proporcionando uma melhoria dos resultados dos diferentes sistemas de saúde (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

¹³ Vide “ A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais” de Rui Santana e Carlos Costa, *in* Revista de Saúde Pública, Vol. Temático: 7 2008.

¹⁴ Embora ambas sejam exemplos característicos de integração estrutural, isto é, na situação em que a estrutura organizacional do sistema sofre alterações no sentido da modificação dos organigramas individuais das entidades que constituem a nova estrutura, sendo alteradas responsabilidades, relações de comando e controlo, poder hierárquico (Byrne e Ashton, 1999; Conrad e Shortell, 1996a).

próximos. Os objectivos que norteiam este processo consubstanciam-se essencialmente pela tentativa de gerar economias de escala e poder de mercado. O exemplo deste tipo de integração é-nos fornecido pela criação de Centros Hospitalares que resultam da fusão, numa única entidade jurídica, de anteriores unidades hospitalares autónomas.

Já num processo de integração vertical, e que está na origem das ULS, visa-se uma agregação de *inputs*, a prestação, e a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

Segundo Rui Santana e Carlos Costa (2008), as condições concomitantes para se poder reconhecer a existência de um contexto de integração vertical são as seguintes:

- Quem: uma entidade única, responsável pelo estado de saúde;
- Onde: num espaço geográfico (regional) delimitado (Brown e McCool, 1986);
- Objecto: uma determinada população (Contandriopoulos et al., 2003);
- O quê: coordenar em rede os elementos que fazem parte do sistema;
- Como: através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados;
- Porquê (*rationale*): para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação ao utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população.

Assim, revela-se possível, neste momento, avançar com um conceito possível de ULS, por recurso aos critérios acabados de referir. Assim, deve-se entender por ULS aquela entidade (única) que se apresenta como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos elementos que fazem parte integrante do mesmo.

3.2. Enquadramento histórico-legislativo

Apesar dos benefícios da coordenação de cuidados de saúde serem largamente reconhecidos, a concretização do conceito não somente não é linear como não existe um modelo consensual para responder a esta necessidade. Em Portugal, tem-se tentado implementar, ao longo dos últimos anos, vários modelos de integração de cuidados de saúde¹⁵, e um desses novos modelos assenta, efectivamente, no conceito de ULS.

Historicamente, os Hospitais do SNS integravam-se na administração indirecta do Estado e regiam-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, e no Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, e embora dotados de autonomia financeira e administrativa, eram dependentes do Ministério da Saúde (e mais concretamente das ARS) em matéria de financiamento, gestão e recrutamento de recursos humanos¹⁶.

Têm-se verificado, porém, a necessidade de reforma das instituições e serviços integrados no SNS, através da introdução de modelos alternativos de gestão. Assim, nos finais da década de noventa do século passado avançou-se com a implementação das primeiras experiências de gestão através da criação de estatutos jurídicos alternativos, isto é, através da adopção de novas modalidades de gestão das unidades hospitalares, sendo que, no entanto, foi imperativo avaliar as diversas experiências com o objectivo de averiguar qual ou quais se revelavam mais eficientes, bem como a possibilidade da sua coabitação com o modelo então em vigor. Tal desiderato encontrava a sua motivação, desde logo, no disposto no n.º 1 da Base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto da LBS, por força do qual “[...] a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.”.

Por seu lado, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, apresentava já uma preocupação com a integração de cuidados de saúde conforme resulta, desde logo, do seu preâmbulo: *“A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorrecta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde – unidade de saúde -, que hão-se viabilizar a*

¹⁵ A título exemplificativo, a integração horizontal é observada na criação de Centros Hospitalares ou Agrupamentos de Centros de Saúde, e no caso da integração vertical, na criação das ULS.

¹⁶ Note-se que actualmente mesmo os Hospitais com natureza EPE continuam a ser dependentes do Ministério da Saúde – e das ARS – no que respeita ao financiamento.

imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro lado, impõem a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspectos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde”.

Resulta assim, que o primeiro modelo de articulação de cuidados de saúde legalmente constituído, encontrava-se plasmado no artigo 14.º do Estatuto do SNS, sob epígrafe “Unidades de Saúde”. Em tal preceito era estabelecido que *“os hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde agrupam-se em unidades de saúde, de dimensão a definir, caso a caso, em despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração das ARS”, cabendo a tais unidades “assegurar a continuidade da prestação de cuidados, com respeito das atribuições das instituições que as integram”*¹⁷.

Posteriormente, e atendendo a que o modelo de unidades de saúde “[...] só muito dificilmente poder[ia] dar resposta à necessária flexibilidade de articulação entre hospitais, centros de saúde e outras instituições da mesma área geográfica, com a vista a partilha de recursos e maior disponibilidade de oferta de serviços, de acordo com as necessidades dos cidadãos.”, o legislador entendeu instituir, no ano de 1999, e por Decreto-Lei, um modelo de articulação/integração de cuidados de saúde, designado de sistemas locais de saúde, e que eram apresentados como “[...] conjuntos de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que se pretendem facilitadores da participação social que, em articulação com a rede de referência hospitalar concorram para o efectivo desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português.”- cfr. o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio .

Refira-se, ainda, a adopção de modelos alternativos de gestão, designadamente através da criação, pelo Decreto-Lei n.º 207/99, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (que integrou o Hospital Pedro Hispano e os Centros de Saúde do concelho de Matosinhos), a qual representou uma clara opção do legislador pela introdução de um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados

¹⁷ Como exemplo, deste tipo de unidades veja-se a Unidade de Saúde Setentrional A que integra as unidades hospitalares do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente) e os Centros de Saúde de Alvalade, Benfica e Lumiar integrados no ACES Grande Lisboa I – Lisboa Norte, o Centro de Saúde de Loures integrado no ACES Grande Lisboa VI – Loures e os Centros de Saúde de Odivelas e da Pontinha integrados no ACES Grande Lisboa V – Odivelas – vide em Anexo I a rede ULS e sua estrutura da oferta.

(hospitalares), e que “*pretendia otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de Saúde de uma região*”.

Assim, a criação de ULS constituiu uma opção de política de saúde por um dos formatos possíveis de integração de serviços, e diferente do modelo de sistema local de saúde estabelecido pelo referido Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio¹⁸.

Posteriormente, foi aprovada a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro que, para além de ter procedido a alterações à LBS, veio institucionalizar a empresarialização, através da aprovação, em anexo, do novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. O referido regime definiu como seu âmbito de aplicação subjectivo os hospitais integrados na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, abrangendo os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e os estabelecimentos privados “puros”, nos termos de contratos celebrados para esse efeito (n.ºs 1 e 2 do artigo 1.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar).

Por sua vez, o n.º 1 do artigo 2.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar veio definir a natureza jurídica dos hospitais que podem integrar a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde. Assim, foi estabelecida a possibilidade de existência de quatro tipos distintos de hospitais públicos, em função do modelo de gestão adoptado:

- a) os hospitais integrados no sector público administrativo (de ora em diante SPA), como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) os hospitais entidades públicas empresariais (de ora em diante EPE), como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) os hospitais sociedade anónima (de ora em diante SA), como sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; e

¹⁸ Uma vez que neste modelo as diversas instituições (hospitais, centros de saúde e outros) mantêm os seus órgãos e competências próprias, limitados apenas pela existência de um órgão de definição estratégica, o Conselho Coordenador, ao qual compete delinear estratégias de gestão e actuação que permitam um funcionamento articulado de todos os serviços e instituições que integrem dado Sistema Local de Saúde. De referir que tal modelo visa, potencialmente, integrar não só os hospitais e centros de saúde, mas também entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

d) os hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP), como estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais sejam celebrados contratos para a prestação de cuidados de saúde não integrados no SNS

O Regime Jurídico da Gestão Hospitalar estabelece, de igual modo, os princípios gerais que devem ser acautelados na prestação de cuidados de saúde, aplicáveis a todas as instituições e serviços integrados no SNS e, portanto, também àquelas que adoptaram o modelo de ULS, como seja (i) a liberdade de escolha do utente do estabelecimento hospitalar, (ii) a prestação dos cuidados com humanidade e respeito pelos utentes e (iii) o atendimento de qualidade, com eficácia e em tempo útil – cfr. artigo 4.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Por outro lado, e já no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de Junho, veio impor a *“extinção progressiva, até ao final de 2006, das sub-regiões de saúde com a próxima reformulação de funções das administrações regionais de saúde e dos centros de saúde, bem como a criação de unidades locais de saúde onde existam condições para a imediata integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares”* (alínea j) do ponto 5). A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ora em diante ACES) concretizou a extinção das Sub-Regiões de Saúde, e permitiu que progressivamente sucedessem nas suas atribuições, designadamente quanto à gestão dos Centros de Saúde, as próprias ARS ou os ACES ou, ainda residualmente, as ULS (art. 41.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que criou os ACES).

Actualmente, encontram-se criadas e em pleno funcionamento seis ULS: a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM), a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. (ULSNA), a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (ULSAM), a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (ULSBA), a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (ULSG) e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. (ULSCB).

A história das ULS iniciou-se com a criação da ULSM, pelo Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho. Aqui, foi evidenciado que a melhoria da prestação de cuidados de saúde pelo SNS assenta, em parte, na criação de condições que possibilitem uma melhor gestão das suas instituições e uma melhor articulação dessas instituições entre si e com outras instituições na mesma área geográfica.

Efectivamente, a criação da ULSM, como estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, representou um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados (hospitalares). A ULSM teve como principal especificidade o facto de competir a um único órgão, o Conselho de Administração, a direcção e gestão de um Hospital e de quatro Centros de Saúde – o Hospital Pedro Hispano (HPH) e os Centros de Saúde de Leça da Palmeira (o qual inclui ainda as extensões de Perafita, Santa Cruz do Bispo e Lavra), Matosinhos, S. Mamede de Infesta e Senhora da Hora.

Em 11 de Dezembro de 2002, a ULSM foi transformada, pelo Decreto-Lei n.º 283/2002, de 10 de Dezembro, em sociedade anónima detida por capitais exclusivamente públicos. Posteriormente, através do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, que procedeu à transformação de 31 estabelecimentos hospitalares SA em EPE, a ULSM passou novamente a ter a natureza de EPE, cuja concretização ocorreu com a aprovação, pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, do novo regime jurídico e dos respectivos estatutos jurídicos, e que actualmente regem, conjuntamente com o seu Regulamento Interno (Regulamento da ULSM de 26/08/2009), a organização e funcionamento da ULSM.

Por força do disposto no artigo 1.º do seu Regulamento Interno, a ULSM “[...] *está integrada no Serviço Nacional de Saúde e tem por objecto a prestação de cuidados de saúde, podendo, acessoriamente, explorar os serviços e efectuar as operações civis e comerciais relacionadas directa ou indirectamente, no todo ou em parte, com o seu objecto ou que sejam susceptíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como participar em sociedades anónimas cujo capital seja maioritariamente detido pela ULSM e que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde, assim como outras formas de associação.*”. No referido Regulamento Interno encontra-se ainda estabelecida a sua “Visão”, que consiste na “[...] *Acessibilidade simplificada e facilitada, equidade garantida, integração eficaz e comprometida, produtividade e eficiência na utilização dos recursos e diminuição das necessidades em saúde, desde logo para as doenças evitáveis, e uma população mais consciente para assumir estilos de vida saudáveis*”, bem como a sua Missão (“[...] *Satisfazer todas as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos auto-cuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência*”).

para outros níveis da rede hospitalar. Tem como rede de intervenção os Centros de Saúde, o Hospital Pedro Hispano e a rede de Cuidados Continuados e todos os pólos de intervenção social disponíveis para parcerias em saúde, sem esquecer as novas tecnologias de informação. Acessoriamente assegurar os cuidados hospitalares à população da Maia, e como segunda referência, ao Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim - Vila do Conde.”) – cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º do Regulamento da ULSM de 26/08/2009.

São ainda atribuições da ULSM:

- “a) Prestar cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos;*
- b) Prestar cuidados diferenciados de saúde às populações residentes na área de influência da ULSM;*
- c) Assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos;*
- d) Participar no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do sector, mediante a celebração de acordos com as entidades competentes.” – cfr. n.º 4 do artigo 2.º do Regulamento da ULSM de 26/08/2009.*

Por seu turno, e já quanto à organização dos serviços, prescreve ainda o referido regulamento interno que a ULSM é constituída pelas seguintes unidades de prestação de cuidados:

- “a) Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos - ACES;*
- b) Hospital Pedro Hispano - HPH;*
- c) Unidade de Convalescença”;*

Os quais se articulam “[...] de forma a proporcionarem cuidados de saúde centrados nas necessidades específicas dos utentes promovendo a integração e continuidade de cuidados.”.

No âmbito dos cuidados primários, os Centros de Saúde “[...] *devem desenvolver actividades específicas de cuidados personalizados, dirigidas ao indivíduo e à família, dos utentes inscritos, e de saúde comunitária aos indivíduos residentes no Concelho de Matosinhos.*”, e no âmbito dos cuidados hospitalares o Hospital Pedro Hispano “[...] *exerce funções nos domínios da prestação de cuidados assistenciais diferenciados, da formação pré e pós-graduada e da investigação*”, sendo que “[...] *a prestação de cuidados diferenciados processa-se em regime de ambulatório ou internamento, devendo privilegiar-se o tratamento ambulatório de todas as situações que sejam com ele compatíveis.*” (n.º 4 artigo 34.º do Regulamento da ULSM de 26/08/2009);

Por último, os cuidados continuados são prestados pelo designado Departamento de Cuidados Continuados que integra:

“[...]

a) *Equipa de Gestão de Altas;*

b) *Unidade de Cuidados Paliativos;*

c) *Unidade de Convalescença.*” – cfr. o artigo 54.º do Regulamento da ULSM de 26/08/2009.

Posteriormente, e através do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, foi criada a ULSNA, entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre¹⁹. A área de influência desta ULS é coincidente com a da extinta Sub-Região de Saúde de Portalegre, uma vez que ao abrigo do art. 1.º do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, e do art. 17.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, essa ULS sucedeu-lhe em todos os direitos e obrigações.

A ULSNA é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e rege-se, igualmente, pelo regime jurídico aplicável às EPE, com as especificidades previstas no referido Decreto-Lei n.º 50-

¹⁹ De acordo com a informação disponível no SRER da ERS e no site da ARS Alentejo na internet integram a ULSNA os Centros de Saúde de Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gaivão, Marvão, Monforte Montargil, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel - vide em Anexo I a rede ULS e sua estrutura da oferta.

B/2007, e nos seus estatutos, bem como no regulamento interno e nas normas em vigor para o SNS.

No que se refere à sua organização, o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, estabelece que a ULSNA “[...] *organiza-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de actuação específicas, devendo o respectivo regulamento interno prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.*”. Já o n.º 1 do artigo 2.º dos Estatutos da ULSNA, refere que a referida instituição “[...] *tem por objecto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.*”.

No ano seguinte à constituição da ULSNA, o Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro, procedeu à criação de mais três ULS: a ULSAM, a ULSBA e a ULSCG, enquanto pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Refira-se que no preâmbulo de tal diploma legal era mencionado que “*o tempo entretanto decorrido veio a demonstrar que, nos casos em que é possível adoptá-lo, aquele é um dos modelos organizacionais mais adequados de prestação de cuidados de saúde à população, cujos interesses e necessidades importa, em primeiro lugar, salvaguardar.*”.

O referido Decreto-Lei, para além de ter estabelecido um regime jurídico comum para as três ULS, decalcou o regime jurídico já previsto para a ULSM e ULSNA.

A ULSAM resultou da integração do Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. e dos Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo – cfr. al. a) do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro²⁰.

²⁰ De acordo com a informação disponível no SRER da ERS e no site da ULSAM, nesta última integram-se duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima), e os Centros de Saúde de Ponte da Barca; Ponte de Lima/Freixo, Barrocelas, Viana do Castelo, Vila Nova de Cerveira, Arcos de Valdevez, Darque,

A ULSBA resultou da integração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. e dos Centros de Saúde do distrito de Beja, com exceção do Centro de Saúde de Odemira²¹ – cfr. al. b) do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro.

A ULSG integrou os Hospitais de Sousa Martins, na Guarda, e de Nossa Senhora da Assunção, em Seia, e os Centros de Saúde do distrito da Guarda, com exceção dos Centros de Saúde de Vila Nova de Foz Côa e de Aguiar da Beira²².

Por último, o Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de Novembro, veio mais uma vez evidenciar que *“desde a criação da ULSM até aquela data, a ULS revela-se um dos modelos organizacionais mais adequados à prestação de cuidados de saúde à população, cujos interesses e necessidades importa, em primeiro lugar, salvaguardar”*, pelo que procedeu à criação da ULSCB, mais uma vez com igual regime jurídico, e que resultou da integração do Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco, com os ACES da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes centros de saúde: Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, Mação e Vila de Rei²³.

Melgaço, Caminha, Valença, Monção e Paredes de Coura - *vide* em Anexo I a rede ULS e sua estrutura da oferta.

²¹ De acordo com a informação disponível no SRER da ERS e no site da ULSBA, nesta última integram-se o Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, o Hospital de S. Paulo, em Serpa e os Centros de Saúde de Aljustrel, Barrancos, Serpa, Almodôvar, Ferreira do Alentejo, Moura, Vidigueira, Ourique, Alvito, Castro Verde, Beja, Cuba e Mértola - *vide* em Anexo I a rede ULS e sua estrutura da oferta.

²² De acordo com a informação disponível no SRER da ERS, integram a ULSG os Hospitais de Sousa Martins, na Guarda, e de Nossa Senhora da Assunção, em Seia, e os Centros de Saúde de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Sabugal, Guarda, Gouveia, Manteigas, Meda, Pinhel, Trancoso e Seia - *vide* em Anexo I a rede ULS e sua estrutura da oferta.

²³ *Vide* em Anexo I a rede ULS e sua estrutura da oferta.

4. Características essenciais das ULS

4.1. Integração como característica das ULS existentes

Recorde-se que, conforme já *supra* explicitado, na génese e alargamento do modelo de ULS esteve a necessidade de articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde, e em especial dos cuidados primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados, como forma de garantir uma mais eficaz e eficiente interligação entre esses níveis de cuidados.

No que se refere à articulação entre os cuidados primários e hospitalares (que são os dois níveis de cuidados mais directamente implicados no processo de constituição das ULS), apresentou-se sempre como objectivo primordial uma constante busca das melhores soluções possíveis no sentido de se atingir uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e subsequente retorno para os cuidados primários.

Refira-se a este respeito, a título de exemplo que o Regulamento da ULSM de 26/08/2009 estabelece que a ULSM deve desenvolver a sua actividade no sentido de assegurar que os utentes estejam no centro da sua preocupação, organizando-se no sentido de lhes disponibilizar os cuidados adequados ao seu estado de saúde de forma oportuna, cómoda, efectiva e eficiente, determinando ainda que “[...] *a circulação dos doentes entre os diversos níveis de cuidados, primários, hospitalares e continuados, é sempre acompanhada da necessária informação clínica*”, e que “[...] *as situações de tratamentos hospitalares prolongados, deve ser remetida à equipe de saúde familiar a informação clínica da situação do doente, de modo a permitir um conhecimento continuado e atempado da situação daquele.*”.

Tanto representa, assim, a consagração do objectivo visado com a criação das ULS, isto é, de uma única entidade ser responsável, na sua totalidade, pelo estado de saúde de uma determinada população, através de uma efectiva articulação entre os diversos níveis de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados), com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, sendo expectável que daí resultem benefícios, em termos de acesso aos cuidados de saúde, para os utentes residentes na área de influência de ULS.

Sucedem que, conforme melhor se analisará no capítulo seguinte, e no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares, não existem, nem em termos legais (e especificamente na legislação sobre acesso), nem em termos práticos, diferenças nos procedimentos adoptados no seio das ULS face aos demais estabelecimentos do SNS.

Por outro lado, e até pelo número significativo de exposições que têm sido trazidas ao conhecimento da ERS, a integração de cuidados de saúde no âmbito das ULS tem tido (apenas) a sua principal expressão em matéria de realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (de ora em diante MCDT). Ou seja, foi sendo trazido ao conhecimento da ERS os procedimentos de internalização de realização de MCDT, o que surge como inovador em face da tradicional opção, desde os primórdios da criação do SNS, de contratualização com o sector privado, através de convenções, da realização dos MCDT. Nesse sentido, a ERS tem prestado especial atenção a esta questão, e sido seu entendimento que não obstante a internalização ser um resultado da opção de integração de cuidados de saúde, por via de criação de ULS, deve ser acompanhada da garantia que tal procedimento não coloca em causa o direito de acesso universal e em tempo útil dos utentes das ULS a esse tipo de cuidados de saúde, nem coloca os utentes residentes na área de influência das ULS numa situação de desigualdade face aos utentes que sejam residentes noutras regiões de saúde, onde não somente o direito de acesso universal e em tempo útil pode estar a ser melhor assegurado, como existe igualmente a garantia do exercício pelos utentes da liberdade de escolha da entidade onde se pretendem dirigir para a realização de MCDT.

Assim, a questão concreta que ora se pretende evidenciar, e que se encontra relacionada com as implicações resultantes da criação e funcionamento das ULS, prende-se com a possibilidade de centralização da prestação de MCDT dentro das ULS, e consequente não emissão pelos Centros de Saúde integrados nas ULS de credenciais (vulgos P1) aos utentes do SNS, após verificada a existência de capacidade instalada para a realização dos referidos MCDT.

4.2. Situações concretas analisadas pela ERS

No que concerne à ULSM, a ERS concluiu, no âmbito do processo de inquérito que correu termos sob o número ERS/008/09, que a adopção de procedimentos restritivos de marcação e realização de MCDT prescritos nos Centros de Saúde nela integrados constituía, naquele quadro factual concreto, uma prática violadora do direito de acesso equitativo aos serviços públicos de saúde e publicamente financiados, bem como da liberdade de escolha dos utentes. Efectivamente, comprovou-se que o tempo médio de espera entre a marcação e a realização no Hospital de alguns MCDT prescritos no Centro de Saúde da Senhora da Hora, designadamente mamografias, TAC e densitometrias ósseas, eram significativos e muito superiores àqueles praticados nos prestadores privados convencionados a que os utentes do SNS de outras regiões têm acesso. Refira-se, a título de exemplo, que em Março de 2009, o tempo médio de espera para a realização de uma TAC Osteoarticular era de 3 meses e 24 dias, para uma densitometria 4 meses e 4 dias e para uma mamografia mais de 5 meses.

Em face de tais constatações, o Conselho Directivo da ERS deliberou, então, emitir uma instrução dirigida à ULSM, nos seguintes termos:

“a. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE deve proceder à realização dos MCDT, prescritos nos Centros de Saúde nela integrados, bem como à disponibilização dos resultados respectivos, nas melhores condições de acesso, correspondentes àquelas que, na ausência de um tal procedimento de internalização de exames, seriam ou são praticadas nos prestadores privados convencionados do SNS;

b. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE deve, nos casos em que verifique não possuir capacidade para a realização de tais MCDT nas melhores condições, proceder de forma efectiva e imediata à entrega/envio ao utente do documento/credencial necessário para que o mesmo possa recorrer aos serviços de prestadores privados convencionados do SNS, o que designada mas não limitadamente deve passar a suceder, imediatamente, no que respeita ao TAC cervical e abdomino-pélvico, ao TAC Osteoarticular, às densitometrias e às mamografias[...]”.

O Conselho Directivo da ERS deliberou ainda no âmbito do referido processo, proceder à abertura de um processo de monitorização (PMT/030/10), e no âmbito do qual a ULSM informou a ERS, numa base mensal e durante um período inicial de 1 (um) ano, e relativamente a todos os MCDT prescritos pelos Centros de Saúde integrados na ULSM, designada mas não limitadamente TAC's, Raio X, Densitometrias, Mamografias e Análises Clínicas, sobre:

- “(i) o tempo médio de espera, contado desde a data de prescrição pelo Centro de Saúde até à sua efectiva marcação no HPH;*
- (ii) o tempo médio de espera, contado desde a data da sua marcação até à sua efectiva realização no HPH;*
- (iii) o tempo médio de espera, contado desde a data da sua efectiva realização até à disponibilização dos resultados e sua efectiva remessa ao Médico de Família dos utentes;*
- (iv) o número de Credenciais emitidas para a realização de MCDT's por impossibilidade de realização dos mesmos nas melhores condições; e*
- (v) identificação de todas as situações que devessem levar à emissão de Credencial do SNS em que tanto não tenha ocorrido e justificação dos concretos intervenientes para o sucedido.”.*

Posteriormente, no âmbito dos processos de inquérito registados sob os números ERS/079/08 e ERS/045/09, que correram termos nesta Entidade Reguladora, e relativos à internalização de MCDT pela ULSNA, foi possível concluir, neste caso que

- (i) a ULSNA não se encontrava à data a coarctar o direito aos utentes de realizarem (exames endoscópicos e radiológicos) noutra local, designadamente em prestadores privados convencionados, apenas sendo os utentes informados que na ULSNA existe capacidade para a realização do exame e a possibilidade de o poder realizar num dos dois hospitais nela integrados; logo*
- (ii) a ULSNA estava a assegurar a liberdade de escolha de utentes, no que respeita ao acesso à realização de MCDT, uma vez que quando os utentes do SNS necessitassem de realizar MCDT, e os mesmos fossem prescritos pelo Centro de Saúde respectivo, as credenciais do SNS eram*

entregues aos utentes, podendo estes escolher livremente se pretendiam recorrer ao Hospital ou aos prestadores privados convencionados; ademais

(iii) na ULSNA o tempo médio de espera para a realização de exames nas unidades hospitalares integradas nessa ULS, era idêntico ao tempo médio de espera a que estavam sujeitos os utentes do SNS que recorrem a prestadores privados convencionados, nas restantes regiões do país; pelo que

(iv) a ULSNA se encontrava a assegurar o direito constitucionalmente consagrado de *acesso universal e equitativo de todas as pessoas ao serviço público de saúde*; e

(v) nos Centros de Saúde de Portalegre e Elvas, as credenciais do SNS são entregues aos utentes e que estes podem escolher se pretendem recorrer ao Hospital ou aos prestadores privados convencionados.

Pelo que, o Conselho Directivo da ERS, sem prejuízo de instar a ULSNA a que os seus procedimentos de internalização de exames respeitem permanentemente o quadro legal respeitante à liberdade de escolha dos utentes e à equidade de acesso, deliberou proceder ao arquivamento dos referidos processo de inquérito.

Mais tarde, e no âmbito do processo de inquérito registado sob o número ERS/021/10, aberto na sequência de uma exposição da Associação Nacional de Laboratórios Clínicos (ANL), procedeu-se à análise de tal procedimento de internalização, *in casu* de análises clínicas, em todas as ULS actualmente existentes, e a que acresceu ainda uma outra denúncia, agora relativamente à ULSCG, que foi objecto de análise no âmbito de processo de inquérito autónomo registado sob o número ERS/046/10.

No âmbito deste último processo de inquérito, veio a ULSCG desde logo confirmar que:

- (i) “[...] *tendo em vista otimizar a rentabilização da capacidade instalada nos Serviços de Patologia Clínica do Hospital Sousa Martins e do Hospital Nossa Senhora da Assunção, o Conselho de Administração da ULSCG, E.P.E. deliberou a 22/12/2009 dar início ao processo de internalização, nestes Serviços, da realização dos exames que têm sido requisitados ao exterior pelos Centros de Saúde.*”;

- (ii) e acrescentou ainda que “[...] tal decisão corresponde a um mero acto de gestão praticado pelo C.A. no exercício dos seus poderes previstos nos Estatutos, que em nada afronta as estipulações das convenções celebradas pela ARS, pois estas não obrigam as unidades de saúde do SNS por elas abrangidas, sempre que tais unidades deixem de necessitar dos recurso aos serviços das entidades convencionadas, por terem passado a dispor de capacidade própria para a realização dessas análises.”;
- (iii) quanto ao procedimento de internalização, foi referido pela ULSG, que o seu Conselho de Administração decidiu que “[...] a internalização das análises clínicas pedidas aos Centros de Saúde seria um processo faseado, que teria início nos Centros de Saúde da Guarda e Seia, dada a proximidade geográfica com os serviços de Patologia Clínica dos Hospitais de Guarda e de Seia, respectivamente. Somente após consolidação deste processo nos Centros de Saúde referidos e avaliação da capacidade dos dois laboratórios para dar resposta aos utentes dos outros concelhos da ULSG é que será tomada a decisão de avançar para os outros Centros de Saúde.”;
- (iv) e ainda que “[...] nos Centros de Saúde de Seia e da Guarda, onde se iniciou este processo, a prescrição de análises clínicas continuou a ser efectuada informaticamente, nos modelos constantes do SAM, tendo sido dadas instruções aos Centros de Saúde para aporem, nas mesmas, o carimbo “válido apenas na ULSG”, informando o utente que a colheita pode ser efectuada nesse Centro de Saúde ou no Hospital da sua área de residência, mas não num Laboratório Privado, sob pena de ser ele próprio a assumir os custos correspondentes.”;
- (v) relativamente à data para a realização da colheita, a mesma “[...] é determinada pela conveniência de cada utente e o protocolo a que deve obedecer determinado tipo de análises, podendo ser efectuada no Centro de Saúde, por pessoal de enfermagem com formação para tal, ou no Serviço de Patologia Clínica de um Hospital da ULSG, por técnicos de diagnóstico e terapêutica.”;
- (vi) no que se refere aos tempos médios de espera para a realização de MCDT e para a disponibilização e entrega dos resultados dos utentes foi referido que, quanto ao Laboratório de Análises Clínicas do Hospital da Guarda, são “diariamente realizadas colheitas aos utentes do centro de Saúde da Guarda, segundo a conveniência de cada utente”;

- (vii) e que a disponibilização e entrega dos resultados aos utentes depende de tipo de análises pedidas, podendo variar, com excepção de casos muito particulares (que podem ir até aos 30 dias), entre apenas alguns minutos e os 4/5 dias;
- (viii) quanto ao Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Seia, o mesmo efectua as análises no próprio dia em que o utente se apresenta nas instalações para a colheita; e
- (ix) quanto à disponibilização e entrega dos resultados aos utentes, o tempo médio depende do tipo de análises: as análises de rotina ficam prontas no próprio dia e os utentes podem ir levantá-las no fim do dia, e se tiverem que ser enviadas para o Centro de Saúde vão no dia seguinte.

Já no âmbito do processo de inquérito registado sob o número ERS/021/10, a ULSG veio esclarecer que o processo de internalização da realização de exames pedidos ao exterior pelos Centros de Saúde abrange apenas as análises clínicas não se aplicando a outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Mas todas as outras ULS igualmente se pronunciaram sobre a adopção ou não, e em que termos, possuiriam procedimentos de internalização de MCDT.

Assim, a ULSAM, informou a ERS que “[...] *não se revê na denúncia apresentada pela [ANL], uma vez que “[...] não tem instituído o mecanismo administrativo de internalização das prescrições médicas de MCDT’s, não estando limitada a liberdade de escolha dos utentes dos Centros de Saúde da ULSAM*”.

A ULSCB referiu que, estando constituída apenas desde Janeiro de 2010, se encontra “[...] *em fase de reorganização dos seus serviços, de forma a permitir uma melhor articulação entre os diversos níveis de cuidados de saúde [e que] este objectivo depende substancialmente da existência de um sistema informático que integre todas as unidades constituintes da ULSCB, que ainda se encontra em fase de aquisição*”; e “*da articulação dos cuidados e da racionalização dos recursos resultará mais eficiência e também mais “conforto” para os utentes; [sendo] objectivo da ULSCB a utilização primordial dos interesses dos utentes e com respeito pelos direitos de terceiros legitimamente constituídos*”.

A ULSBA, em 29 de Julho de 2010, anotou que tem em funcionamento quatro laboratórios “[...] *sediados nos Hospitais de Beja e Serpa e nos Centros de Saúde de Beja I e de*

Mértola”; e nestes laboratórios é perguntado ao utente “[...] *se deseja realizar o exame no Centro de Saúde, ou não, sendo passada a requisição de MCDT normalizada para os convencionados, caso seja esta a decisão do utente*”.

4.3. Da internalização de MCDT

Da internalização dos MCDT pode resultar, em algumas situações, não só uma eventual impossibilidade de escolha pelos utentes da entidade a que pretendem recorrer para a realização de MCDT, mas principalmente uma afectação do seu direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde e publicamente financiados, (i) quer em função de lhes ser vedado ou dificultado o acesso nas melhores condições (ii) quer em função de tal centralização poder ser indutora de desigualdades geográficas em função da sujeição dos utentes da área de influência das ULS a mecanismos ou procedimentos diferentes daqueles a que estão sujeitos os utentes do SNS residentes no restante território nacional.

Nesse sentido, procede-se de seguida à análise e respectivo enquadramento jurídico das consequências que da adopção de tais procedimentos podem resultar para os utentes.

O imperativo constitucional de acesso à prestação de cuidados de saúde pode ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspectiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica. E na perspectiva temporal surge associado à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória, assim como em tempo útil, o que implica uma equidade “temporal” de atendimento, para satisfação de iguais necessidades de cuidados de saúde.

Assim, importa assegurar que, qualquer que seja o procedimento de marcação e realização de exames referentes aos MCDT implementados pelas ULS, o acesso dos utentes inscritos nos Centros de Saúde das suas áreas de influência (designadamente na sua vertente temporal) seja assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País.

A título exemplificativo, pode-se evidenciar o que ocorreu na ULSM que adoptou um procedimento de internalização da marcação e realização de exames radiológicos dentro

da sua área de influência, mas em que, como visto, o tempo médio de espera entre a marcação e a realização no Hospital de alguns MCDT prescritos no Centro de Saúde da Senhora da Hora, eram significativos e muito superiores àqueles praticados nos prestadores privados convencionados a que os utentes do SNS de outras regiões têm possibilidade de acesso (superando mesmo os 5 meses de espera no caso das mamografias, 4 meses nas densitometrias e 3 meses nas TAC osteoarticulares). Na verdade, tenha-se presente que nos termos da cláusula 20.^a da Proposta de Contrato para Prestação de Cuidados de Saúde no âmbito da realização de exames radiológicos (homologada por despacho do Secretário de Estado da Saúde em 06/05/83), *“o prazo de validade das requisições de exames é de 10 dias úteis contados a partir da data de prescrição”*, sendo nesse prazo que devem ser executados os exames, e *“o prazo máximo de entrega dos resultados ou relatórios é de cinco dias úteis após a execução do exame radiológico, excepto para os exames que por condições técnicas específicas imponham maior prazo”* (cláusula 19.^a da referida Proposta de contrato).

Isto significa que os utentes de qualquer outra região do País, quando recorrem a prestadores privados convencionados na área de radiologia, estão sujeitos a um tempo de espera para a realização dos exames que rondam os 10 dias úteis, e a um prazo máximo de entrega dos resultados ou relatórios de 5 dias, ao passo que os utentes residentes nos concelhos da área de influência da ULSM estavam sujeitos a tempos de espera significativamente superiores. E isto apenas porque a ULSM adoptou um procedimento de internalização da marcação e realização de exames, que não deixava alternativa aos utentes senão realizar tais exames nas unidades hospitalares em questão. Ora, quando os utentes de uma área de influência de uma ULS estiverem sujeitos a um tempo de espera superior aos utentes de qualquer outra região do País, teremos uma violação dos princípios estabelecidos na Lei de bases da Saúde, designadamente, a Base II, n.º 1, alínea b), nos termos da qual deverá ser assegurada a *“igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam”* – realce nosso.

Ou seja, a existência de desigualdades geográficas no acesso aos cuidados de saúde poderá estar em contradição com alguns dos princípios básicos do direito à saúde, não parecendo de todo defensável que o direito constitucionalmente consagrado de acesso à prestação de cuidados de saúde, que tutela todos e cada um dos utentes do SNS, possa ser por qualquer forma coarctado, como por exemplo na situação então existente na

ULSM mediante a sujeição dos utentes a um tempo de espera substancialmente superior àquele a que estão sujeitos os utentes residentes nas restantes regiões do País. E tanto justifica que sempre que seja implementado pelas ULS um procedimento de internalização, o mesmo deva ser avaliado em termos de impacto que uma tal internalização produz no efectivo acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Outra questão que resulta directamente da implementação de um procedimento de internalização de MCDT prende-se com a eventual impossibilidade dos utentes de escolherem a entidade a que pretendem recorrer para a realização de MCDT que lhes hajam sido prescritos pelo médico de família. Ora, o direito a escolher livremente os prestadores de cuidados de saúde encontra-se plasmado na Base XIV, n.º 1, alínea a) da LBS (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Acrescenta ainda a Base V, n.º 5, que *“é reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços”*.

Mas a liberdade de escolha que aqui se cuida, e que à ERS cumpre assegurar no quadro das suas atribuições e competências, prende-se com a *liberdade de escolha* nos estabelecimentos de saúde privados (alínea d) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio). E existindo operadores convencionados numa determinada área geográfica seria de esperar que os utentes pudessem utilizar as credenciais (P1), emitidas pelos Centros de Saúde da sua área de residência, para a realização dos exames em causa, nos prestadores privados convencionados localizados em tal área de influência. Assim, como em qualquer um dos prestadores convencionados com o SNS que se achem localizados na área de jurisdição das ARS.

Ora, como resulta do referido *supra*, a centralização da prestação de tais exames poderá impedir este procedimento, impondo a realização daquele tipo de exames apenas no âmbito da ULS. Em tal situação, os utentes que se desloquem aos Centros de Saúde que integram as ULS, deverão realizar os exames prescritos pelos médicos de família internamente – quando aquela tenha capacidade para a realização do mesmo – ou em estabelecimento privado convencionado – quando a mesma não tenha capacidade para a realização do exame requerido.

Importa assim distinguir aquelas situações em que as ULS constatarem possuir capacidade de resposta para realização dos exames em causa, daquelas outras em que as mesmas

constatam não possuir capacidade para a realização do exame ou exames requeridos de MCDT:

i) Quando a ULS tenha capacidade para a realização do exame requerido

Confrontam-se duas posições distintas:

- (i) por um lado, a ULS, enquanto entidade pública integrada no SNS, pode utilizar os seus recursos disponíveis e, como tal, pode internalizar a prestação de MCDT;
- (ii) por outro lado, este procedimento pode restringir a liberdade de escolha dos utentes.

Aqui importa rememorar que, de acordo com o estabelecido nas Bases V, n.º 5 e XIV, n.º 1 al. a) da Lei de Bases da Saúde, *supra* referidas, são admissíveis as limitações à liberdade de escolha que resultarem das regras de organização do sistema de saúde.

Decorre do art. 2.º do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho (que criou a ULSM), que *“São atribuições da ULS a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, directamente através dos seus serviços ou indirectamente através da contratação com outras entidades [...]”,* prevendo-se no art. 5.º do mesmo diploma que *“A actividade da ULS necessária ao exercício das suas atribuições será desenvolvida de modo integrado, atenta a sua organização interna e as demais entidades prestadoras de cuidados de saúde da área [...]”*. E na restante legislação que criou as demais ULS, no art. 3.º em Anexo dos correspondentes Decretos-Lei, verifica-se que *“As atribuições das ULS constam do respectivo regulamento interno, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programas, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde”*.

Resulta assim que a possibilidade de integração de serviços pela ULSM, que foi apresentado como exemplo no presente estudo, estava prevista em tais diplomas legais, sendo então uma consequência possível da sua criação. Refira-se, ademais, que a criação das ULS representa uma opção de política de saúde que, nos termos do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a ERS deve respeitar, sendo nessa estrita medida que eventuais limitações à liberdade de escolha decorrentes do próprio

conceito de ULS devem ser compatibilizadas com outros valores que compete à ERS defender.

No entanto, a adopção de procedimentos de internalização terá sempre como limite os princípios fundamentais, constitucional e legalmente estabelecidos, designadamente o *direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde*. E a este propósito, torna-se necessário reiterar que se deverá considerar que as ULS têm capacidade instalada para a realização de MCDT quando a referida realização e consequente disponibilização dos resultados seja assegurada nas melhores condições de acesso, correspondentes àquelas que, na ausência de um tal procedimento de internalização de exames, seriam ou são praticadas nos prestadores privados convencionados. Por seu turno, naquelas situações em que os tempos de espera para a realização de exames e para a obtenção de resultados sejam superiores aos tempos clinicamente aceitáveis, não estarão a ser respeitados os *supra* referidos princípios fundamentais. E não se encontrarão, igualmente, a ser cumpridos os objectivos subjacentes à própria essência da ULS que, como visto, assentando no conceito da prestação integral e integrada de cuidados de saúde à população da área geográfica relevante, visa obter ganhos em saúde.

ii) Quando a ULSM não tenha capacidade para a realização do exame requerido

Situação diferente ocorrerá quando as ULS não têm capacidade para a realização dos exames requeridos, seja porque não possui os recursos materiais e humanos necessários à realização de tais exames, seja porque em determinada situação ou momento não consegue responder nas melhores condições de acesso, correspondentes àquelas que são praticadas nos prestadores privados convencionados.

A questão assume particular acuidade, uma vez que a ULS poderia, hipoteticamente, adoptar um procedimento de selecção do estabelecimento privado onde o exame seria realizado, situação em que a ULS embora sem possuir capacidade para a realização de determinado exame, não deixaria de controlar o processo de selecção e agendamento da realização do mesmo em operador por si escolhido, não tendo o utente qualquer influência nesse processo.

E quanto a este aspecto, sempre se dirá que as ULS, enquanto entidades públicas, estão sujeitas às regras de contratação previstas para as entidades que integram a

Administração Pública – directa ou indirecta –, nomeadamente no que à transparência, legalidade e imparcialidade respeita.

Por outro lado, numa tal situação em que seriam as ULS a seleccionar o prestador privado onde realizar a prestação de MCDT, em função de inexistência de capacidade instalada na ULS, verificar-se-ia uma restrição à liberdade de escolha dos utentes sem que à mesma correspondessem quaisquer *limitações*, ou pelo menos limitações atendíveis, *decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços*.

Pelo contrário, não se verificará uma qualquer violação da liberdade de escolha dos utentes, nas situações em que se verifique o recurso à emissão de credenciais entregues directamente aos utentes.

4.4. Financiamento

Desde 2007 que têm sido desenvolvidos novos modelos de financiamento dos hospitais e das ULS, visando quer mobilizar os recursos financeiros necessários a assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade, quer uma maior eficiência na utilização dos recursos financeiros disponíveis.

No que diz respeito aos estabelecimentos hospitalares que não fazem parte de ULS, ou seja hospitais EPE, os hospitais SPA, e Centros Hospitalares, os mesmos são actualmente financiados por linha de produção²⁴, sendo que no caso específico da produção de internamento e ambatório é considerada a “*proporção de doentes equivalentes apurada a partir da produção classificada em GDH de 2007 agrupada na versão AP21, mantendo-se igualmente o índice de case-mix do mesmo ano (2007)*”²⁵.

Esta situação difere do financiamento das ULS, o qual é atribuído *per capita*, ajustado às populações de cada ULS através de um índice, com base nas suas características, que

²⁴ As linhas de produção a contratar, para o ano de 2011, de acordo com a ACSS são as seguintes: internamento de agudos e de crónicos; ambatório médico e cirúrgico; consultas externas (primeiras e subsequentes); atendimentos urgentes, por tipologia; sessões de hospital de dia; hemodiálise e diálise peritoneal; diagnóstico pré-natal; interrupção da gravidez; novos doentes de VIH/Sida; e serviço domiciliário.

²⁵ Vide “*Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos*”, publicada pela ACSS em Novembro de 2010.

pretende reflectir as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde. De facto, no que se refere às ULS, foi implementada uma modalidade de pagamento de base populacional ajustada pelo risco e adequada à integração da prestação de cuidados de saúde primários e secundários. Ora, durante o triénio de 2007-2009, e no âmbito do processo de acompanhamento das ULS desenvolvido em parceria com as ARS, a ACSS avaliou uma tal modalidade de pagamento. Entre outros aspectos, pretende-se uma maior consistência estatística ao ajustamento do risco, incorpora-se a efectividade de prestação (por exemplo, o fluxo de doentes), visa-se condicionar a selecção dos doentes, controlar mais eficientemente os medicamentos dispensados em farmácias de oficina e aumentar a componente variável associada ao cumprimento de metas de qualidade e sustentabilidade. Por outro lado, de tal modelo de financiamento surge ainda uma mais clara separação dos papéis de comprador de cuidados de saúde (ARS) e prestador dos mesmos (ULS), designadamente ao nível do contrato-programa.

Assim, o modelo evolui, em 2010, para o reforço das vertentes de ganhos em saúde e de sustentabilidade económico-financeira, através da revisão dos grupos de financiamento, actualização de preços e acréscimo do peso dos incentivos à qualidade e sustentabilidade económico-financeira.

No actual contexto de contenção orçamental, o modelo foi revisto para procurar assegurar a sustentabilidade das instituições em situação mais crítica e sinalizar a necessidade de evolução para níveis de produção mais eficientes. Em Novembro de 2010, a ACSS publicou a *“Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos”*, relativa ao Contrato-Programa 2011, e que estabelece *“os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e respectivos Hospitais e Unidades Locais de Saúde, no que respeita aos objectivos, actividades e resultados a alcançar no ano de 2011, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde”*. No que diz respeito aos objectivos específicos das ULS, é evidenciado em tal *Metodologia* que *“a actividade a contratar deve assegurar a prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados de saúde primários e na sua capacidade para gerir o estado de saúde dos utentes garantindo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efectivo. Assim, a actividade a contratar pelas Regiões de Saúde deve considerar a reorganização da prestação em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro sendo*

indispensável implementar o Plano de Desempenho dos ACES. Adicionalmente, deve-se considerar a:

- (i) Optimização da utilização dos recursos disponíveis, reservando-se o acesso aos cuidados secundários, em especial, ao Serviço de Urgência, para as situações que exijam este grau de intervenção;*
- (ii) Promoção da acessibilidade dos Utentes nos dois níveis de prestação de cuidados, facilitando a referenciação inter-institucional dos Utentes;*
- (iii) Coordenação do acompanhamento dos Utentes que necessitem de cuidados após a alta”.*

Pelo exposto, no caso específico das ULS foram propostos os seguintes objectivos adicionais no que refere a modalidade de pagamento:

- Proporcionar maior consistência estatística ao modelo de ajustamento do risco²⁶;*
- Promover a efectividade de prestação (eg. fluxo de doentes);*
- Promover a qualidade da prestação;*
- Racionalizar a despesa com medicamentos dispensados em farmácias de oficina.*

Nesse quadro, a “Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos”, da ACSS, de Novembro de 2010, define que “[a] modalidade de pagamento das ULS para o triénio 2010/2012 estabelece que o valor per capita de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%)”.

Concretamente, os índices de cada componente e formação do orçamento prospectivo *target* são os que são apresentados na tabela seguinte:

²⁶ A ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, recolheu e trabalhou um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ULS que habilita os prestadores de cuidados a desenvolver as melhores respostas, capacitando o processo de contratualização em 2011 e anos subsequentes. Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização das ULS, de forma a promover localmente o planeamento das actividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS.

	CP2010	CP 2011	Var. 10/11	Var. % 10/11	Capita 2010	Capita 2011
Grupo	606.551.611 €	572.897.807 €	-33.653.804 €	-5,5%	659 €	622 €
ULSM	114.722.313 €	107.629.439 €	-7.092.874 €	-6,2%	678 €	636 €
ULSAM	144.726.041 €	137.476.746 €	-7.249.295 €	-5,0%	578 €	549 €
ULSG	90.066.621 €	85.563.289 €	-4.503.331 €	-5,0%	581 €	552 €
ULSCB	74.276.935 €	70.563.088 €	-3.713.847 €	-5,0%	705 €	670 €
ULSNA	95.918.085 €	89.197.458 €	-6.720.627 €	-7,0%	830 €	772 €
ULSBA	86.841.616 €	82.467.785 €	-4.373.831 €	-5,0%	694 €	659 €

Fonte: ACSS.

De acordo com o quadro *supra* a ULSAM é a que apresenta os valores Capita 2010 e Capita 2011 mais baixos de todas as ULS. Pelo contrário, a ULSNA é a que apresenta os preditos valores mais elevados.

Na secção 6, confronta-se os valores apresentados na tabela *infra*, com os valores obtidos pelo cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano.

5. O Direito de Acesso

Recorde-se que o direito à protecção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, atribui o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deva ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente, a universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial.

Por seu lado, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.*

Resulta que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras que garantam que, por um lado, um qualquer utente obterá, junto do SNS, os cuidados globais de saúde que efectivamente necessite, e que, por outro, os mesmos cuidados sejam prestados dentro do tempo medicamente aceitável e tendente à sua recuperação. Ademais, os prestadores de cuidados de saúde devem prestar todos os cuidados de saúde, a cada um dos utentes que a si se dirigem, dentro do tempo considerado útil e necessário ao efectivo cumprimento de tal desiderato constitucional.

5.1. Do conteúdo ínsito do direito de acesso aos cuidados de saúde pelo utente do SNS

O acesso aos cuidados de saúde deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspectiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica.

Na realidade, e tanto tem sido amplamente assente, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido seja qual for a condição económica de que dos mesmos necessite, daí

decorrendo todo o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras.

Por outro lado, a perspectiva temporal surge, igualmente, como naturalmente associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória, assim como em tempo útil. Sendo actualmente o conceito mais consensual de equidade de utilização de serviços de saúde o conceito de equidade horizontal, ou seja, igual tratamento para igual necessidade ou ainda, tratamento distribuído de acordo com as necessidades e independentemente da fonte de financiamento, tal implica uma equidade “temporal” de imposição de atendimento, para satisfação de iguais necessidades, por ordem de solicitação da prestação dos serviços. Todavia, implica, ademais, uma satisfação das necessidades de cuidados de saúde em tempo útil e adequado.

Necessariamente, o acesso aos cuidados de saúde deve igualmente ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efectivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos (vertente qualitativa). Dito de outro modo, se a concreta necessidade de um utente for satisfeita mediante prestação de serviços que não se enquadrem com aqueles que, de acordo com o estado da arte e técnica, são reputados como necessários e adequados, existe consequentemente um desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.

Finalmente, e numa vertente geográfica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam.

Ora, e no que concretamente respeita à vertente temporal de acesso, o legislador ordinário estatuiu, de forma geral e abstracta, os tempos que devem ser observados por cada um dos prestadores consoante a natureza do cuidado de saúde prestado.

5.2. Dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Pela Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, foram aprovados “[...] os termos a que deve obedecer a redacção e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde [...]” (cfr. artigo 1.º), com o objectivo de “[...] garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo

Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas²⁷ em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...] (cfr. n.º 1 do artigo 2.º).

Enquanto instrumentos de concretização de tal desiderato, prevê-se a definição e estabelecimento de “*tempos máximos de resposta garantidos*”²⁸, bem como o reconhecimento do “*direito dos utentes à informação sobre esses tempos*” (cfr. n.º 2 do artigo 2.º). Este último é garantido por via da definição e imposição do conjunto de deveres de informação previsto no artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, que os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e do sector convencionado devem cumprir. Prevê-se que tais estabelecimentos devem “[...] *publicar e divulgar, até 31 de Março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção-Geral das Actividades da Saúde.*” (cfr. al. f) do artigo 4.º), sendo certo que aos utentes é reconhecido “[...] *o direito de reclamarem para a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos legais aplicáveis, caso os tempos máximos garantidos não sejam cumpridos.*” (cfr. artigo 5.º).

Por último, o artigo 6.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto determina que deva ser aprovado um regime sancionatório por infracção ao disposto em tal diploma legal, o que veio a verificar-se através da aprovação e publicação do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

²⁷ A Carta dos Direitos de Acesso é aplicável no âmbito da *rede nacional de prestação de cuidados de saúde*, a qual abrange os estabelecimentos do SNS e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem hajam sido celebrados contratos para prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS – cfr. n.º 4 da Base XII da LBS. Faz-se notar, aliás, que tais contratos com estabelecimentos privados e profissionais em regime liberal podem ser celebrados (apenas) desde que esteja garantido o direito de acesso – cfr. n.º 3 da Base XII da LBS.

²⁸ Os tempos máximos de resposta garantidos são estabelecidos por Portaria do Ministério da Saúde, para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada, devendo, gradualmente, ser discriminados por patologia ou grupos de patologia (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007). Por seu turno, cada estabelecimento do SNS fixará anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional por via da referida Portaria, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, que igualmente deverão constar dos respectivos plano de actividades e contratos-programa (cfr. n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007).

5.3. As Portarias de regulamentação da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto

Consistindo a Lei n.º 41/2007 num avanço legislativo no sentido de conformar e concretizar, cada vez mais, o direito de acesso aos cuidados de saúde, a mesma previa a sua regulamentação de forma a objectivar, mediante regras concretas, o direito fundamental de acesso aos cuidados de saúde. E enquanto instrumentos de concretização de tal desiderato, estabeleceu-se que

“A Carta dos Direitos de Acesso define:

a) Os tempos máximos de resposta garantidos;

b) O direito dos utentes à informação sobre esses tempos.” - cfr. n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto.

Este último direito é garantido por via da definição e imposição do conjunto de deveres de informação previsto no artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, e concretamente:

“De forma a garantir o direito dos utentes à informação, previsto no artigo 2.º da presente lei, os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e do sector convencionado são obrigados a:

a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelos utentes a informação actualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;

b) Informar os utentes no acto de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;

c) Informar os utentes, sempre que for necessário accionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior;

d) Informar os utentes, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde estiver esgotada e for necessário proceder à referenciação para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b);

e) Manter disponível no seu sítio da Internet informação actualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados; [...].

Na esteira da Lei n.º 41/2007 surgiu, então e num primeiro estágio, a Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, que cria a Consulta a Tempo e Horas (CTH). Por tal Portaria n.º 615/2008, veio o Legislador aprovar o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH) e que resulta do reconhecimento da “[...] *existência de insuficiências ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar, [que levou à identificação da] necessidade de adopção de medidas de gestão, nomeadamente em matéria de regulação, normalização e controlo, que permitam uma monitorização eficaz da capacidade de resposta das instituições hospitalares do SNS, pelo que se justifica a criação de um programa específico*” – cfr. preâmbulo da referida Portaria.

Foram assim estabelecidas as regras de organização e procedimentos, a serem implementados em calendarização determinada na Portaria, que permitiram a constituição de um tal sistema integrado de referenciação e acesso a primeiras consultas hospitalares de especialidade, foram estabelecidas as primeiras regras específicas e efectivas sobre os TMRG, conforme *infra* se destacam:

“4.3. — O prazo máximo do hospital de destino para avaliação do pedido e de marcação de consulta é de três dias úteis, independentemente do número de triadores que intervenham no procedimento. [...]

5 — Tempo máximo de resposta garantido no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar:

5.1 — O tempo máximo de resposta garantido a atribuir ao acesso à primeira consulta da especialidade hospitalar, nos termos da Lei n.º

41/2007, de 24 de Agosto, é objecto de actualização por portaria a publicar anualmente.

5.2 — Atendendo ao nível da prioridade clínica atribuída pelo triador e sem prejuízo de prazos mais reduzidos que venham a ser definidos em função do tipo de patologia, a realização de primeiras consultas hospitalares tem o seguinte tempo máximo de resposta, contado a partir da data do registo do pedido pela unidade de cuidados de saúde primários:

5.2.1 — 30 dias, se a realização da consulta for considerada como muito prioritária;

5.2.2 — 60 dias, se a realização da consulta for considerada como prioritária;

5.2.3 — 150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal.”

Mas a regulamentação da Lei n.º 41/2007 foi complementada pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, que veio, efectivamente, definir “[...] *ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007*” (cfr. preâmbulo da Portaria), os Tempos Máximos de Resposta Garantidos a serem respeitados pelos estabelecimentos do SNS, mas igualmente pelos prestadores privados convencionados com o SNS. Ou seja, esta última Portaria procedeu à fixação, “*a nível nacional, [dos] tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e que constam do anexo n.º 1 [da referida Portaria]*”, tal como estabeleceu o dever de “*os TMRG definidos na presente portaria [deverem] ser tidos em conta nos planos de desempenho e na contratualização para 2009 dos estabelecimentos do SNS bem como na revisão ou estabelecimento de novos contratos com entidades convencionadas*” – cfr., respectivamente, o n.º 1 e o n.º 2 do artigo 1.º de tal diploma.

Assim, veio o legislador estabelecer os seguintes TMRG para a prestação de cuidados de saúde:

1 — Cuidados de saúde primários: 1.1 — Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente:	
---	--

1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no dia do pedido.
1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda	15 dias úteis a partir da data do pedido.
1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta:	
1.2.1 — Renovação de medicação em caso de doença crónica	Setenta e duas horas após a entrega do pedido.
1.2.2 — Relatórios, cartas de referência, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem)	Setenta e duas horas após a entrega do pedido.
1.3 — Consultas programadas pelos profissionais	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.
1.4 — Consulta no domicílio a pedido do utente	Vinte e quatro horas se a justificação do pedido for aceite pelo profissional.
2 — Hospitais do SNS:	
2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde:	
2.1.1 — De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.....	30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde.
2.1.2 — De realização «prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.....	60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.
2.1.3 — De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.....	150 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.
2.2 — Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada.....	Variável em função do nível de prioridade — v. n.º 3.3 das

2.3 — Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares: 2.3.1 — Cateterismo cardíaco 2.3.2 — <i>Pacemaker</i> cardíaco..... 3 — Entidades convencionada: 3.1 — Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.....	notas técnicas. 30 dias seguidos após a indicação clínica. 30 dias seguidos após a indicação clínica O tempo de resposta que conste no contrato de convenção.
---	---

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro

Note-se que, diferentemente do que havia sucedido com a Portaria n.º 615/2008, que apenas estabeleceria os TMRG para acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, pela Portaria n.º 1529/2008 foram estabelecidos TMRG para o acesso a diferentes níveis e tipos de cuidados, como sejam

- (i) consultas em cuidados de saúde primários;
- (ii) primeiras consulta de especialidade hospitalar (em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica);
- (iii) realização de determinados meios complementares de diagnóstico, mormente em doenças cardiovasculares;
- (iv) cirurgia programada (em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica); e ainda
- (v) consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico em entidades convencionadas.

Por outro lado, por tal Portaria foi ainda publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, que contém o elenco de direitos reconhecidos aos utentes do SNS, e concretamente

“I — [...] o utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem direito:

- 1) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;*
- 2) Ao registo imediato em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação;*
- 3) Ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos anualmente por portaria do Ministério da Saúde para todo o tipo de prestação de cuidados sem carácter de urgência;*
- 4) A reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde caso os TMRG não sejam cumpridos, podendo ainda, no caso de se tratar de um estabelecimento do SNS, reclamar através do Sistema Sim-Cidadão.*

E enquanto direitos dos utentes à informação, que:

II — [...] o utente do SNS tem direito a:

- 1) Ser informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;*
- 2) Ser informado, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os tempos máximos de resposta garantidos a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;*
- 3) Ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referência para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado;*
- 4) Conhecer o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do SNS estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de Março de cada ano.”.*

Consequentemente, e atento o quadro legal vindo de referir, verifica-se que o ordenamento jurídico possui, efectivamente e entre outras, *regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde* que estabelecem:

- (i) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – ao registo imediato em sistema de informação do pedido de consulta, exame médico ou tratamento;
- (ii) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – ao agendamento, no prazo máximo de 3 dias contados da recepção do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, da prestação de cuidados de acordo com a prioridade;
- (iii) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – de prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde, que no caso significa o cumprimento dos TMRG definidos para primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos Centros de Saúde (30, 60 ou 150 dias seguidos consoante o tipo de prioridade atribuído à necessidade de consulta);
- (iv) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – de informação sobre a posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde em espera;
- (v) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – de informação através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os TMRG a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;
- (vi) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – de informação quando uma instituição prestadora de cuidados não tenha capacidade para dar resposta dentro dos TMRG aplicáveis;

(vii) o direito – e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares do SNS – de ser assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado quando se verifique falta de capacidade para dar resposta dentro dos TMRG aplicáveis.

Tais regras estabelecidas na Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto e nas Portarias que a regulamentaram são regras claras, precisas e incondicionais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, reconhecendo porém o legislador que a fixação dos TMRG só é credível se existirem instrumentos adequados de monitorização do seu cumprimento. A fidelidade e qualidade de qualquer informação a obter neste âmbito obriga ao funcionamento pleno do sistema informático da CTH porque é certamente o único meio capaz de alcançar tais desideratos – cfr. Preâmbulo da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

Não obstante tal observação, certo é que veio o mesmo legislador assumir que à data da publicação desta portaria estavam reunidas as condições no SNS para estabelecer TMRG tal como ali considerados, de onde se retira que aos prestadores de cuidados de saúde se imponha, desde o dia 1 de Janeiro de 2009, o atendimento do utente de acordo com os TMRG *supra* visto.

5.4. Acesso dos utentes aos MCDT

De acordo com o que foi evidenciado anteriormente, a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, para além de ter publicado em anexo a “*Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*”, veio fixar os tempos máximos de resposta garantidos para o acesso àqueles cuidados de saúde em que “[já se encontravam] *reunidas condições a nível do SNS para estabelecer TMRG [designadamente no] acesso a consultas e cuidados domiciliários dos centros de saúde, a consultas externas hospitalares, a cirurgia programada e a determinados meios complementares de diagnóstico e terapêutica no âmbito de cardiologia.*” – cfr. Preâmbulo da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

De fora ficaram os restantes MCDT, para os quais ainda não existem TMRG fixados por Portaria. Embora isso não signifique que não se deva procurar assegurar a *garantia da prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente*.

Refira-se aliás a esse respeito que, e no que se refere ao acesso aos MCDT realizados pelas entidades convencionadas, a Tabela dos TMRG (publicada no anexo n.º 1 à Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro) estabelece como tempo máximo de resposta “*o tempo de resposta que conste do contrato de convenção*”, tomando-se aqui como exemplo a Proposta de Contrato para Prestação de Cuidados de Saúde no âmbito da realização de exames radiológicos (homologada por despacho do Secretário de Estado da Saúde em 06/05/83), que estabeleceu “*o prazo de validade das requisições de exames é de 10 dias úteis contados a partir da data de prescrição*” (cláusula 20.^a), e que “*o prazo máximo de entrega dos resultados ou relatórios é de 5 dias úteis após a execução do exame radiológico, excepto para os exames que por condições técnicas específicas imponham maior prazo*” (cláusula 19.^a), pelo que é dentro de tais prazos que deverão ser realizados os exames.

Ora, em face do até aqui exposto, importa à ERS, em face do procedimento de internalização de MCDT que poderá ser adoptado pelas ULS, zelar pela aplicação das regras que garantam, de forma ampla e clara, a salvaguarda dos direitos de acesso dos utentes. Na verdade, se houve necessidade de estender o SNS a entidades privadas, mediante convenção, tanto constituiu assumpção, pelas entidades competentes, da necessidade de recurso a um tal mecanismo. Disto resulta que se o recurso às entidades convencionadas foi necessário para garantir a *prontidão, continuidade, qualidade e equidade de acesso*, então dever-se-ia igualmente garantir que a aferição da manutenção ou alteração dessa necessidade de recurso a entidades convencionadas é regular, o que se pode achar em oposição com adopção pelas ULS de um procedimento de internalização de MCDT.

6. Avaliação do acesso

A maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (de ora em diante OCDE) têm dirigido as suas principais políticas no sentido da melhoria do estado de saúde das populações e na redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

Apesar disso, existem sempre diferenças em saúde entre a população, quer a nível regional, nacional ou internacional. Estas diferenças surgem ao nível de várias dimensões, incluindo a idade, o sexo, a raça ou grupos étnicos, a área geográfica e nível socioeconómico (Looper e Lafortune, 2009). Estas diferenças, também conhecidas como variações ou diferenciais em saúde, são também referidas como iniquidades (ou desigualdades) em saúde (*health inequalities*) ou disparidades (*disparities*). Tendo como princípio subjacente que as características populacionais influenciam o acesso aos cuidados de saúde, foi realizada uma análise do Índice de Desenvolvimento Humano (de ora em diante IDH), para se ter uma medida comparativa das regiões abrangentes de cada ULS.

O índice foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e é usado, em vários contextos, nomeadamente pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no seu relatório anual. A elaboração deste índice permite uma análise padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, bem como a comparação entre regiões ou países.

O IDH engloba informações de âmbito demográfico, cultural e económico em relação a um determinado país ou região, de modo a permitir comparar a realização das necessidades humanas consideradas básicas e prioritárias. As variáveis para o cálculo deste indicador são três: a esperança média de vida, para medir a longevidade; a taxa de alfabetização e de escolarização, para medir o nível de instrução; e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, como indicador de rendimento²⁹.

Como pode ser analisado na tabela *infra*, a região abrangida pela ULSM apresenta as melhores condições socioeconómicas, com o IDH “*Muito Elevado*”. As regiões que abrangem a ULSNA, a ULSBA e a ULCB apresentam índice de desenvolvimento

²⁹ O cálculo do IDH encontra-se em Anexo II.

“Elevado”. E, por último, as regiões que apresentam um desenvolvimento “Médio” são as que abrangem a ULSG e a ULSAM.

Tabela 7 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

	ULSM	ULSNA	ULSAM	ULSBA	ULSG	ULSCB
Esperança média de vida	79,01	78,47	78,36	77,21	78,71	78,31
Taxa de alfabetização	1,07	1,08	0,93	1,03	0,95	0,905
Taxa de escolarização	0,51	0,279	0,14	0,20	0,15	0,72
PIB <i>per capita</i>	11.9495,92	15.993,32	9.954,13	13.332,38	5.240,76	6.415,96
Longevidade	0,90	0,89	0,89	0,87	0,89	0,89
Educação	0,88	0,81	0,67	0,76	0,69	0,84
Rendimento	1,18	0,85	0,77	0,82	0,66	0,69
IDH	0,99	0,85	0,77	0,81	0,75	0,81
<i>Desenvolvimento</i>	Muito Elevado	Elevado	Médio	Elevado	Médio	Elevado

Fonte: INE, 2008.

No relatório de 2010 das Nações Unidas que avalia o bem-estar das populações de 169 países, Portugal está em 40º lugar no ranking do IDH, sendo-lhe atribuído o índice de “*desenvolvimento humano Muito Elevado*”. No entanto, com a análise da área de influência das populações pertencentes às ULS, é constatado que existem desigualdades regionais relativas ao bem-estar das populações, as quais podem pôr em causa o acesso das populações abrangidas por cada área de influência das ULS.

Ademais, e confrontando o IDH de cada região das ULS com o quadro publicado pela ACSS relativo ao orçamento prospectivo *target* de cada ULS (apresentado na secção 4.4), verifica-se que a ULSM é a que apresenta um índice de desenvolvimento “*Muito elevado*”, mas não apresenta os valores Capita 2010 e Capita 2011 mais baixos.

A ULSAM e a ULSG apresentam um IDH “*Médio*” (o mais baixo de todas as ULS), sendo expectável que apresentassem os valores mais elevados de Capita 2010 e Capita 2011, o que não se verifica. Importa referir, que essa diferença pode ser explicável na medida em que as variáveis utilizadas para o cálculo do IDH não são exactamente as mesmas que aquelas utilizadas para determinação do Capita.

E, por último, a ULSNA, a ULSCB e a ULSBA apresentam um IDH “*Elevado*” e são as que apresentam os valores mais elevados de Capita 2010 e de Capita 2011. No entanto, e face às considerações *supra*, não deveriam em teoria ser mais elevados que os valores relativos à ULSAM e à ULSG, na medida que as populações que são abrangidas por estas ULS apresentam, como visto, um índice de desenvolvimento inferior.

Por outro lado, e tendo presente que numa vertente geográfica o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, tal análise pode ainda ser analisada pelas dimensões de *proximidade e capacidade*.

No contexto do modelo de acesso a cuidados de saúde de Penchansky e Thomas (1981), considera-se na dimensão do acesso *proximidade* a adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos e os utentes, relativamente à distância ou tempo de viagem entre os locais onde se encontram os utentes e os estabelecimentos. Por seu turno, a dimensão *capacidade* refere-se ao volume existente de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde de entre os quais os utentes podem optar.

Por outro lado, e numa perspectiva temporal, o acesso surge associado à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória e em tempo útil. Uma forma de avaliar a aplicabilidade deste conceito consiste em analisar se os hospitais que pertencem às ULS estão a cumprir os TMRG comparando com hospitais que não estão integrados neste modelo de organização. Assim, poderá ser o reflexo de uma eficiência por parte das ULS caso estejam a cumprir os TMRG e ineficiência no caso contrário.

A metodologia de avaliação de acesso que serviu de base ao presente estudo tem em consideração a análise dos indicadores de proximidade, de capacidade e da análise temporal.

6.1. Dimensões espaciais do acesso: proximidade e capacidade

O indicador de *proximidade* analisado corresponde ao número de pontos de oferta em cada ULS, por quilómetro quadrado, da área geográfica abrangida. Pretende-se assim

caracterizar a densidade da rede de pontos de oferta de cuidados de saúde pertencentes a cada ULS (Hospitais, ACES, Centros de Saúde, Extensões de Saúde, Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de saúde pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados). Considera-se um maior número de prestadores por quilómetro quadrado como indicador de maior proximidade da oferta de cuidados de saúde aos utentes.

Posto isto, e analisados todos os pontos de oferta de cuidados de saúde, é constatado que a ULSM apresenta um índice de proximidade mais elevado e a ULSBA, por sua vez, tem o índice mais baixo (ver Tabela 8). Torna-se importante referir que a ULSM embora apresente um número baixo de prestadores, é a que apresenta uma superfície menor, resultando, assim, um índice de proximidade elevado.

Tabela 8 – Índice de proximidade das ULS

ULS	Nr. de Prestadores	Superfície em km ²	Índice de Proximidade = $\frac{\text{Nr. de prestadores}}{\text{Superfície}}$
ULSM	24	62	0,3859
ULSNA	92	6.084	0,0151
ULSAM	42	2.218	0,0189
ULSBA	82	8.543	0,0096
ULSG	91	4.930	0,0185
ULSCB	88	5.653	0,0156

Fontes: SRER e INE.

Por sua vez, a ULSBA é a ULS com uma maior superfície, mas por outro lado, tem uma menor densidade populacional, o que poderá não pôr em causa a proximidade da população, se esta, em termos médios, se encontrar próxima de um prestador de cuidados de saúde.

Outra realidade é observada na ULSAM, que apresenta um baixo índice de proximidade, que é justificado pelo número reduzido de prestadores.

Para avaliar a dimensão *capacidade*, foram construídos dois indicadores:

- o rácio entre o número de médicos e a densidade populacional (Capacidade I); e

- o rácio entre o número de médicos pela população com mais de 65 anos de idade (Capacidade II).³⁰

Estes indicadores permitem avaliar a dimensão da estrutura das ULS face às necessidades dos utentes aí residentes, traduzindo a capacidade de resposta do sistema integrado das ULS às necessidades da população.

Na tabela 9, observa-se que as ULS que apresentam os índices de Capacidade I mais elevados são a ULSAM e a ULSBA, mas as razões deste resultado não são idênticas. O índice da ULSAM é justificado pelo elevado número de médicos que a ULS possui em relação à densidade populacional, por sua vez, o índice de Capacidade I da ULSBA é devido à densidade populacional ser a mais baixa de todas as ULS. A ULSM tem um índice baixo porque embora apresente um número de médicos elevado, é a ULS com maior densidade populacional da sua área de abrangência.

Tabela 9 – Índices de capacidade nas ULS

ULS	Capacidade I <i>Nr. de médicos</i>	Capacidade II <i>Nr. de médicos</i>
	<i>Densidade populacional</i>	<i>População com mais de 65 anos</i>
ULSM	0,2201	0,0237
ULSNA	8,0723	0,0051
ULSAM	12,8351	0,0095
ULSBA	12,7904	0,0064
ULSG	4,3485	0,0035
ULSCB	5,2275	0,0032

Fontes: SRER e INE.

No índice capacidade II, a ULSM apresenta o melhor indicador, por possuir o maior número de médicos (599) conjugado com um número baixo (comparativamente às outras ULS) da população com mais de 65 anos.

Em síntese, verifica-se que em relação aos rácios que avaliam as dimensões espaciais, a realidade entre as ULS é muito heterogénea. A ULSM apresenta, globalmente, os melhores indicadores de *proximidade* e de *capacidade*.

³⁰ Estes valores encontram-se nas tabelas em Anexo I.

6.2. Tempos Máximos de Resposta Garantidos – Análise Econométrica

A análise econométrica dos TMRG, tem como objectivo principal analisar a equidade de acesso entre os utentes que fazem parte de uma ULS e os que não estão incluídos, para se retirarem conclusões práticas, numa perspectiva temporal, sobre a aplicação deste modelo de organização.

Para ser possível comparar os hospitais que pertencem às ULS com hospitais que não pertencem a este modelo de organização, foi criado um grupo de controlo. Para a criação deste grupo de controlo, tiveram-se em consideração os seguintes critérios: a proximidade geográfica e o número de especialidades de cada prestador. Como pode ser observado no quadro *infra*, o grupo de controlo é composto pelos seguintes hospitais: Hospital de Braga, Hospital do Litoral Alentejano, Hospital do Espírito Santo de Évora, Hospital de Santa Maria Maior, Hospital Distrital de Faro, Hospital Infante D. Pedro, Hospital Santo André, e Hospital S. Teotónio.

Tabela 10 - Hospitais das ULS e Grupo de Controlo

Hospitais incluídos numa ULS	Especialidades	Correspondência	Hospitais não incluídos numa ULS	Especialidades
H. Pedro Hispano	24		H. de Braga	29
H. Santa Luzia de Elvas	19		H. do Litoral Alentejano	14
H. Dr. José Maria Grande	15		H. do Espírito Santo de Évora	28
H. Santa Luzia	22		H. de Santa Maria Maior	34
H. Conde de Bertiandos	10		H. Distrital de Faro	23
H. José Joaquim Fernandes	23		H. Infante D. Pedro	27
H. São Paulo	2		H. Santo André	21
H. Nossa Senhora da Assunção	16		H. S. Teotónio	28
H. Sousa Martins	19			
H. Amato Lusitano	24			

Os dados analisados neste estudo foram fornecidos pela ACSS e são relativos ao ano de 2009 e ao primeiro trimestre de 2010. Na Tabela 11 são apresentadas as estatísticas descritivas relativas ao grupo de hospitais que pertencem às ULS e as referentes ao grupo de controlo, para as variáveis:

- consultas realizadas (*consultas*) por especialidade e por hospital, dentro e fora do TMRG;
- consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) por especialidade e por hospital;
- pedidos efectuados fora dos TMRG (*pedidos out*) por especialidade e por hospital; e
- especialidades por hospital (*especialidades*).

No total existem 1.092 observações das quais 516 são relativas aos hospitais que pertencem às ULS e as restantes 576 observações pertencem ao grupo de controlo (ver Tabela 11).

Tabela 11 – Estatísticas descritivas

	Hospitais incluídos numa ULS		Hospitais não incluídos numa ULS	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Consultas	133,5698	255,6961	147,4618	238,6098
Consultas out	47,7035	145,7894	46,9427	103,8504
Pedidos out	37,2287	128,3930	31,3559	106,5218
Especialidades	19,8663	4,4920	26,3420	4,9606
Número de Observações	516		576	

No horizonte temporal de um ano e três meses, os hospitais incluídos numa ULS realizam, em média, 134 *consultas*, e os hospitais que não estão incluídos numa ULS realizam, em média, 147 *consultas* (ver Tabela 11).

Para as consultas fora dos TMRG (*consultas out*), os hospitais que pertencem a uma ULS realizam, em média, 48 *consultas out*, enquanto para os hospitais do grupo de controlo, em média, são efectuadas 47 *consultas out*.

Relativamente ao total de pedidos fora dos TMRG (*pedidos out*), verifica-se que para os hospitais que pertencem às ULS, em média, têm 37 *pedidos out* e os hospitais que não pertencem às ULS têm, em média, 31 *pedidos out*.

Em relação ao número de especialidades (*especialidades*), os hospitais que pertencem às ULS, em média têm 20 especialidades e o grupo de controlo tem, em média, 26 especialidades.

A análise econométrica tem dois objectivos subjacentes. O primeiro objectivo é analisar se as consultas realizadas fora dos TMRG podem ser explicadas pelo tipo de gestão dos hospitais. Dito de outra forma, se o número de consultas fora dos TMRG aumenta ou diminuem, consoante os hospitais pertencerem ou não às ULS.

Como tal, pretende-se determinar qual a influência de diferentes variáveis (isto é das variáveis explicativas), designadamente se o hospital pertence ou não a uma ULS, os pedidos de consulta efectuados fora dos TMRG, e o número de especialidades, no número de consultas fora dos TMRG efectuadas por hospital (isto é, na variável explicada). Perante esta situação, o comportamento dos hospitais pode ser equacionado em termos de um modelo *count data* (Greene, 2003). Assim, o modelo de base recomendado é um *count data* e dentro do *count data*, o Modelo de Poisson é o mais indicado face à tipologia da variável dependente (i.e. trata-se de uma variável discreta) e aos próprios objectivos deste estudo.

A regressão de Poisson é, então, a mais indicada para a determinação das consultas realizadas fora dos TMRG, face à presença de dados de contagem (Greene, 2003). O modelo regressivo de Poisson estudado é o seguinte:

$$\text{Consultas out} = \text{Constante} + \text{ULS} + \text{Pedidos out} + \text{Especialidades} + \mu, \quad (1)$$

onde *consultas out* são as consultas realizadas, pelos hospitais, fora dos TMRG; ULS é uma variável *dummy* (ou dicotómica), que assume o valor de 1 se o hospital pertence a uma ULS, e zero, caso contrário; *pedidos out* são os pedidos fora dos TMRG por especialidade; *especialidades* são o número de especialidades que cada hospital oferece; e μ é o termo de perturbação.

Se as consultas realizadas fora do TMRG aumentam ou diminuem em relação ao modelo de gestão que cada hospital integra é observado através do coeficiente que a variável

dummy assume. A título exemplificativo, se esta variável apresentar um coeficiente positivo significa que as consultas realizadas fora do TMRG aumentam se o hospital pertencer a uma ULS, quando comparados com as consultas realizadas fora do TMRG realizadas pelos hospitais que não pertencem a este modelo de gestão (o chamado grupo de controlo).

O segundo objectivo da análise econométrica consiste em verificar se o tempo médio desde o pedido da consulta até ao seu agendamento (*tempo médio*) é significativamente distinto entre hospitais integrados numa ULS e os que não pertencem a uma ULS. Para além disso, também foi incluída na análise as variáveis *pedidos out* e *especialidades*. Uma vez que estamos perante uma variável contínua, foi estudado o modelo regressivo Linear Simples (OLS):

$$\text{Tempo médio} = \text{Constante} + \text{ULS} + \text{Pedidos out} + \text{Especialidades} + \mu. \quad (2)$$

Foi, também, realizado um estudo relativo ao *Tempo máximo* entre o pedido da consulta e o seu agendamento. Ora, estando perante uma variável explicada de contagem, o modelo regressivo de Poisson estudado é o seguinte:

$$\text{Tempo máximo} = \text{Constante} + \text{ULS} + \text{Pedidos out} + \text{Especialidades} + \mu. \quad (3)$$

Na Tabela 12, são apresentados os resultados da estimação da equação (1), e verifica-se que as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, com excepção da variável explicativa especialidades que tem um nível de significância de 95%. Da estimação da referida equação, observa-se que as consultas realizadas fora dos TMRG aumentam (*consultas out*) em 4,7 pontos percentuais se os hospitais pertencerem a uma ULS em relação aos hospitais do grupo de controlo (i.e. em relação aos hospitais que não estão incluídos numa ULS). Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*) as consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) também aumentam em 11,7 pontos percentuais. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as consultas realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) também aumentam em 1,01 pontos percentuais.

Tabela 12 – Resultados do Modelo de Poisson

Variável dependente: consultas fora dos TMRG (*consultas out*)

	Coeficiente	Efeitos Marginais
Constante	2,9152***	-
ULS	0,1186***	0,0469***
Pedidos out	0,0030***	0,1166***
Especialidades	0,0258**	0,0101**

* nível de significância de 90%, ** nível de significância de 95%, *** nível de significância de 99%. Pseudo R² = 0.2608.

Desta análise retira-se que relativamente aos hospitais que pertencem às ULS (e quando comparados com os que não fazem parte deste modelo de gestão), os pedidos de consulta fora do TMRG e o número de especialidades aumentam o número de consultas realizadas fora dos TMRG.

Tabela 13 – Resultados do Modelo de regressão Linear Simples (OLS)

Variável dependente: Tempo médio até à data de agendamento (em dias)

	Coeficiente	Desvio-padrão	Estatística t	P-Value
Constante	7.6290**	3,8099	2,00	0.045
ULS	7,3908***	1,3465	5,49	0,003
Pedidos out	0,1216***	0,0065	18,68	0,000
Especialidades	0,8626***	0,0395	21,86	0,000

* nível de significância de 90%, ** nível de significância de 95%, *** nível de significância de 99%.

R² = 0.61.

Na Tabela 13, são apresentados os resultados da estimação da equação (2), onde é evidenciado que as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, com exceção da constante que tem um nível de significância de 95%. Nesta estimação verifica-se que o tempo médio entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento aumenta em sete (7) dias, se os hospitais pertencerem a uma ULS e quando comparados com os hospitais que não pertencem a este modelo de gestão. Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*) as consultas realizadas fora dos TMRG também aumentam em 0,12 dias. Também se constata que se o número de especialidades

(*especialidades*) aumentar, as consultas realizadas fora dos TMRG também aumentam em 0,86 dias.

Na Tabela 14, são apresentados os resultados da estimação da equação (3), onde se verifica que as variáveis explicativas são estatisticamente significativas a 99%, com a exceção da variável explicativa ULS que tem um nível de significância de 95%. Verifica-se que o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento aumenta em 5,9 pontos percentuais em relação ao grupo de hospitais de controlo. Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*), o tempo máximo até à data de agendamento aumenta em 1,5 pontos percentuais. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, o tempo máximo até à data de agendamento aumenta em 2,0 pontos percentuais.

Tabela 14 – Resultados do Modelo de Poisson

Variável dependente: Tempo máximo até à data de agendamento (em dias)

	Coeficiente	Efeitos Marginais
Constante	3,7498***	-
ULS	0,0708**	0,0586**
Pedidos out	0,0019***	0,0154***
Especialidades	0,0244***	0,0202***

* nível de significância de 90%, ** nível de significância de 95%, *** nível de significância de 99%.

$R^2 = 0.59$.

Em síntese, é verificado que se o hospital pertencer a uma ULS o número de consultas realizadas fora do TMRG aumenta, tal como também aumentam o tempo médio e o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento, quando comparados com os de hospitais não pertencentes a este modelo de gestão integrado.

Este resultado pode revelar um problema de acesso nas ULS, podendo este sistema integrado não estar a dar a resposta mais eficiente no que diz respeito às primeiras consultas por especialidade. Torna-se importante referir que o horizonte temporal é reduzido para se poderem retirar conclusões mais robustas, apesar de se ter verificado que em três tipos diferentes de análises as ULS não apresentaram resultados favoráveis.

No entanto, e relativamente à avaliação do grau de integração, foi publicado em Outubro do presente ano, *“Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde (EGIOS)”*, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do protocolo assinado com a ACSS, e no qual é evidenciada *“a percepção de integração reduzida nas ULS a nível nacional, com cerca de 41% do total de respostas a concentrarem-se no extremo relativo a falta de integração”*. O que significa que o modelo *“ULS não é sinónimo de integração, é sim uma forma organizacional cujos instrumentos de gestão permitirão criar condições que no longo prazo permitirão ter unidades funcionais mais interligadas e coordenadas entre si”*.

O referido relatório evidencia que os resultados diferem entre ULS, que pode significar diferentes níveis de integração em termos totais em cada unidade: *“[...] A ULS onde existe uma maior integração percebida é a ULSM, cujos resultados são bastante diferentes das restantes unidades. Poderá daqui inferir-se que a integração é um processo tipicamente de médio e longo prazo, não concretizável a curto prazo”*.

Este estudo conclui que existe *“[...] falta de conhecimento por parte dos profissionais relativamente ao ciclo de planeamento estratégico e operacional das actividades desenvolvidas nas suas respectivas unidades. O desconhecimento da missão, visão, valores e objectivos foi uma das lacunas evidenciadas pelo EGIOS.”*

Ora, as conclusões do estudo EGIOS corroboram as atingidas no presente estudo, relativas às eventuais dificuldades de acesso nas ULS e da possibilidade de este sistema não estar a dar a resposta mais eficiente no que respeita às primeiras consultas por especialidade.

7. Conclusões

1. A integração dos cuidados de saúde constitui uma resposta organizacional aos novos desafios que os sistemas de saúde se deparam;
2. Verifica-se a tendência, tanto a nível nacional como internacional, de caminhar no sentido de uma integração dos sistemas de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, tratamento e reabilitação devam ser etapas encaradas como uma interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde;
3. A nível nacional, tem-se verificado um processo de integração vertical nas ULS, enquanto modelo lançado com a criação da ULSM há 11 anos (1999), e que pretende otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região. Em 2007, foi criada a ULSNA, no ano seguinte, foram criadas as ULSAM, a ULSBA e a ULSG. Em 2009, foi criada a ULSCB.
4. Na génese das ULS esteve o objectivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.
5. Verifica-se, porém, que a integração de cuidados de saúde no âmbito das ULS tem tido a sua principal expressão em matéria de realização de MCDT, designadamente mediante a internalização da realização dos mesmos, e consequente aproveitamento da respectiva capacidade instalada, sendo uma medida que surge como inovadora, já que a opção política, desde os primórdios da criação do SNS, foi no sentido da contratualização com o sector privado, através de convenções, da realização dos MCDT.
6. Resulta assim que a possibilidade de integração de serviços pelas ULS foi um resultado directo e imediato da sua criação, e representa uma opção de política de saúde que, nos termos do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a ERS deve respeitar, sendo nessa estrita medida que eventuais limitações à liberdade de escolha decorrentes do próprio conceito de ULS devem ser compatibilizadas com outros valores que compete à ERS defender.

7. Não obstante a internalização ser um resultado directo e imediato da opção de integração de cuidados de saúde, por via de criação de ULS, deve ser acompanhada com especial cuidado na medida em que tais procedimentos são susceptíveis de, em certas condições, colocar em crise o direito de acesso universal e em tempo útil dos utentes das ULS a esse tipo de cuidados de saúde, pelo que se revela fundamental assegurar que tais cuidados de saúde sejam prestados pelas ULS nas melhores condições de acesso, isto é, em condições temporais não inferiores àquelas que se verificavam antes da criação das ULS.
8. Embora fosse expectável uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, e consequentemente maiores benefícios em termos de acesso aos cuidados de saúde dos utentes residentes na área de influência de ULS, verificou-se a inexistência de diferenças, legais (na legislação sobre acesso) e práticas, nos procedimentos para o acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares adoptados no seio das ULS face aos demais estabelecimentos do SNS.
9. Atendendo a que o acesso pode ser avaliado tendo em consideração indicadores de proximidade, de capacidade e de análise temporal (i.e. uma análise econométrica dos TMRG), verifica-se que em relação aos rácios que avaliam as dimensões espaciais, a realidade entre as ULS é muito heterogénea. A ULSM apresenta, globalmente, os melhores indicadores de *proximidade* e de *capacidade*.
10. No que respeita à avaliação do acesso numa perspectiva temporal, verifica-se que as primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora dos TMRG aumentam (*consultas out*) em 4,7 pontos percentuais se os hospitais pertencerem a uma ULS em relação aos hospitais do grupo de controlo (i.e. em relação a hospitais que não estão incluídos numa ULS). Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*) as primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) também aumentam em 11,7 pontos percentuais. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora dos TMRG (*consultas out*) também aumentam em 1,01 pontos percentuais.
11. Relativamente ao tempo médio entre o pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar até à data do seu agendamento, o mesmo aumenta em sete (7) dias se os hospitais pertencerem a uma ULS e quando comparados com o grupo de controlo. Se

o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*) as primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora dos TMRG também aumentam em 0,12 dias. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, as primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora dos TMRG também aumentam em 0,86 dias.

12. Verifica-se, também, que o tempo máximo entre o pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar até à data do seu agendamento aumenta em 5,9 pontos percentuais em relação ao grupo de hospitais de controlo. Se o número de pedidos aumentar fora dos TMRG (*pedidos out*), o tempo máximo até à data de agendamento aumenta em 1,5 pontos percentuais. Também se constata que se o número de especialidades (*especialidades*) aumentar, o tempo máximo até à data de agendamento aumenta em 2,0 pontos percentuais.
13. É, então, verificado que se o hospital pertencer a uma ULS, o número de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora do TMRG aumenta, o tempo médio e o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento, também aumentam, quando comparados com os hospitais que não pertencem a este modelo de gestão integrado.
14. Este resultado pode revelar um problema de acesso nas regiões abrangidas por ULS, podendo este modelo de integração não estar a produzir uma resposta eficiente no que respeita às primeiras consultas de especialidade hospitalar.
15. Porém, tanto pode ficar a dever-se não tanto ao modelo em si mesmo, mas à sua incompleta ou lenta concretização, aliás conforme também corroborado pelo estudo EGIOS.
16. Por último, torna-se importante referir que o horizonte temporal (um ano e três meses) é reduzido para se poderem retirar conclusões mais robustas (embora estas revelem um nível de significância estatístico elevado), pelo que revela-se pertinente a realização de relatórios futuros de acompanhamento, com horizontes temporais mais alargado, para se aferir do desempenho das ULS.

Referências

Brown, M.; McCool, B., 1986, "Vertical integration: exploration of a popular strategic concept", *Health Care Management Review*, Vol. 11: 4, pp. 7-19.

Calnan, M., Hutten, J. and Tiljak, H., 2006, "The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting care across the interface", in R. Saltman, A. Rico and W. Boerma (eds) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, pp. 85–104. Maidenhead: Open University Press.

Contandriopoulos, A. et al., 2003, "The integration of health care: dimensions and implementation. Montreal", *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montreal* (Working Paper).

Delnoij, D., Klazinga, N., Velden, K., 2003, "Building integrated health system in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health system in transition", *European Journal of Public Health*, vol. 13: 3, pp. 240-245.

Devers, K. e *tal.*, 1994, "Implementing organized delivery systems: an integration scorecard". *Health Care Management Review*, vol. 19:3, pp. 7-20.

Kodner, D., Spreeuwenberg, C., 2002, "Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2: 14, pp. 1-6.

Greene, W. 2003, *"Econometric Analysis"*, Prentice Hall.

Grone, O., Garcia-Barbero, M., 2001, "Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services" *International Journal of Integrated Care*, vol. 1: 1, pp.1-10.

Looper e Lafortune, 2009, "Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries", *Health Working Papers*, no. 43.

Rui Santana e Carlos Costa, 2008, "A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceituais e organizacionais, *Revista de Saúde Pública*, Volume Temático: 7..

Rui Santana, Carlos Costa, Patrícia Marques e Sílvia Lopes, Setembro de 2009, "Revisão de Literatura sobre a definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009".

R. Santana, C, Costa, P Marques e S. Lopes, Novembro de 2009, "Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009".

Sicotte, C., D'Amour, D., Moreault, M., 2002, "Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers". *Social Science & Medicine*, vol. 55, pp. 991-1003.

SOBCZAK, A., 2002, Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland, *International Journal of Integrated Care*. Vol. 2: 1, pp. 1-10.

OECD. 2007. Health Working Paper: "Improved Health System Performance Through Better Care Coordination". No 30;

OECD, 2009, Health at a Glance 2009.

Penchansky, R., e Thomas, J. W., 1981, "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction", *Medical Care*, vol. 19:2, pp. 127-140.

Starfield, B., 1998, "Primary care: balancing health needs, services and technology", Oxford University Press.

Anexo I – Rede de ULS e sua estrutura da oferta

Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM)

A ULSM é constituída pelo Hospital Pedro Hispano, pelo Centro Diagnóstico Pneumológico, pela Unidade de Convalescença e pelo ACES de Matosinhos. O ACES de Matosinhos é constituído por quatro (4) Centos de Saúde:

- Leça da Palmeira, que inclui as extensões de saúde de Santa Cruz do Bispo, Leça da Palmeira, Lavra e Perafita, e as Unidades de Saúde Familiar Maresia e Leça;
- Matosinhos, que inclui a extensão de saúde de Saúde Atlântida e as Unidades de Saúde Familiar Horizonte e Oceanos. As Unidades de Cuidados na Comunidade de Matosinhos e de Leça da Palmeira estão também incluídas.
- São Mamede de Infesta, que inclui as Unidades de Saúde Familiar Porta do Sol e Infesta;
- Senhora da Hora, que inclui as extensões de saúde de Saúde Privada I, Saúde Privada II e Saúde Privada III e a Unidade de Saúde Familiar Lagoa.

Estão, também incluídos, como prestadores associados do ACES de Matosinhos o Centro de Diagnóstico Pneumológico, o SASU (Serviço de Atendimento a Situações de Urgência) de Matosinhos e a Unidade de Saúde Pública (USP) de Matosinhos.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Pedro Hispano são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica Reconstrutiva, Dermato-venereologia, Doenças Infecciosas, Endocrinologia – Nutrição, Gastrenterologia, Ginecologia, Hematologia Clínica, Imuno-alergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia e Urologia.

Nos Centros de Saúde que pertencem à ULSM são oferecidos os tratamentos ou actividades médicas descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Promoção da Saúde nos Centros de Saúde da ULSM

Promoção Saúde	Tratamentos ou outras actividades
Medicina Geral e Familiar	Saúde Infantil (Grupo etário: 0-14 anos); Saúde Juvenil (14-19 anos); Saúde Sexual e Reprodutiva (Planeamento Familiar) - Mulheres entre os 15-49 anos; Saúde Materna; Saúde dos Idosos (> 65 anos); Outros Programas Prioritários em Execução: mellitus; Hipertensão arterial; Risco cardiovascular; Asma; DPOC; Consulta Domiciliária; Serviço social; Psicologia clínica; Nutrição clínica; Consulta de Enfermagem; SASU - Unidade Básica de Urgência; e Gabinete do Utente.
Outras especialidades médicas disponíveis	Estomatologia; Cirurgia; Ortopedia; Psicologia; Nutrição; Hematologia Clínica; Endocrinologia (Consultadoria); Medicina Física e Reabilitação (Consultadoria); Pediatria (Consultadoria); e Teledermatologia.
Unidade Operativa de Saúde Pública: Equipa Multidisciplinar	Programas de promoção e educação para a saúde: Saúde escolar e Saúde oral.
Programas de Saúde em Parceria	PAII (Plano de apoio integrado a idosos); ADI (Apoio domiciliário integrado); e CAJ (Centro de atendimento a jovens).

A ULSM tem vinte e quatro (24) estabelecimentos de serviços de saúde, com uma área de influência correspondente a uma superfície de 62 km² e uma densidade populacional de 2.721,2 habitantes/Km².

Na Tabela 1 é evidenciado que o Hospital Pedro Hispano tem quatrocentos e trinta médicos (430) e seiscentos e oitenta e três (683) enfermeiros e o ACES de Matosinhos tem cento e sessenta e nove médicos (169) e cento e trinta e oito (138) enfermeiros. O hospital apresenta um rácio de médicos por enfermeiros de 0,630 e o ACES tem um rácio de 1,225.

Tabela 1 – Recursos humanos na ULSM

	Hospital	ACES	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>
Médicos	430	169	Hospital	ACES
Enfermeiros	683	138		
Total	1.113	307	0,630	1,225

Fonte: SRER.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA)

A ULSNA é constituída pelo Hospital Santa Luzia de Elvas e pelo Hospital Dr. José Maria Grande, conjuntamente com os Agrupamentos de Centros de Saúde (São Mamede e Caia). O ACES de São Mamede é constituído por nove (9) Centos de Saúde:

- Nisa, que inclui as extensões de saúde de Monte do Arneiro, Saúde Montalvão, Pé da Serra, Salavessa, Tolosa, Monte Claro, Velada, Alpalhão, Amieira do Tejo e Arez;
- Gavião, que inclui as extensões de saúde de Atalaia, Belver, Comenda, São Bartolomeu e Vale de Gaviões;
- Castelo de Vide, que inclui as extensões de saúde de Póvoa e Meadas;
- Marvão, que inclui as extensões de saúde de Alvarrões, Beirã, Escusa, Galegos, Porto da Espada, Santo António das Areias e São Salvador de Aramenha;
- Ponte de Sôr, que inclui as extensões de saúde de Torre das Várgens, Vale de Açor, Tramaga, Longomel e Galveias;

- Crato, que inclui as extensões de saúde de Monte da Pedra, Vale do Peso, Aldeia da Mata, Gafete e Pisão;
- Portalegre, que inclui as extensões de saúde de Alagoa, Alegrete, Assentos, Atalaião, Caia, Carreiras, CDP - Âmbito Distrital, Fortios, Reguengo, Ribeira de Nisa, S. Julião e Urra e as Unidades de Saúde Familiar de Portus Alacer e Plátano;
- Alter do Chão, que inclui as extensões de saúde de Cunheira, Chança e Seda; e
- Montargil, que inclui a extensão de Foros do Arrão.

Por seu turno, o ACES do Caia é constituído por sete (7) Centos de Saúde:

- Arronches, que inclui as extensões de saúde de Esperança e Mosteiros;
- Campo Maior, que inclui as extensões de saúde de Degolados e Ouguela;
- Elvas, que inclui as extensões de saúde de Varche, de St.^a Eulália e de S. Vicente, e a Unidade de Saúde Familiar de Amoreira.
- Fronteira, que inclui as extensões de saúde de Vale de Maceiras, Vale de Seda, e Cabeço de Vide;
- Monforte, que inclui as extensões de saúde de Assumar, St.^o Aleixo e Vaiamonte;
- Sousel, que inclui as extensões de saúde de Cano, Casa Branca e Santo Amaro; e
- Avis, que inclui as extensões de saúde de Alcorrego, Aldeia Velha, Benavila, Ervedal, Figueira e Barros, Maranhão e Valongo.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Santa Luzia de Elvas são as seguintes: Angiologia/Cirurgias Vasculares, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reconstructiva, Doenças Infecciosas, Ginecologia, Imuno-alergologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Obstetrícia, Oncologia Médica, Ortopedia, Pediatria e Psicologia.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Dr. José Maria Grande são as seguintes: Angiologia/Cirurgias Vasculares, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Hematologia Clínica, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria - Consulta geral e Urologia.

Nos Centros de Saúde que pertencem à ULSNA são oferecidos os tratamentos ou actividades médicas descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Promoção da Saúde nos Centros de Saúde da ULSNA

Promoção Saúde	Tratamentos ou outras actividades
Medicina Geral e Familiar	Saúde Infantil (Grupo etário: 0-14 anos); Saúde Juvenil (14-19 anos); Saúde Sexual e Reprodutiva (Planeamento Familiar) - Mulheres entre os 15-49 anos; Saúde Materna; Saúde dos Idosos (> 65 anos); Aconselhamento a diabéticos Consulta domiciliária Serviço social Consulta de enfermagem Rastreio do colo do útero Terapêutica de anticoagulação oral
Outras especialidades médicas disponíveis	Nutrição Controlo de hipocoagulação Psicologia Terapia compressiva Saúde escolar Psicologia clínica
Promoção da saúde	Vacinação Preparação para o parto Saúde oral
Outras actividades	Avaliação da tensão arterial Distribuição de metadona Domicílios de enfermagem Fisioterapia Injectáveis Pensos Algaliações Fisioterapia Remoção de cerúmen Aerossóis Tamponamento nasal Remoção de pontos

	Avaliação de glicemia capilar
--	-------------------------------

A ULSNA tem noventa e quatro (94) estabelecimentos de serviços de saúde, com área de influência correspondente à NUTS do Alto Alentejo com uma superfície de 6.084 km² e uma densidade populacional de 19,2 habitantes/Km².

Na Tabela 2 é apresentada a descrição dos recursos humanos na ULSNA, e verifica-se que o Hospital de Santa Luzia de Elvas e o Hospital de Dr. José Maria Grande, têm cento e onze (111) médicos e duzentos e setenta e cinco (275) enfermeiros. Os ACES têm quarenta e quatro (44) médicos e sessenta e quatro (64) enfermeiros. Relativamente ao rácio de médicos por enfermeiros nos hospitais é de 0,404, e nos ACES é de 0,688.

Tabela 2 – Recursos humanos na ULSNA

	Hospitais	ACES	<i>Nr. de médicos</i> <i>Nr. de enfermeiros</i>	<i>Nr. de médicos</i> <i>Nr. de enfermeiros</i>
Médicos	111	44	Hospitais	ACES
Enfermeiros	275	64	0,404	0,688
Total	386	108		

Fonte: SRER.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

A ULSAM é constituída pelo Hospital Santa Luzia, de Viana do Castelo, pelo Hospital Conde de Bertiandos, de Ponte de Lima, e pelo ACES de Alto Minho, que por sua vez, integra doze (12) Centos de Saúde:

- Ponte da Barca;
- Ponte de Lima/Freixo, que inclui as extensões de saúde Refóios do Lima, S. Martinho da Gandra, Fontão, Moreira de Lima e as Unidades de Saúde Familiar Lethes, Vale do Lima e Mais Saúde;
- Barroselas, que inclui a extensão de saúde Alvarães;

- Viana do Castelo, que inclui as extensões de saúde de Afife, Carreço, Dr. Tiago de Almeida - SLAT, Meadela, EDP - EP, Estaleiros Navais - Posto de Empresa, Lanheses e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;
- Vila Nova de Cerveira que incluía a extensão de saúde de Covas;
- Arcos de Valdevez, que inclui as extensões de saúde de Soajo e Loureda e as Unidades de Saúde Familiar Uarcos e Vale do Vez;
- Darque, que inclui as extensões de saúde de Chafé, Vila Nova de Anha, Castelo do Neiva, Geraz do Lima e Vila Franca;
- Melgaço;
- Caminha, que inclui a Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora;
- Valença;
- Monção, que inclui a extensão de saúde de Tangil; e
- Paredes de Coura.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reconstructiva, Dermato-venereologia, Endocrinologia – Nutrição, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Imuno-alergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria - Consulta geral, Psiquiatria da Infância e da Adolescência e Urologia.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima são as seguintes: Cardiologia, Dermato-venereologia, Endocrinologia – Nutrição, Medicina Interna, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria - Consulta geral, Psiquiatria da Infância e da Adolescência e Reumatologia.

Nos Centros de Saúde que pertencem à ULSAM são oferecidos os tratamentos ou actividades médicas descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Promoção da Saúde nos Centros de Saúde da ULSAM

Promoção Saúde	Tratamentos ou outras actividades
Medicina Geral e Familiar	Controlo de hipocoagulação Nutrição Patologia vascular dos membros inferiores Saúde escolar Aconselhamento a diabético Diabetes Obesidade Hipertensão (HTA) Atendimento de jovens e adolescentes Planeamento familiar Saúde materna
Consultas de especialidades disponíveis	Medicina geral e familiar Saúde pública
Meios de diagnósticos	Imagiologia (raio-X convencional) ECG – prova de esforço Audiogramas
Promoção da saúde	Vacinação Crianças Vacinação adultos Saúde oral Preparação para o parto Avaliação da visão Avaliação da audição Outros programas
Outras actividades	Pensos Injectáveis Algalias Aerossóis Aspiração de secreções Remoção de cerúmen Tamponamento nasal Remoção de pontos Domicílios de enfermagem Avaliação da tensão arterial Avaliação de glicemia capilar Distribuição de metadona

A ULSAM tem quarenta e dois (42) estabelecimentos de serviços de saúde, com área de influência correspondente à NUTS do Minho-Lima e com uma superfície de 2.218 km² e uma densidade populacional de 113,1 habitantes/Km².

Os Hospitais Santa Luzia, de Viana do Castelo, e de Conde de Bertiandos, de Ponte de Lima, têm duzentos e oitenta e sete (287) médicos e quinhentos e cinquenta e cinco (555) enfermeiros. Os ACES têm duzentos e sete (207) médicos e duzentos e noventa e dois (292) enfermeiros. Relativamente ao rácio de médicos por enfermeiros nos hospitais é de 0,517, e nos ACES é de 0,709.

Tabela 3 – Recursos humanos na ULSAM

	Hospital	ACES	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>
Médicos	287	207	Hospitais	ACES
Enfermeiros	555	292	0,517	0,709
Total	842	499		

Fonte: SRER.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)

A ULSBA, EPE, é constituída pelo Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, pelo Hospital São Paulo, em Serpa, e pelo ACES de Baixo Alentejo, que integra treze (13) Centos de Saúde:

- Aljustrel, que inclui as extensões de saúde de Ervidel, Messejana, S. João de Negrilhos e de Rio de Moinhos;
- Almodôvar, que inclui as extensões de saúde de Dogueno, Gomes Aires, Rosário, S. Barnabé, Santa Clara, Santa Cruz, Semblana e Aldeia dos Fernandes;
- Alvito, que inclui a extensão de saúde de Vila Nova da Baronia;
- Barrancos;
- Beja, que inclui as extensões de saúde de Baleizão, Alvernoa, Beringel, Cabeça Gorda, S. Matias, Mombeja, Quintos, Salvada, Santa Vitória, Trindade, Mina da Juliana, Trigaches e Unidade de Saúde Familiar ALFABeja;
- Castro Verde, que inclui as extensões de saúde de Entradas, São Marcos da Ataboeira, Sete, Santa Bárbara dos Padrões e Casével;

- Cuba, que inclui as extensões de saúde de Albergaria dos Fusos, Vila Alva, Vila Ruiva e Faro do Alentejo;
- Ferreira do Alentejo, que inclui as extensões de saúde de Aldeia de Ruins, Alfundão, Canhestros, Figueira de Cavaleiros, Gasparões, Odivelas, Peroguarda e Margarida do Sado;
- Mértola, que inclui a extensão de saúde de Mina de São Domingos;
- Moura, que inclui as extensões de saúde de Santo Aleixo da Restauração, Sobral da Adiça, Póvoa de São Miguel, Safara, Amareleja e Santo Amador;
- Ourique, que inclui as extensões de saúde de Garvão, Panóias, Santa Luzia e Santana da Serra;
- Serpa, que inclui as extensões de saúde de Vale Vargo, Brinches, Vales Mortos, Santa Iria, Vila Verde de Ficalho, A-do-Pinto, Pias e Vila Nova de S. Bento; e
- Vidigueira, que inclui as extensões de saúde de Alcaria, Marmelar, Pedrógão, Selmes e Vila Frades.

As especialidades oferecidas pelo Hospital José Joaquim Fernandes em Beja são as seguintes: Anestesiologia, Angiologia/Cirurgias Vasculares, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-facial, Endocrinologia – Nutrição, Genética Médica, Ginecologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria - Consulta geral, Psiquiatria da Infância e da Adolescência e Urologia.

As especialidades de Medicina Física e de Reabilitação e Medicina Interna são oferecidas pelo Hospital São Paulo, em Serpa.

Nos Centros de Saúde que pertencem à ULSBA são oferecidos os tratamentos ou actividades médicas descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Promoção da Saúde nos Centros de Saúde da ULSBA

Promoção Saúde	Tratamentos ou outras actividades
Consultas específicas	Planeamento familiar Saúde materna Saúde infantil Nutrição Psicologia Rastreio do colo do útero Ginecologia Terapêutica de Anticoagulação Oral (TAO) Diabetes Hipertensão (HTA) Controlo de hipocoagulação Saúde escolar Terapia da fala Telemedicina Atendimento social Cessação tabágica Tratamento de Doenças Respiratórias (STDR)
Consultas de especialidade	Medicina geral e familiar Saúde pública Medicina física e de reabilitação Pediatria
Meios de diagnósticos	ECG Análises clínicas Imagiologia (raio-X convencional)
Promoção saúde	Vacinação crianças Vacinação adultos Preparação para o parto Avaliação da visão Saúde oral
Outras actividades	Pensos Injectáveis Algalias Fisioterapia Aerossóis Domicílios de enfermagem

	Domicílios de médicos Avaliação da tensão arterial Avaliação de glicemia capilar Aspiração de secreções Remoção de cerúmen Remoção de pontos Imobilização com talas Tamponamento nasal Distribuição de metadona
Internamento	Nove camas de internamento em Medicina Geral no Centro de Saúde de Ourique.

A ULSBA possui oitenta e dois (82) estabelecimentos de serviços de saúde, com área de influência correspondente à NUTS do Baixo Alentejo com uma superfície de 8.543 km² e uma densidade populacional de 14,8 habitantes/Km². Os Hospitais de São Paulo e de José Joaquim Fernandes têm cento e vinte e dois (122) médicos e trezentos e noventa e três (393) enfermeiros. Por seu turno, os ACES têm sessenta e sete (67) médicos e cento e cinquenta e seis (156) enfermeiros. Relativamente ao rácio de médicos por enfermeiros nos hospitais é de 0,310, e nos ACES é de 0,429.

Tabela 4 – Recursos humanos na ULSBA

	Hospitais	ACES	<i>Nr. de médicos</i> <i>Nr. de enfermeiros</i>	<i>Nr. de médicos</i> <i>Nr. de enfermeiros</i>
Médicos	122	67	Hospitais	ACES
Enfermeiros	393	156	0,310	0,429
Total	526	223		

Fonte: SRER.

Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG)

A ULSG é constituída pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção, em Seia, pelo Hospital Sousa Martins, em Guarda, pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico Guarda e pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Guarda, que integra doze (12) Centros de Saúde:

- Almeida, que inclui as extensões de saúde de Monteperobolso, Miuzela e Vilar Formoso;

- Celorico da Beira, que inclui a extensão de Lageosa do Mondego;
- Figueira de Castelo Rodrigo, que inclui as extensões de saúde de Vermiosa, Escalhão, Reigada, Algodres e Freixeda Torrão;
- Fornos de Algodres;
- Sabugal, que inclui as extensões de Aldeia da Ponte, Aldeia Velha, Alfaiates, Bendada, Bismula, Casteleiro, Cerdeira do Côa, Foios, Quadrazais, Santo Estevão, Soito e Vale de Espinho;
- Guarda, que inclui as extensões de Castanheira, Guarda Gare, Rochoso, Trinta, Valhelhas, Vela, Videmonte, Vila Fernando, Aldeia Viçosa, Adão, Corujeira, Famalicão, Gonçalo, Marmeleiro, Pega e Porto da Carne e a Unidade de Saúde Familiar Ribeirinha;
- Gouveia, que inclui as extensões de Folgosinho, Arcozelo da Serra, Cativelos, Melo, Moimenta da Serra, Nespereira, Ribamondego, Vila Nova de Tázem e Vila Cortez da Serra;
- Manteigas, que inclui as extensões de Sameiro e Vale de Amoreira;
- Meda;
- Pinhel, que inclui as extensões de Alverca da Beira, Freixedas e Píznio;
- Trancoso, que inclui as extensões de Guilherme, Reboleiro, Vila Franca das Naves, Freches e Cogula; e
- Seia, que inclui as extensões de Girabolhos, Alvoco da Serra, Lages, Loriga, Paranhos, Pinhanços, S. Romão, Sameice, Sandomil, Sazes da Beira, St.^a Eulália, St.^a Marinha, Teixeira, Torrozelos, Tourais, Travancinha, Valezim, Vide, e Vila Verde.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Nossa Senhora da Assunção são as seguintes: Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Endocrinologia – Nutrição, Ginecologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria - Consulta geral e Urologia.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Sousa Martins são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia,

Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria - Consulta geral, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Reumatologia e Urologia.

Nos Centros de Saúde que pertencem à ULSG são oferecidos os tratamentos ou actividades médicas descritas no Quadro 5.

Quadro 5 – Promoção da Saúde nos Centros de Saúde da ULSG

Promoção Saúde	Tratamentos ou outras actividades
Consultas específicas	Diabetes Planeamento familiar Saúde materna Saúde infantil Rastreio do colo do útero Saúde escolar Aconselhamento a diabéticos (enfermagem) Hipertensão (HTA) Nutrição Cessação tabágica Alcoologia Telemedicina Atendimento de jovens e adolescentes Psicologia
Consultas de especialidades disponíveis	Medicina geral e familiar Saúde pública
Meios de diagnósticos	Imagiologia (raio-X convencional) ECG – prova de esforço
Promoção da saúde	Vacinação Crianças Vacinação adultos Saúde oral Avaliação da visão Avaliação da audição
Outras actividades	Pensos Injectáveis

	Algalias Remoção de pontos Domicílios de enfermagem Avaliação da tensão arterial Avaliação de glicemia capilar Fisioterapia Aerossóis Aspiração de secreções Tamponamento nasal Remoção de cerúmen Imobilização com talas Distribuição de metadona
Internamento	No Centro de Saúde Figueira de Castelo Rodrigo.

A ULSG possui noventa e um (91) estabelecimentos de serviços de saúde, a sua área de influência correspondente à NUTS da Beira Interior Norte e Serra da Estrela, com uma superfície de 4.930 km² e uma densidade populacional de 31,7 habitantes/Km². Os Hospitais Nossa Senhora da Assunção e Sousa Martins possuem, no total, cento e treze (113) médicos e trezentos e cinquenta e um (351) enfermeiros. Relativamente ao rácio de médicos por enfermeiros nos hospitais é de 0,322, e nos ACES, é de 1,923.

Tabela 5 – Recursos humanos na ULSG

	Hospital	ACES	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>
Médicos	113	25	Hospitais	ACES
Enfermeiros	351	13	0,322	1,923
Total	464	38		

Fonte: SRER.

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB)

A ULCB é constituída pelo Hospital Amato Lusitano e por dois Agrupamentos de Centros de Saúde: Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul. O ACES da Beira Interior Sul é constituído por quatro (4) Centros de Saúde:

- São Tiago, que inclui as extensões de saúde de Cebolais de Cima, Malpica do Tejo, Monforte da Beira, Santo André dos Tojeiras, Sarzedas, Escalos de Cima, Lardosa, Louriçal do Campo, Lousa, Póvoa Rio de Moinhos, S. Vicente da Beira, Sobral do Campo, Tinalhas e Alcains;
- Idanha-a-Nova, que inclui as extensões de saúde de Segura, Torre, S. Miguel de Acha, Salvaterra Extremo, Rosmaninhal, Proença-a-Velha, Penha Garcia, Oledo, Monsanto, Monfortinho, Medelim, Idanha-a-Velha, Cegonhas, Aldeia Santa Margarida, Soalheiras, Termas de Monfortinho, Toulões, Zebreira, Ladoeiro e Alcafozes;
- Penamacor, que inclui as extensões de saúde de Aldeia do Bispo, Aldeia J. Pires, Águas, Aranhas, Bemposta, Benquerença, Meimão, Meimoa, Pedrógão, Salvador e Vale Sr.^a da Póvoa; e
- Vila Velha de Rodão, que inclui as extensões de saúde de Sarnadas do Rodão, Perais e Fratel.

O ACES do Pinhal Interior Sul é constituído por cinco (5) Centos de Saúde:

- Mação, que inclui as extensões de saúde de Penhascoso, Amêndoa, Cardigos, Envendos, Carvoeiro e Ortiga;
- Oleiros, que inclui as extensões de saúde de Cambas, Estreito, Isna, Madeirã, Foz do Giraldo, Orvalho, Sarnadas S. Simão e Sobral;
- Proença-a-Nova, que inclui as extensões de saúde de Alvito da Beira, Montes da Senhora, Cunqueiros, Peral, Sobreira Formosa e São Pedro do Esteval;
- Sertã, que inclui as extensões de saúde de Cernache do Bomjardim, Cabeçudo, Pedrogão Pequeno, Castelo, Carvalho, Cumeada, Palhais, Várzea de Cavaleiros, Troviscal e Marmeleiro; e
- Vila de Rei que inclui a extensão de saúde de Fundada.

As especialidades oferecidas pelo Hospital Amato Lusitano são as seguintes: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermato-venereologia, Endocrinologia – Nutrição, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Imuno-alergologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria - Consulta geral e Urologia.

Nos Centros de Saúde que pertencem à ULSCB são oferecidos os tratamentos ou actividades médicas descritas no Anexo I – Tabela 6.

Quadro 6 – Promoção da Saúde nos Centros de Saúde da ULSCB

Promoção Saúde	Tratamentos ou outras actividades
Consultas específicas	Cessação tabágica Alcoologia Controlo de hipocoagulação Medicina dentária Nutrição Psicologia Consulta do viajante Atendimento de jovens e adolescentes Planeamento familiar Saúde materna Saúde infantil Diabetes Hipertensão (HTA) Rastreio do colo do útero Desintoxicação ou desabituação alcoólica
Consultas de especialidades disponíveis	Medicina geral e familiar Saúde pública Medicina Interna
Meios de diagnósticos	Imagiologia (raio-X convencional) ECG – prova de esforço Análises clínicas
Promoção da saúde	Vacinação Crianças Vacinação adultos Saúde oral Avaliação da visão Avaliação da audição Preparação para o parto
Outras actividades	Pensos Injectáveis

	Aspiração de secreções Algalias Remoção de pontos Domicílios de enfermagem Domicílios de médicos Avaliação da tensão arterial Avaliação de glicemia capilar Aerossóis Tamponamento nasal Remoção de cerúmen Imobilização com talas Distribuição de metadona
Internamento	No Centro de Saúde da Sertã.

A ULSCB possui oitenta e oito (88) estabelecimentos de serviços de saúde, com área de influência correspondente às NUTS da Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul, com uma superfície de 5.653 km² e uma densidade populacional de 20,1 habitantes/Km². O Hospital Amato Lusitano conta com cento e cinco (105) médicos e trezentos e trinta e sete (337) enfermeiros. Relativamente ao rácio de médicos por enfermeiros nos hospitais é de 0,312, e nos ACES, é de 0,823.

Tabela 4 – Recursos humanos na ULSBA

	Hospitais	ACES	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>	<i>Nr. de médicos Nr. de enfermeiros</i>
Médicos	105	158	Hospitais	ACES
Enfermeiros	337	192	0,312	0,823
Total	442	350		

Fonte: SRER.

Em conclusão, actualmente existem seis ULS que, na sua maioria, se situam na zona Este de Portugal (como se pode observar na Figura 1). Relativamente à superfície abrangida por cada ULS, a que apresenta uma superfície maior é a ULSBA, seguida pela ULSNA e pela ULSCB, sendo que as mais pequenas são a ULSAM e a ULSM.

Figura 1 – Unidades Locais de Saúde.



Anexo II – Cálculo do IDH

Para calcular o IDH de uma localidade, faz-se a seguinte média aritmética:

$$IDH = \frac{L+E+R}{3} \text{ (onde L = Longevidade, E = Educação e R= Rendimento)}$$

❖ Longevidade:

$$L = \frac{\text{Esperança de vida à nascença} - 25}{60};$$

❖ Educação:

$$E = \frac{2 \times \text{Taxa de alfabetização} + \text{Taxa de escolarização}}{3};$$

❖ Rendimento:

$$R = \frac{\log_{10} PIB_{pc} - 2}{2,60206}.$$

O valor do IDH varia entre 0 e 1, sendo este último valor o que revela as melhores condições socioeconómicas. Nomeadamente, se:

- (i) o IDH de um país está entre 0 e 0,499, é considerado baixo (país ou região de desenvolvimento baixo);
- (ii) o IDH de um país ou região está entre 0,500 e 0,799, é considerado médio (país ou região de desenvolvimento médio);
- (iii) o IDH de um país ou região está entre 0,800 e 0,899, é considerado elevado (país ou região de desenvolvimento alto); e
- (iv) o IDH de um país ou região está entre 0,900 e 1, é considerado muito elevado (país ou região de desenvolvimento muito alto).



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 – 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt