

# **Contributos para a melhoria na acessibilidade aos serviços de urgência**

## **Reunião conjunta dos Colégios de Especialidade de Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna**

### **Sumário executivo:**

A gestão do acesso e dos percursos nos cuidados em doença aguda ou agudizada é um problema crónico em Portugal. As tentativas de solução têm passado sempre pela abertura de mais serviços com realocação dos recursos existentes. Todavia, mantém-se a saturação dos serviços.

Este plano de intervenção estratégico pretende representar uma mudança de paradigma na forma como se pensam e organizam os cuidados à doença aguda ou agudizada.

Apresentamos uma reflexão baseada na experiência do dia-a-dia de duas especialidades médicas nucleares particularmente envolvidas nos cuidados à doença aguda dos utentes.

Os dados oficiais mostram que em Portugal ocorreram em média cerca de 6 milhões de atendimentos de urgência hospitalar por ano desde 2013 (45% classificadas como não prioritárias segundo a triagem de Manchester), 29,4 milhões de atendimentos médicos nos Cuidados de Saúde Primários, e 11,9 milhões de consultas nos Hospitais, com uma tendência crescente, exceto no ano de 2020. Uma parte significativa dos atendimentos à doença aguda ou agudizada pode ser transferido para outros níveis de cuidados se houver disponibilidade de meios técnicos e recursos humanos adequados.

Levantam-se várias questões para reflexão:

- Conceção do atendimento no serviço de urgência como ato único versus a continuidade de cuidados;
- Importância da gestão a montante nos Cuidados de Saúde Primários, da diversificação de acessos específicos nos hospitais e da existência de recursos humanos e meios técnicos para garantir a acessibilidade e abordagem adequada;
- Necessidade de promover a literacia da população em relação à utilização dos serviços de saúde, nomeadamente dos serviços de Urgência;
- Necessidade de criação de diferentes “portas de entrada” nos Cuidados Hospitalares (atualmente só existe a referência para a consulta e o serviço de urgência)
- Importância da Gestão Integrada do Doente Crónico.

Não basta alocar mais profissionais aos serviços de urgência, seja pelo reforço das equipas existentes, ou pela criação de novos perfis profissionais de especialização ou competência. É fundamental criar uma nova visão e uma nova missão para os serviços de urgência que mantenha a qualidade, responda às reais necessidades de saúde da população.

Em alternativa à visão centrada na hipertrofia dos Serviços de Urgência Hospitalar, apresentamos um conjunto de soluções integradas para otimização da sua gestão e natural redução da procura de cuidados:

Identificação e integração dos utilizadores frequentes dos serviços urgentes numa estratégia de abordagem multidisciplinar;

1. Gestão Integrada do doente crónico;
2. Readequação da rede de cuidados à doença aguda nos Cuidados de Saúde Primários;
3. Educação para a Saúde, Literacia em Saúde, Educação para utilização dos Serviços Urgentes;
4. Novos Interfaces de comunicação com o Sistema de Saúde;
5. Reestruturação do sistema de apoio e triagem de acesso aos serviços de saúde;
6. Reorganização do sistema de referência hospitalar.

Mais do que aumentar os recursos, propomos reestruturar os serviços recorrendo a um conjunto de estratégias baseadas em objetivos claros e capazes de responder às necessidades de saúde dos portugueses.

## **Contributos para a melhoria na acessibilidade aos serviços de urgência**

### **Reunião conjunta dos Colégios de Especialidade de Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna**

A gestão do acesso e dos percursos nos cuidados em doença aguda ou agudizada é um problema identificado há décadas em Portugal. As tentativas de solução têm passado sempre pela abertura de mais serviços com realocação dos recursos existentes mais ou menos reforçados, conforme a disponibilidade das administrações. A criação de maior oferta leva a uma maior procura e acaba, a médio prazo, por condicionar a saturação dos serviços, entrando num ciclo de reforço contínuo e nunca suficiente.

Conscientes de que esta lógica de reforço da oferta não resolve o problema do acesso aos serviços de saúde nas situações de doença aguda ou agudizada, as Direções dos Colégios de Especialidade de Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna iniciaram um processo de reflexão conjunta com vista a identificar a situação existente, definir objetivos para uma atuação e desenhar estratégias orientadas às necessidades identificadas.

Este documento é resultado desta reflexão e pretende ser uma base de trabalho para criar soluções reais, exequíveis e úteis, numa lógica de mudança de perspectiva e de reestruturação dos serviços de saúde que permitam alternativas válidas ao recurso indiscriminado às urgências, estejam elas localizadas nos hospitais ou nos Cuidados de Saúde Primários. Em vez de insistir na alocação de mais recursos nos serviços de urgência, seja pela edificação de espaços ou pela contratação de profissionais mais ou menos qualificados ou diferenciados, interessa atuar sobre os determinantes que, a montante e a jusante, condicionam a acessibilidade e na adequação dos serviços oferecidos, numa perspetiva de investimento estratégico, promovendo a melhoria efetiva da qualidade dos serviços e da saúde dos portugueses.

### **1. Reflexão geral acerca do problema do funcionamento das urgências em Portugal**

Os dados oficiais do Ministério da Saúde no portal da transparência (dezembro de 2020) mostram que 8,5 milhões de portugueses tiveram pelo menos uma consulta médica nos últimos 3 anos e que 6,7 milhões o fizeram nos últimos 12 meses, numa tendência de estabilização nos últimos anos, mesmo considerando o efeito da pandemia. Em média, ocorreram cerca de 6 milhões de atendimentos de urgência hospitalar por ano desde 2013, 29,4 milhões de atendimentos médicos nos Cuidados de Saúde Primários, e 11,9 milhões de consultas nos Hospitais, com uma tendência crescente, exceto no ano de 2020. No mesmo período, a estimativa da população portuguesa do INE mostra uma diminuição de cerca de 130 mil residentes em Portugal.

Os problemas do acesso aos cuidados de saúde e do recurso aos serviços de urgência levanta um conjunto de questões para reflexão:

- Melhorar a qualidade do Serviço prestado, impondo uma verdadeira política de mudança na estruturação deste tipo de cuidados agudos;
- A conceção errónea do atendimento no serviço de urgência como ato único em vez de o considerar como parte integrante de um conjunto de serviços utilizados numa lógica de assegurar a continuidade de cuidados;
- Importância da mudança do paradigma a montante, dotando os cuidados de saúde primários de recursos humanos e meios técnicos para garantir a acessibilidade e abordagem adequada de algumas destas situações (não basta aumentar oferta porque aumentará procura sem que se possam resolver os problemas e queixas dos utentes);
- Necessidade de promover a literacia da população em relação à utilização dos serviços de saúde, nomeadamente dos serviços de urgência;
- Necessidade de criação de diferentes “portas de entrada” nos Cuidados Hospitalares (atualmente só existe a referência para a consulta e o serviço de urgência);
- Importância da Gestão Integrada do Doente Crónico.

## 2. Premissas nucleares

a. Os serviços de urgência hospitalar existem para proporcionar cuidados de saúde emergentes a doentes cujo diagnóstico e tratamento não pode, de outro modo, ser efetuado noutros níveis de cuidados, quer pela sua instalação súbita com gravidade ameaçadora da vida, quer pelo tipo de competências clínicas de diferentes Especialidades Hospitalares que podem ter que intervir.

b. É reconhecido que 45% das urgências hospitalares são consideradas não prioritárias aplicando o algoritmo de atribuição de prioridades de Manchester, em utilização nos hospitais do SNS em Portugal. Não obstante o desconforto, doença ou sofrimento do doente que representam e que devem ser adequadamente valorizados e orientados, estes episódios não são o motivo pelo qual estes serviços são estruturados.

c. A utilização de uma estrutura hospitalar de urgência para avaliar situações clínicas não prioritárias promove, entre outras, duas situações sem racional subjacente:

- **Uma deficiente alocação de recursos técnicos específicos para situações emergentes;**
- **Uma redução da eficácia no diagnóstico e tratamento de situações emergentes podendo agravar o prognóstico dos doentes graves e o risco clínico de eventos adversos.**

d. A insistência contabilística na contagem de acessos e de recursos existentes esconde a verdadeira questão onde deveria estar o foco da resposta à doença aguda. Mais do que saber quantos doentes recorreram a um determinado serviço é importante perceber porque o fizeram num diagnóstico de situação acurado, capaz de definir objetivos claros e estratégias alternativas eficientes.

e. Uma parte significativa destes episódios de urgência classificados como não prioritários poderia ser gerida com melhor eficiência nos Cuidados de Saúde Primários, se **estivessem disponíveis os meios técnicos e humanos necessários**, aproveitando o conhecimento personalizado e a

continuidade de cuidados ao longo da vida ao invés do recurso avulso e descontextualizado a um serviço de urgência.

f. A questão dos recursos existentes é fundamental nesta discussão. A abordagem do doente agudo é apenas uma parte das necessidades de saúde das pessoas no recurso aos serviços de saúde que não pode substituir a promoção da saúde nas diferentes fases da vida, a prevenção das doenças e a gestão da polipatologia e da doença crónica. O aumento de tarefas clínicas face ao contexto atual tem de ser alicerçado em equipamentos e recursos suficientes para as funções a desempenhar.

g. Uma outra parte substancial das urgências hospitalares classificadas como não prioritárias é motivada pela agudização de doenças crónicas, e poderia ser evitada com a otimização da abordagem adequada e do tratamento integrado da patologia subjacente, alcançando maior e mais duradoura estabilidade clínica.

h. **A Gestão Clínica Integrada** do doente com doença crónica implica uma maior integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares, com partilha de informação em tempo real, garantindo a complementaridade da ação nos diferentes estadios evolutivos da doença e do doente.

i. É fundamental o alargamento progressivo da **utilização de ferramentas de saúde digital, o processo clínico eletrónico único, a telemonitorização dos doentes e interfaces digitais** que promovam um acesso fácil e rápido a informação de saúde fidedigna e simplifiquem o contacto com os Profissionais de Saúde que acompanham o doente e entre eles.

j. A educação e a literacia para a saúde são instrumentos fulcrais na construção do sistema, envolvendo conhecimento, atitudes e aptidões para lidar com os problemas de saúde e a forma de utilizar os recursos existentes. Mais do que regulamentar e taxar o acesso, é fundamental capacitar as pessoas para uma utilização racional estruturada tendo em conta os objetivos, os procedimentos e os potenciais resultados das estruturas disponíveis.

**I. Finalmente, é crucial compreender que vivemos um perigoso ciclo vicioso** que se retroalimenta progressivamente. A atual estratégia potencia o aumento da procura dos **Serviços de Urgência Hospitalar e dos CSP para gestão de situações agudas:**

1. Há maior procura resultante do envelhecimento da população e aumento da comorbilidade, especialmente no que diz respeito às doenças crónicas;
2. Há uma expectativa na opinião pública sobre a onipotência dos serviços de saúde disponíveis, considerados capazes de resolver a totalidade das situações de saúde, incluindo as dimensões social e existencial;
3. Os meios técnicos e recursos humanos da rede de Cuidados de Saúde Primários são manifestamente insuficientes para abarcar todas as tarefas clínicas de resposta à doença aguda passível de orientação a este nível;
4. Há uma perceção generalizada de que há falta de médicos e que a sobrelotação dos Serviços de Urgência nos Hospitais e nos Cuidados de Saúde Primários se resolve alocando mais profissionais aos serviços;
5. Há uma insuficiente integração dos valores, opiniões e expectativas da população no desenho das respostas assistenciais.

### 3. Identificação de problemas

Verifica-se uma sobreutilização dos serviços de urgência. Esta realidade enraizada na sociedade portuguesa tem, entre outras, várias causas:

1. Evolução histórica, que levou a que os serviços de urgência fossem sempre vistos pela população como o primeiro recurso em caso de doença aguda ou agudizada;
2. Falta de programação em função das necessidades reais, que levou à multiplicação de serviços com várias denominações (urgências gerais, urgências básicas, serviços de apoio a situações urgentes, consulta aberta, etc...), mas sem uma integração efetiva;
3. Deficiente aplicação do princípio da solidariedade, com indefinição do percurso dos doentes na ausência do médico assistente nos diferentes níveis de cuidados;
4. Deficiente dotação de recursos humanos e meios técnicos nas unidades de Cuidados de Saúde Primários que permita uma resposta a montante às necessidades de assistência à doença aguda;
5. Deficiente implementação de respostas assistenciais integradas na doença crónica e na polipatologia, capazes de orientar as situações de agudização ou agravamento sem necessidade de recurso aos serviços de urgência;
6. Deficiente implementação dos cuidados continuados e da assistência geriátrica.

### 4. A criação de uma especialidade médica dedicada à urgência

O problema das urgências em Portugal não tem uma resposta simples.

Numa visão de simplificação aritmética, a lógica de resposta a um aumento de admissões aos serviços de urgência tem passado por uma maior alocação de profissionais. Sendo os recursos por definição finitos, o deslocamento dos médicos para as urgências retira potencial assistencial aos serviços e compromete a sua missão. Por outro lado, a exposição mediática dos picos de afluência caracteristicamente com comportamento sazonal cria a sensação da necessidade de reforço das equipas, o que pode levar à tentação de estruturar a resposta numa capacidade baseada nesta afluência, com notório desperdício económico face à sua não utilização na maior parte do ano. A criação de uma especialidade médica de profissionais dedicados à urgência vem no mesmo sentido, com mais médicos e potencialmente mais horas de cobertura assistencial, agora exclusivamente dedicados ao serviço de urgência.

Reconhece-se o benefício de possibilitar um alívio da carga assistencial sobre os serviços ao retirar os médicos das várias especialidades do Serviço de Urgência. Este potencial ganho deve ser ponderado pelas eventuais perdas de capacidade de resposta aos problemas de saúde da população. Em vez da necessária reestruturação de estratégias baseadas em objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e delimitados no tempo, insiste-se numa lógica de mais recursos humanos, ainda que menos diferenciados, com impacto potencialmente negativo na qualidade ainda que aumentando a quantidade de atos praticados, o que a prazo se pode mostrar insustentável. Um

serviço de urgência não pode deixar de estar integrado nos serviços de internamento ou consulta externa para onde muitos doentes serão orientados e não está completamente claro como tal irá acontecer, correndo o risco sério de se criar mais um nível intermédio de decisão entre o ambulatório e o hospital, desinserido de ambos e sem a necessária perspetiva da continuidade de cuidados, fundamental para almejar resultados da qualidade exigida.

A abordagem da doença urgente é uma competência transversal que envolve várias áreas do conhecimento, treino específico de atuação e uma complementaridade na decisão. Por isso há várias especialidades na equipa de urgência. Mais do que tentar condensar este conjunto de saberes num corpo de especialistas que nunca o serão, interessa desenvolver uma visão de conjunto sobre a missão e o trabalho num serviço de urgência, criando competências de trabalho em equipa em que cada um sabe o que faz e o que pode contar com o outro, sem sobreposições e sem hiatos de atuação. Este é um problema organizativo e não se resolve com formação específica de médicos numa área de especialização, que perderá sempre em relação à diferenciação atual e não ganhará face à necessária reestruturação uma vez mais adiada, porque apostada não em melhorar, mas unicamente aumentar os recursos existentes

## 5. Uma visão de futuro para os serviços de urgência em Portugal

Em alternativa à visão centrada na hipertrofia dos Serviços de Urgência Hospitalar, apresentamos um conjunto de soluções integradas para otimização da sua gestão e natural redução da procura de cuidados:

1. **Identificação e integração dos utilizadores frequentes dos serviços urgentes numa estratégia de abordagem multidisciplinar**
2. **Gestão Integrada do doente crónico**
3. **Readequação da rede de cuidados à doença aguda nos Cuidados de Saúde Primários**
4. **Educação para a Saúde, Literacia em Saúde, Educação para utilização dos Serviços Urgentes**
5. **Novos Interfaces de comunicação com o Sistema de Saúde**
6. **Reestruturação do sistema de apoio e triagem de acesso aos serviços de saúde**
7. **Reorganização do sistema de referência hospitalar**

### 5.1 Os Hiperutilizadores dos Serviços Urgentes (SU ou Consultas Abertas /SAP)

A perspetiva de quem gere as operações do SU deve ser tripla: **reduzir a procura** (já que nos é impossível distribuí-la equitativamente ao longo do dia, dada a essência inesperada das situações agudas), **rever os procedimentos implementados e avaliar a sua eficiência** e **melhorar a oferta de serviços**.

Como já acima se referiu, 40 a 45% dos pacientes que acorrem ao Serviços de Urgência Médico Cirúrgicos e/ou Polivalentes, apresentam episódios não prioritários, usualmente definidos pelo algoritmo da Triagem de Manchester como os pacientes que têm prioridades de atendimento Verde ou Azul.

Dentro deste fenómeno há ainda definições mais precisas de sobreutilização do Serviço de Urgência:

O termo utilizadores frequentes (UF) ou Hiperutilizadores (HU) faz referência a um fenómeno crescente nos Serviços de Urgência portugueses, em que uma pequena quantidade de utentes despoleta múltiplos episódios de urgência no seu hospital de referência ao longo de 1 ano (> 4 episódios no caso dos UF e > 10 episódios nos HU).

Há já várias experiências com a identificação deste tipo de utentes:

1. O Hospital Senhora da Oliveira contabilizou 1131 utentes que foram responsáveis por 15,3% dos cerca de 140.000 episódios de urgência num ano;
2. A ARS LVT documentou que 60512 pessoas promoveram 335 382 recursos ao SU, cerca de 23% do total de Urgências daquela ARS; no seguimento dessa informação, o Hospital Francisco Xavier e o Centro de Saúde Oeiras iniciaram um projeto piloto de Gestão integrada da Doença Crónica, para reduzir a necessidade de recurso ao SU.
3. O Hospital Garcia da Orta e o ACS Almada/Seixal também foram capazes de estabelecer uma média nacional de cerca de 28% de episódios urgentes promovidos por este tipo de utilizadores, tendo também já iniciado um programa de gestão integrada dos mesmos, com redução da taxa de recurso ao SU em cerca de 53%.

Estes são apenas exemplos da magnitude do problema e da necessidade de refinar a avaliação e tratamento destes utentes, que pensamos poderem ser divididos em 2 grupos:

- a. Os UF/HU que ocorrem por situações não prioritárias e cuja motivação deve ser avaliada nas características da sua doença e da organização dos serviços prestadores, por um lado, e, por outro, nos aspetos relacionados com a literacia e autocapacitação, situação psicossocial e financeira, e as estruturas de retaguarda e apoio social;
- b. Os UF/HU que ocorrem por situações prioritárias, cujo principal problema poderá ser a insuficiente gestão da doença crónica, com ou sem motivações do foro social, financeiro ou outras, que devem ter uma abordagem diferente pela estrutura conjunta do SNS.

Para ambos os grupos, e tendo em conta a respetiva situação e os determinantes específicos, a atuação deve centrar-se na criação e expansão de estratégias de abordagem integrada e multidisciplinar, que envolva os médicos assistentes no Hospital e nos Cuidados de Saúde Primários e a equipa de saúde, assistente social, psicólogos e elementos locais das autarquias e da Proteção Civil.

A avaliação destes pacientes e a definição de respostas que lhes permitam sentir-se confortáveis com a sua doença ou os seus receios, garantindo medicação, alojamento adequado e apoio de retaguarda, estarão seguramente na base de um melhor tratamento dos mesmos e de uma redução significativa do recurso aos serviços urgentes (sejam do hospital ou dos cuidados de saúde primários)

## **5.2 Gestão Integrada do doente crónico**



### **5.2.1 Mudança do ponto de entrada dos doentes crónicos na estrutura Hospitalar**

No seguimento do que apuramos no ponto 4.1, torna-se clara a necessidade de existência em cada Hospital e cada ACES/USF de pontos de contacto focais, com o objetivo de fazer a ponte entre valências do SNS, funcionando num sistema de vasos comunicantes que reduza a necessidade de recurso espúrio aos serviços urgentes.

Falamos de um canal de coordenação e de alocação do doente crónico à estrutura do SNS que melhor lhe poderá resolver episódios de agudização das suas patologias, nomeadamente promovendo a instalação de centros de diagnóstico e tratamento, incluindo os Hospitais de Dia e a Hospitalização Domiciliária, integrados numa rede efetiva de comunicação em tempo real entre os níveis de cuidados, capaz de dinamizar a gestão integrada do doente, mantendo-o tanto quanto possível no seu ambiente e evitando o recurso aos serviços de urgência, diminuindo os internamentos hospitalares e controlando a exposição a risco de infeção e complicações no ambiente hospitalar que frequentemente os acompanha.

### **5.2.2 Estratégia de funcionamento de uma equipa multidisciplinar interinstitucional (ACES/Hospital), que inclua médicos de ambas as especialidades, Psicologia e Apoio Social)**

Em consonância com o que já foi acima descrito, esta equipa multidisciplinar teria, principalmente, dois algoritmos de abordagem diferentes:

i. Utentes com episódios frequentes de Agudização de Patologias Crónicas (que funcionaria incluindo os pontos focais de que falamos ao expor a estratégia de acesso a diferentes estruturas de cuidados de saúde) promovendo maior estabilidade clínica e ação atempada para prevenir o aparecimento de agudizações com necessidade de recurso aos serviços urgentes.

ii. Utentes identificados como utilizadores frequentes dos serviços urgentes nos diferentes níveis de cuidados, por episódios classificados como não urgentes. A estratégia de abordagem passaria por uma reeducação para a melhor utilização dos Serviços de Saúde, mas teria também como objetivo a identificação e orientação de outras necessidades de saúde, incluindo as sociais (Psicologia/Serviços Sociais/Proteção Civil).

## **5.3 Estratégia de adequação dos meios dos CSP para gestão do atendimento a situações de doença aguda**

Os Cuidados de Saúde Primários são a primeira porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde. Como tal devem estar também preparados para o atendimento das situações de doença aguda ou agudizada.

É fundamental dotar as unidades prestadoras de recursos físicos e humanos necessários ao conjunto de tarefas que são distribuídas aos médicos de família:

- Determinar o tamanho da lista de utentes em função das tarefas executadas, tendo em conta a complexidade e acautelando os previsíveis picos de afluência, provocados, por exemplo, pelas épocas gripais;
- Desenhar o quadro de pessoal em função das necessidades da população e das reais condições locais, em detrimento de enquadramentos rígidos;
- Alocar horários de consulta aberta suficientemente flexíveis para responder à procura de atendimento, sem permitir a desvalorização da consulta programada nem o desinvestimento na capacidade de execução das outras funções nucleares que, a longo prazo, são a base da redução da necessidade do recurso aos serviços urgentes;
- Organizar o atendimento fora-de-horas numa lógica de acessibilidade e de custo-efetividade;
- Aprofundar os mecanismos de autonomia organizativa, funcional e técnica de cada equipa de saúde, com focalização nos objetivos de saúde e menos no cumprimento de grelhas de avaliação;
- Promover a integração em rede com outras unidades dos Cuidados de Saúde Primários e com os serviços hospitalares de referência, incluindo os serviços de urgência.

Permanecem várias questões em aberto e que carecem de reflexão aprofundada:

- Que recursos humanos, como os estruturar e como os ressarcir por esta atividade?
- Que meios técnicos complementares são necessários e adequados? (Aparelhos portáteis de RX com leitura digital, eletrocardiógrafo, aparelho de leitura de gasimetria de sangue arterial, exames laboratoriais em “point of care” (e quais), sistemas automáticos de monitorização, medicação de primeira linha);
- Horários de funcionamento;
- Organização do sistema de acesso e do percurso do doente;
- Interligação com os serviços de urgência hospitalar;
- Interligação com serviços de atendimento permanente, consulta externa ou hospitais de dia dedicados a doença específica (como a doença cardiovascular ou oncológica);
- Cogestão da referência com os serviços hospitalares.

**Há já exemplos de estruturas de CSP dotadas de alguma capacidade.** Percebendo que é impraticável dotar todas as Unidades da capacidade diagnóstica e serviços de atendimento urgentes, reconhece-se benefícios em planear a concentração desta capacidade e destes serviços, de acordo com critérios que podem ser de ordem estrutural (instalações adequadas), geográfica (junto a centros de maior densidade, a mais fácil acesso), epidemiológica (prevalência de doença crónica) ou outros.

#### **5.4 Estratégia para Educação em Saúde sobre a utilização dos CS urgentes (CSP e SU)**

A literacia em saúde é basilar e tem de ser uma prioridade na organização dos serviços. Define-se como o grau em que as pessoas têm capacidade de obter, processar e entender informação de saúde e sobre serviços básicos necessários para a decisão mais apropriada para a sua saúde, de forma livre,

autónoma e informada. Apenas uma população informada poderá melhorar a utilização dos recursos de saúde individuais ou da comunidade, a bem da maximização do seu próprio potencial de saúde.

A educação é um dos processos chave para a mudança de comportamento. Tem de ser vista como um investimento estratégico e programado a vários níveis, tendo em conta o objetivo a atingir. A curto prazo é fundamental capacitar os cidadãos para uma utilização racional dos serviços de saúde existentes com orientações simples e claras sobre os procedimentos em caso de doença súbita ou agudizada. O reforço das linhas telefónicas ou telemáticas demonstrou eficácia durante a pandemia e pode ser direcionado para um objetivo educativo e para a melhoria da literacia da população.

A médio e longo prazo interessa capacitar as pessoas para uma melhor utilização dos seus recursos de vida a bem de uma melhor saúde, diminuindo os contactos desnecessários e melhorando o acesso aos que efetivamente beneficiam de intervenção médica.

## **5.5 Novos Interfaces de Comunicação com o Sistema de Saúde**

Assistimos atualmente à transformação digital na área de saúde. É um momento empolgante que permite a utilização de soluções inovadoras de assistência aos doentes, soluções baseadas em dados e evidências em tempo real (ou quase) e melhorias nos sistemas de saúde, tanto a nível individual, como populacional ou na organização dos próprios sistemas de saúde.

A telemedicina e a saúde digital têm o potencial de melhorar o compromisso dos doentes com a sua saúde e melhorar a decisão partilhada pelo aumento da sua literacia, bem como ajudar os profissionais de saúde na qualidade de cuidados prestados aos doentes, pelo acesso mais rápido dos doentes aos serviços de saúde.<sup>7</sup> Também melhoram o sistema de saúde na medida em que aumentam a eficiência na sua organização e evitam o consumo exagerado de serviços de saúde secundários.

A saúde digital cria a expectativa de ajudar os doentes a gerir melhor as suas doenças crónicas e coordenar os seus cuidados em parceria com os seus médicos assistentes para melhorar a saúde.

A evolução da tecnologia e da digitalização de dados pode agora disponibilizar uma consulta de telemedicina, utilizando sistemas de telecomunicação para prestar cuidados de saúde à distância. Pode ser síncrona (videoconsulta e consulta telefónica) ou assíncrona (como, por exemplo, a resposta a emails dos doentes), com as videoconsultas a demonstrarem uma maior qualidade comparativamente às restantes, uma vez que permitem uma interação superior, a manutenção da dimensão visual e a troca de fotos e outros documentos em tempo real. A videoconsulta permite uma avaliação médica rápida a qualquer doente em qualquer lugar, com bons índices de satisfação e uma análise de custos positiva.<sup>8</sup>

No âmbito da reorganização do acesso aos serviços de urgência importa explorar o *Digital First*, realizado por médicos treinados na especificidade da videoconsulta, e preferencialmente os médicos assistentes do doente, com acesso aos dados agregados que permitam uma visão holística e abrangente da pessoa e da sua situação clínica. Pode também usar-se vários algoritmos de inteligência artificial, como a triagem pré-consulta ou os *symptom-checkers*, de forma a otimizar a *performance* como, por exemplo, o tempo de consulta e consequente referenciação.

Nestes domínios, há já várias experiências nacionais e internacionais usando plataformas de interface com os pacientes de diferentes regiões, com intuítos vários:

- a. Estabelecer um programa de acompanhamento de doenças crónicas que inclui o aporte e contacto regular com profissionais de diferentes disciplinas - nutricionistas, psicólogos (em modo de *coaching*), exercício físico, assistente social, médico e enfermeiro - com o objectivo de atingir metas de controlo e prevenção de complicações que acabam por ser mais custo efectivas a médio-longo prazo;
- b. Telemonitorizar através da "*internet of things*" (IoT) um conjunto de parâmetros ou sintomas que possam surgir dos pacientes com estas patologias, permitindo fazer uma gestão racional da agenda de consulta e contacto directo com a estrutura de saúde, antecipando consultas quando necessário e prevenindo degradação efetiva e não reversível para complicações e necessidade de recurso hospitalar;
- c. Em Portugal funcionam também já plataformas deste tipo especificamente para Triagem de sintomas, Acompanhamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. É importante promover estes interfaces para patologias como a DPOC e a Insuficiência Cardíaca, de que também já há exemplos em funcionamento no país.

## **5.6 Reestruturação do sistema de apoio e triagem do acesso aos serviços de saúde**

É fundamental existir um sistema de triagem eficaz, capaz de orientar os cidadãos na utilização dos serviços de saúde. As linhas de atendimento telefónico ou sistemas telemáticos de triagem podem funcionar a este nível, sendo necessário que os protocolos em utilização estejam baseados na melhor evidência científica, e validados na prática clínica e na utilização corrente.

Percebemos demasiadas vezes erros no sistema atual da linha Saúde24, que não podem ser considerados aleatórios dada a sua frequência. Os protocolos em utilização carecem de uma auditoria técnica profunda e validação tendo em consideração a necessária orientação para o doente e facilitação dos processos dentro dos recursos disponíveis.

O reforço dos meios disponíveis na Emergência Pré-hospitalar é também um aspeto fundamental na orientação dos doentes em situação de doença súbita.

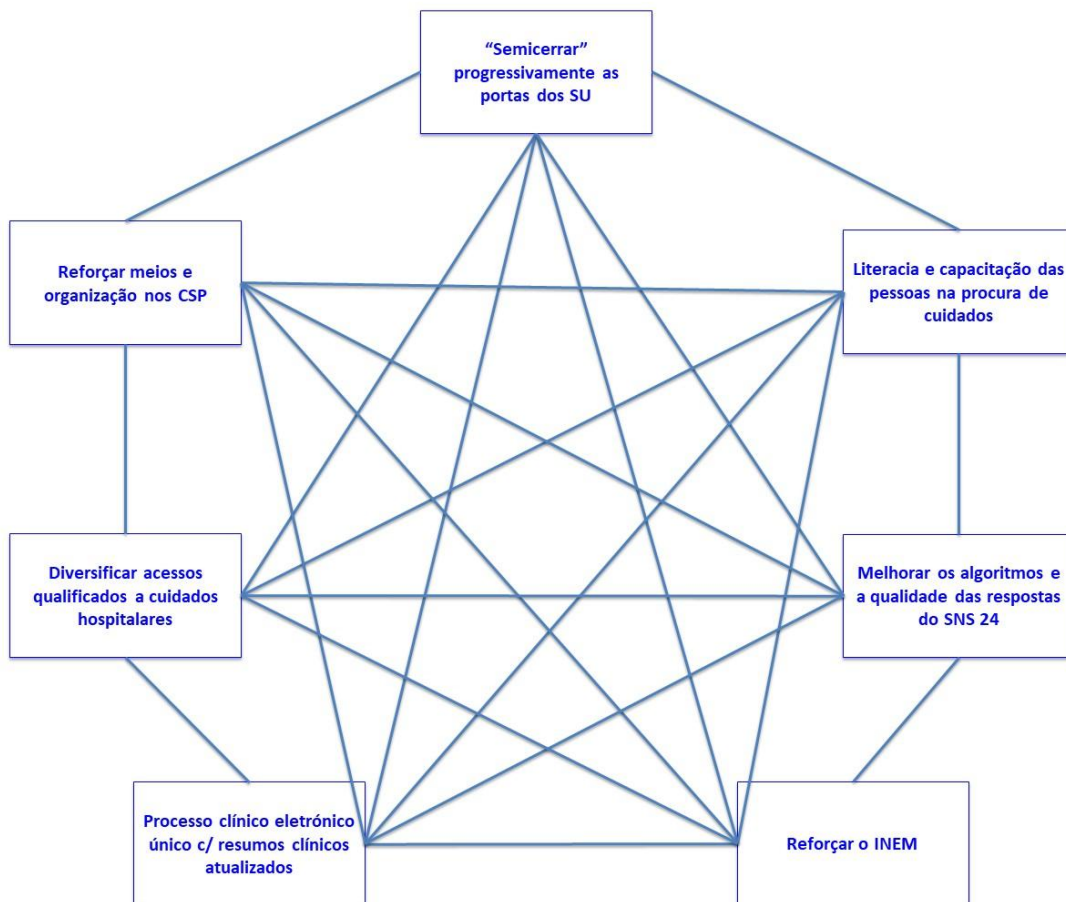
## **5.7 Reorganização do sistema de referenciação hospitalar**

A utilização dos serviços de urgência funciona muitas vezes como tampão das insuficiências do sistema, absorvendo doentes que se vêem à espera de uma consulta médica nos Cuidados de Saúde Primários, nos Cuidados Hospitalares ou em Cuidados Continuados, por um tempo prolongado face à gravidade da situação clínica ou à sua perceção de gravidade. Não é possível reorganizar as urgências sem olhar para os determinantes associados ao tempo de espera para consulta e resolvê-los.

Do lado dos Cuidados de Saúde Primários as listas de utentes demasiado pesadas e sem indexação à sua complexidade são um determinante fundamental, assim como a existência de utentes sem médico de família, numa altura em que não se coloca a questão de falta de recursos humanos, mas da incapacidade que o SNS demonstra em fixar esses profissionais.

A nível hospitalar, interessa que a alocação de recursos e de disponibilidade de consulta obedeça a uma lógica situacional de resposta às necessidades reais de saúde da população. Se existe anualmente um número “n” de diagnósticos oncológicos, os serviços de oncologia e cirurgia devem estar dimensionados para esse “n”, o que implica um trabalho de organização e redimensionamento da rede hospitalar com base no diagnóstico de situação e no plano local/regional de saúde.

A rede de cuidados continuados e de assistência geriátrica está subdimensionada para as necessidades da população. Um exemplo são os ERPI onde muitas vezes não existe uma assistência médica ou sequer de enfermagem capaz de lidar com os problemas de saúde em tempo útil e evitar a necessidade de recurso aos serviços de atendimento urgente e aos internamentos hospitalares. É fundamental dotar a rede de recursos suficientes para uma resposta eficaz e eficiente.



**Diagrama** – Cuidados na doença aguda e urgências: polos de intervenção numa estratégia sistémica integrada – as intervenções devem ser combinadas, concertadas e em todos os polos, sem deixar nenhum para trás.

## 5. Conclusões

Aqui se encontra um plano de intervenção estratégico que pretende representar uma mudança de paradigma na forma como se pensam e organizam os cuidados à doença aguda ou agudizada em Portugal, nomeadamente dedicando um esforço particular à sua prevenção e redução. Interessa compreender os princípios, operacionalizá-los e testar a estratégia num projeto piloto local.

Este documento não procura ser exaustivo nas propostas mas parte de uma reflexão sobre a situação portuguesa, baseada na experiência do dia-a-dia de duas especialidades médicas nucleares e particularmente envolvidas nos cuidados à doença aguda dos utentes em Portugal. Percebemos que por mais que se aumentem os recursos dedicados a esta tarefa assistencial, eles não serão suficientes se não houver paralelamente um esforço na reprogramação e redução da procura destes serviços entre os utentes e na promoção de uma melhor articulação entre os serviços e níveis de cuidados.

## REFERÊNCIAS

1. <https://www.dn.pt/portugal/amp/60-mil-pessoas-sao-responsaveis-por-mais-de-20-das-urgencias-da-regiao-de-lisboa-8843856.html>
2. <https://justnews.pt/noticias/doentes-chronicos-complexos-chlo-premiado-pelo-programa-de-cuidados-integrados#.YL83kvd5cIQ>
3. [https://www.boaspraticasemsaude.com/storage/noticia/documento/10\\_20190315\\_182231.pdf](https://www.boaspraticasemsaude.com/storage/noticia/documento/10_20190315_182231.pdf)
4. “Episódios não urgentes e pouco urgentes na urgência do Hospital Senhora da Oliveira: caracterizar para planear”. José Miguel Guimarães Rodrigues. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Universidade do Porto
5. <https://observador.pt/2020/01/16/projeto-do-hospital-sao-joao-apoia-doentes-respiratorios-chronicos/>
6. Caracterização e Análise das Admissões Hospitalares na Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Um estudo com os utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central. Ana Raquel Martins Justo. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde - 2013/2015
7. 2019 National Healthcare Quality and Disparities Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2020. AHRQ Pub. No. 20(21)-0045-EF.
8. Wallace P, Barber J, Clayton W, Currell R, Fleming K. Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. *Health Technol Assess* 2004;8(50)