



Governo dos Açores

# Plano de Ação para a Reestruturação do Serviço Regional de Saúde

---

Setembro de 2013

## Conteúdo

<b>Introdução .....</b>	<b>4</b>
<b>Enquadramento legal .....</b>	<b>5</b>
<b>A Saúde dos Açorianos .....</b>	<b>8</b>
1. <i>Determinantes de Saúde</i> .....	8
2. <i>Situação social da Região</i> .....	13
<b>Capítulo I - Medidas de organização e gestão do serviço regional de saúde .....</b>	<b>15</b>
<b>A. Medidas de organização .....</b>	<b>15</b>
3. <i>Direção regional da saúde - serviço promotor da qualidade na saúde</i> .....	15
4. <i>Coordenação e articulação hospitalar</i> .....	16
5. <i>Unidades de saúde de ilha (USI)</i> .....	16
6. <i>Comissão de coordenação do SRS</i> .....	17
7. <i>Centro de oncologia dos Açores</i> .....	17
8. <i>Call-center da saúde</i> .....	18
<b>B. Medidas de gestão .....</b>	<b>20</b>
1. <i>Sistema informático da saúde</i> .....	20
2. <i>Telemedicina</i> .....	20
3. <i>Deslocação de especialistas hospitalares</i> .....	21
4. <i>Rede de referência</i> .....	22
5. <i>Contratos-programa</i> .....	22
6. <i>Contratualização com privados</i> .....	23
7. <i>Profissionalização da gestão</i> .....	24
8. <i>Recursos humanos</i> .....	24
9. <i>Recursos materiais (equipamentos)</i> .....	29
<b>C. Medidas administrativas .....</b>	<b>29</b>
1. <i>Sistemas de qualidade e melhoria contínua</i> .....	29
2. <i>Normas de orientação clínica (NOC's)</i> .....	30
3. <i>Normas de orientação terapêutica e normas de enfermagem</i> .....	30
4. <i>Grupos de diagnóstico homogêneos (GDH)</i> .....	30
5. <i>Consulta do dia</i> .....	31

6. <i>Redução das listas de espera</i> .....	31
7. <i>Registo do utente</i> .....	32
8. <i>Portal de estatística</i> .....	32
9. <i>Inspeção regional da saúde</i> .....	33
<b>Capítulo II - Medidas de organização da prestação dos cuidados de saúde</b> .....	<b>34</b>
A. Cuidados de saúde primários.....	34
1. <i>Missão dos centros de saúde</i> .....	34
2. <i>Diferenciação dos centros de saúde</i> .....	35
3. <i>Carteira de serviços</i> .....	36
4. <i>Ajustamento dos centros de saúde</i> .....	39
B. Cuidados de saúde hospitalares.....	46
1. <i>Adequação da carteira de especialidades dos hospitais</i> .....	47
2. <i>Equipamentos</i> .....	62
C. Rede de urgência e emergência.....	65
1. <i>Emergência pré-hospitalar</i> .....	65
2. <i>Serviços de urgência</i> .....	67
D. Redes de cuidados continuados e paliativos .....	70
E. Rede de saúde mental.....	71
F. Tratamento da toxicod dependência .....	71

## Introdução

Ao decidir lançar um processo de reestruturação do serviço regional de saúde, o Governo Regional dos Açores, entendeu que seria um processo informado, aberto e participado. Aquando do início dos trabalhos, identificou-se a necessidade de orientar a discussão para os temas mais significativos, razão pela qual se colheu a opinião dos principais parceiros sociais da área e dos partidos políticos, para a elaboração da proposta de reestruturação do sistema regional de saúde. Era assim um documento base em que se identificavam as principais áreas de atuação e onde se apresentavam algumas das propostas técnicas para a sua resolução.

Tal como o próprio nome indicava, era um documento para ser debatido de forma pública e que serviria de base para que todas as Açorianas e os Açorianos pudessem contribuir durante o debate público, que se iniciou de seguida. O período de debate foi alargado e, ao longo dos sessenta dias de discussão, foram efetuadas sessões de esclarecimento em todas as ilhas e foram recebidos mais de 70 contributos escritos. Verificou-se um enorme interesse público, o que demonstrou a validade do processo democrático escolhido.

A participação da população e de diversos grupos organizados, bem como de organizações profissionais e sindicatos permitiu identificar pontos que necessitavam de ser clarificados e outros que necessitavam de ser alterados e corrigidos. Foram incluídos os contributos de várias individualidades e entidades. Os pontos que foram alvo de maiores críticas foram objeto de uma reavaliação rigorosa, buscando-se soluções que atendessem aos diversos argumentos que foram carreados para o processo. Nos pontos em que tal se afigurou necessário, efetuou-se uma revisão do texto, de forma a torná-lo mais claro.

Esta fase está concluída. Entramos agora numa fase em que, ao diálogo e ao esforço de concertação entre diversas perspetivas, se segue a necessária fase de tomada de decisão e implementação das alterações que é necessário introduzir.

Este documento deve ser interpretado, pois, como um verdadeiro plano de ação que define as mudanças a efetuar no Serviço Regional de Saúde dos Açores, ao nível das diferentes redes de cuidados. São indicados os caminhos considerados mais adequados, sem nunca esquecer a realidade geográfica e populacional do arquipélago. O documento que agora se torna público, e que elenca as medidas que vão ser implementadas pelo Governo dos Açores, prossegue pois o objetivo declarado de todo este processo: o reforço da acessibilidade ao Serviço Regional de Saúde, a permanente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e a sustentabilidade do Serviço Regional de Saúde a longo prazo.

## Enquadramento legal

A partir de 1976, com a transferência de poderes para a Região Autónoma dos Açores (RAA) em matéria de saúde e segurança social assiste-se, em Portugal e um pouco por toda a Europa, a um esquema geral de cobertura de saúde assente na integração e ordenamento da rede de cuidados primários e na sua articulação com os serviços hospitalares.

A prestação de cuidados de saúde caracteriza-se pela coexistência de um Serviço Nacional/Regional de Saúde, de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados. Mas é o Serviço Regional de Saúde (SRS) a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, integrando todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância da saúde à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social.

A RAA possui um enquadramento legal específico, fruto dos progressos efetuados, potenciadores da *Reestruturação do Serviço Regional de Saúde*, assente numa estrutura desenhada há cerca de 30 anos, que se pretende que responda aos desafios de um mundo em mudança.

O SRS rege-se pelos seguintes diplomas:

- Constituição da República Portuguesa;
- Estatuto Político-administrativo da Região Autónoma dos Açores;
- Lei de Bases da Saúde – Lei nº 27/2002, de 8 de novembro (altera a Lei nº 48/90, de 24 de agosto);
- Estatuto do Serviço Regional de Saúde – Decreto Legislativo Regional nº 1/2010/A (com alterações ao DLR nº 28/99/A, de 31 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo DLR nº 2/2007/A, de 24 de janeiro);
- Regime Jurídico dos Hospitais E.P.E. – Anexo I do DLR nº 2/2007/A, de 24 de janeiro;
- Centros de Saúde – Decreto Regulamentar nº 3/86/A, de 24 de janeiro de 1986 (alterado pelo DRR nº 6/90/A, de 24 de fevereiro; DRR nº 9/97/A, de 8 de maio; DRR nº 8/98/A, de 27 de abril; DRR nº 11/2001/A, de 10 de setembro; DRR nº 6/2010/A, de 6 de abril.
- Orgânica da Secretaria Regional da Saúde – Decreto Regulamentar Regional nº 5/2013/A, de 21 de junho;
- Orgânica do Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde – Decreto Regulamentar Regional nº 1/2007/A, de 24 de janeiro de 2007;
- Orgânica da Inspeção Regional de Saúde – Decreto Regulamentar Regional nº 05/2013/A, de 21 de junho.
- Decreto Legislativo Regional n.º 41/2003/A, de 06 de novembro – Transforma o Instituto de Gestão Financeira da Saúde da RAA em Sociedade Anónima de Capitais exclusivamente

públicos, passando a designar-se por Saudaçor – Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde dos Açores S.A. – altera o DLR nº 28/9/A, de 31 de julho.

O SRS de acordo com o artigo 1º, Capítulo I, do Decreto Legislativo Regional nº 1/2010/A, “é um conjunto articulado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde” e encontra-se organizado, conforme o artigo 4º do mesmo DLR, Capítulo II, em i) Unidades de Saúde de Ilha (USI); ii) Hospitais E.P.E; iii) Centro de Oncologia dos Açores (Serviço especializado); iv) Conselho Regional de Saúde (órgão consultivo); v) Saudaçor; vi) Inspeção Regional de Saúde.

As USI são regidas pelo artigo 6º - Das Unidades de Saúde de Ilha – do DLR acima citado, nos seguintes termos: “ 1- A Unidade de Saúde de Ilha é uma estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados, assumindo a natureza de sistema local de saúde”.

O SRS compreende, assim, as seguintes USI com orgânicas próprias, aprovadas por Decretos Regulamentares Regionais:

- USI de Santa Maria (DRR n.º 5/2011/A, de 10.02);
- USI de São Miguel, que compreende os Centros de Saúde de Lagoa, Nordeste, Ponta Delgada, Povoação, Ribeira Grande, e Vila Franca do Campo (DRR nº 26/2011/A, de 09.12);
- USI da Terceira que compreende os Centros de Saúde de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória (DRR nº 27/2011/A, de 15.12);
- USI da Graciosa (DRR n.º 2/2011/A, de 28.01);
- USI de São Jorge que compreende os Centros de Saúde de Calheta e Velas (DRR nº 25/2006/A, de 02.08);
- USI do Pico que compreende os Centros de Saúde de Lajes, Madalena e São Roque (DRR nº 16/2003/A, de 01.04);
- USI do Faial (DRR n.º 3/2011/A, de 28.01);
- USI das Flores (DRR n.º 19/2010/A, de 19.11),
- USI do Corvo (DRR 20/2010/A, de 19.11, alterado pelo DRR nº 2/2013/A, de 15.05).

Aos Centros de Saúde, de acordo com o artigo 7º do diploma em causa, incumbe a prestação de cuidados essenciais de saúde aos utentes na respetiva área de influência, incumbindo-lhes, também, a prestação de cuidados diferenciados.

A matriz legal que enquadra a prestação dos cuidados hospitalares encontra-se regulamentada no Regime Jurídico dos Hospitais E.P.E. – Anexo I do DLR nº 2/2007/A de 24 de janeiro. Aos Hospitais, nos termos do artigo 8º do DLR nº 1/2010/A, de 4 de janeiro, incumbe a prestação de

cuidados de saúde diferenciados aos utentes que lhes sejam referenciados por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde ou a eles recorram diretamente.

As reformas dos CSP consideradas para reorientar o sistema de saúde regional visam o progresso efetivo do acesso universal e da proteção social da saúde – *reformas de cobertura universal*, reformas que reorganizem os serviços de saúde como cuidados primários, ou seja, de *prestação de serviços*, reformas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública nos cuidados de saúde primários, pugnando por políticas públicas saudáveis nos vários setores – *reformas de política pública* e *reformas de liderança*, com base na negociação participativa e inclusiva exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

As reformas ora propostas têm em consideração, por conseguinte e em primeira instância, uma visão integrada das políticas públicas e a transformação do sistema de saúde no sentido de centrá-lo no cidadão, nos processos de cuidados e nos resultados desses processos.

## A Saúde dos Açorianos

Não se pretende apresentar aqui uma análise exaustiva da saúde dos açorianos. Optou-se antes por salientar um conjunto de ilustrações particularmente significativas, perspetivando as estratégias de saúde propriamente ditas, que decorrem do conhecimento dos principais problemas de saúde da Região, para os quais as reestruturações previstas darão os seus contributos. Com a crise económica e social os principais problemas de saúde na RAA tenderam a agravar-se, não constituindo, por isso uma exceção.

### 1. Determinantes de Saúde

O aumento da prevalência das doenças de evolução prolongada (doenças crónicas) na Região, intimamente ligado às mudanças culturais e sociais, traduzidas em novos padrões comportamentais, não difere do que sucede a nível nacional e mundial. Estas doenças, que acompanham a pessoa ao longo de muitos anos da sua vida, estão, normalmente, associadas a comorbilidades que afetam a qualidade de vida das pessoas, constituindo desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização e gestão de cuidados, bem como de gestão de informação e do conhecimento.

. De acordo com os últimos dados recolhidos no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) a percentagem da população residente que tem, ou já teve, uma doença crónica e cuja fonte da informação do diagnóstico foi o médico ou o enfermeiro, por tipo de doença crónica – 2005/2006 foi a seguinte:

NUTSI (CT, RAA, RAM)	Continente	R.A.Açores	R.A.Madeira
Diabetes	6,5	<b>6,7</b>	4,6
<b>Asma</b>	5,5	5,8	4,4
Tensão arterial alta	20,0	<b>16,3</b>	13,1
Dor crónica	16,3	<b>10,0</b>	7,2
<b>Doença reumática</b>	16,3	12,9	6,0
<b>Osteoporose</b>	6,3	5,6	4,1
<b>Glaucoma</b>	0,7	0,7	0,4
<b>Retinopatia</b>	0,8	0,3	1,2
Tumor maligno/Cancro	1,9	<b>1,4</b>	0,8
<b>Pedra nos rins</b>	4,9	3,5	0,9
<b>Insuficiência renal</b>	1,6	0,6	0,8
<b>Ansiedade crónica</b>	4,6	4,4	0,9
<b>Ferida crónica</b>	0,9	0,8	0,6
<b>Enfisema, bronquite crónica</b>	3,7	2,1	2,0
<b>Acidente vascular cerebral</b>	1,6	1,4	1,3
Obesidade	3,9	<b>2,2</b>	0,6
<b>Depressão</b>	8,3	5,4	4,1



Enfarte do miocárdio	1,3	1,0	0,9
Outra doença crónica	24,4	25,5	21,9

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006)

Apesar de não se ter concretizado, ainda, o novo INS do INSA, em fase de preparação, existem alguns estudos mais recentes que apontam para o aumento da prevalência de certas doenças crónicas na Região: da HTA de 35,6%<sup>1</sup> (total do país 23,5%) e da diabetes de 14,3%<sup>2</sup>, valor superior ao de Portugal que era nesse mesmo ano de 11,7%. No caso da dor o Relatório OBSERVDOR, 2010, citado em "Eurotrials - Boletim Informativo nº 37, Saúde em Mapas e Números, disponível em [www.eurotrials.com](http://www.eurotrials.com) (junho 12) o valor referido é de 33,3%. O Relatório COSI Portugal 2008 - *Childhood Obesity Surveillance Initiative* aponta, no que concerne à obesidade na Região, para um valor de 22,7% (OMS), valor muito superior à Região Autónoma da Madeira (RAM) (16,5%) e ao total do país (15,3%).

Os resultados/Discussão dos dados do RORA 1997-2006 apontam para os seguintes valores por tipo de cancro de novos casos registados: o pulmão (948 novos casos, 19,6% do total de cancros); a próstata (978, 19,5%); o cólon e reto (415, 8,3%); o estômago (363, 7,2%); e a bexiga (302, 6,0%) foram as localizações mais afetadas pelo cancro nos homens, enquanto nas mulheres foram a mama (999 novos casos, 29,0% do total de cancros); o cólon e reto (387, 11,2%), o corpo do útero (196, 5,7%); o estômago (182, 5,3%) e o colo do útero (164, 4,8%).

O mesmo estudo conclui que houve, num período de 10 anos (1997-2006), um aumento significativo de cancros. Para o sexo masculino a taxa passou de 320,3 para 443,2 por 100 000 habitantes, e para o sexo feminino de 237,9 para 306,7, por 100 000 habitantes.

Entre os determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida destacam-se o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Em 2006 24,0% da população residente nos Açores era fumadora, 36,4% eram homens e 11,9% mulheres, superando estes valores os encontrados para o Continente e RAM. Entre os consumidores de álcool 48,8% bebeu pelo menos uma bebida. A proporção de consumidores de álcool era mais elevada na população masculina, 59,3%, contra 38,5% das mulheres.

Outros determinantes relacionados com comportamentos de risco mostram, por exemplo, de acordo com Inquérito Nacional em Meio Escolar /2011 - 3º Ciclo e Secundário, que houve um aumento no consumo de Cannabis de 9% em 2006 para 11% em 2011, sendo o consumo atual (últimos 30 dias) superior nos rapazes. O mesmo consumo, a cannabis, para o ensino secundário

<sup>1</sup> Fonte: Prevalência e Caracterização da Hipertensão Arterial em Portugal. Implicações numa estratégia de prevenção. Uma análise do Estudo AMALIA - Publicado na revista Fatores de risco, nº 13 abril/junho 2009.

<sup>2</sup> Fonte: Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal, 2009

aumentou de 25% em 2006 para 30% em 2011, sendo o consumo atual superior, também, nos rapazes.

Numa análise global e sumária dos dados apresentados para os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida, observam-se diferenças assinaláveis entre sexos, cabendo os valores mais elevados ao sexo masculino.

O Plano Regional de Vacinação (PRV) em 31 de dezembro de 2012 atingiu a seguinte cobertura, por tipo de vacina: 92% MenC, VIP 97,1%, Hib 96,6%, DTPa 96,5% e VHB 99,4%.

O número de camas contratualizado para cuidados continuados e integrados de saúde é de 97, com uma taxa de ocupação de 97,3, em 2012.

De 2000 a 2011 registou-se uma variação percentual da ordem das 44,57 consultas (20,72 CS; 88,82 Hospitais; 61,34 COA), uma diminuição na taxa de ocupação e demora média, nos hospitais, de 9,57 e 12,48, respetivamente, sendo que para os CS com Internamento ela foi de (-) 3,59 e (-) 7,52. O número de doentes observados na urgência dos hospitais sofreu uma variação % (2000-2011) da ordem dos 6,92, enquanto nos CS foi de (-) 2,64. Relativamente ao acesso aos cuidados cirúrgicos a procura de cirurgias tende a crescer desde que são monitorizados os registos. A lista de espera para cirurgia, que representa o acumulado de episódios a aguardar cirurgia, registou uma variação percentual de 2011 para 2012 da ordem dos 41,87 doentes.

O número de doentes em tratamento em estruturas especializadas para o tratamento de dependências associadas ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas tem aumentado significativamente. Em 2009 foram realizadas 7886 intervenções (Internamento e ambulatório) e 95.075 em 2012. O número de consultas no mesmo período passou de 6838 para 92.163.

A população açoriana tinha no período 2009-2011 uma esperança de vida à nascença de 75,65 anos, média inferior, apesar de tudo, à média nacional que foi ou era, no mesmo período, de 79,6. Apesar do aumento verificado sobretudo a partir do período 2004-2006 em que a esperança de vida foi de 74,62 o aumento verificado não foi acompanhado por um aumento da qualidade de vida, constituindo os níveis de saúde da população mais idosa uma preocupação especial da saúde pública dos açorianos. A abordagem adequada à saúde no envelhecimento deve ser intersectorial, dada a importância dos aspetos económicos, sociais e culturais no processo de envelhecimento. A conjugação do envelhecimento com as taxas de natalidade (2011=11,1 (‰)), em decrescendo comparativamente com os anos de 2002 a 2005 em que foi da ordem dos 12 (‰), levam, por consequência a um envelhecimento mais rápido da população, facto que constitui, só por si, um desafio social.

A mortalidade Infantil na RAA igualou em 2011 o seu melhor valor, o valor mais baixo desde 2002 (2003 =2,9 por 1000 nados vivos) ou seja 2,9. O número de nados vivos em mulheres adolescentes (idade inferior ou = a 19 anos apesar de vir a decrescer desde o ano 2000 sobe de 8,9 em 2008 para 9,8 em 2009, descendo no ano seguinte para 7,3 para voltar a subir em 2011

para 8,2, taxa que situa a Região muito acima dos valores da RAM (4,4%) e Continente (3,6%). O número de nados vivos de mães em idade de risco baixou de 3462 em 2000 para 2748 em 2011, e o número de nados vivos pré-termo desceu de 6,5 para 6,1, tendo o valor mais alto ocorrido em 2007, 8,3. O número de partos por cesariana que havia descido em 2008 de 35,39 em 2007 para 30,58, manteve-se desde então a subir atingindo em 2012 os 36,79, valor só equiparável a 2005.

A morbilidade por tuberculose tem vindo a diminuir, com base nas notificações obrigatórias feitas para a Direção Regional de Saúde (2000 =40 casos; 2012 = 17 casos), tendo o nº de casos de SIDA (frequência %), cuja fonte dos dados é DDI – URVE - INSA (Situação em 31-12-2012), sofrido inúmeras variações, sendo de 0,9 em 2012 (1986 = 0,0), tendo o seu valor mais alto sido de 8,0 em 1988.

As doenças circulatórias (2001= 783 óbitos/ 33,3%) ( $\Delta\%$  (2011/2002) = -32,44), os tumores malignos (2011 = 544 óbitos/ 22,9%) ( $\Delta\%$  (2011/2002) = 6,46) e as doenças respiratórias (2011 = 339 óbitos/14,3%) ( $\Delta\%$  (2011/2002) = 44,87), constituem as principais causas de mortalidade, seguindo as mesmas tendências nacionais.

A mortalidade prematura, medida pela taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP – 0-64 anos), para a sequência apontada foi, para o mesmo ano, de 6,2%, 34,9% e 4,5%, respetivamente.

A diabetes *mellitus* registou 154 óbitos em 2011, (6,5%), pese embora o facto de a  $\Delta\%$  (2011/2002) ter sido de 44,87. A mortalidade prematura para esta doença foi de 3,4 ( $\Delta\%$  (2011/2002) = 45,31).

Da lista das principais doenças evitáveis<sup>3</sup>, ou seja passíveis de serem sujeitas aos cuidados médicos, constam as doenças respiratórias, alguns tumores (cancro da mama, do colo do útero e testículo...) sendo consideradas, na mesma, as doenças sensíveis à promoção da saúde (cancro da traqueia, brônquios e pulmões, da pele, doença isquémica do coração, cirrose do fígado e acidentes de veiculo a motor).

O envelhecimento e os estilos de vida saudáveis acentuam, assim, o aumento da prevalência das doenças crónicas e da mortalidade.

Apesar de na situação, em termos de recursos humanos, na RAA, estarem identificadas carências de pessoal médico, particularmente no que diz respeito aos médicos de Medicina Geral e Familiar, pressupondo a existência de medidas extraordinárias para as colmatar, a distribuição do pessoal médico por carreira, desde 2000, apresenta  $\Delta\%$  significativas no que se refere às carreiras médicas de Clínica Geral (Medicina Geral e Familiar) e Hospitalar. Ao longo dos últimos anos verificou-se a seguinte distribuição do pessoal médico por carreira:

---

Saúde Pública

Clínica Geral

Hospitalar

---

<sup>3</sup> Adaptado de Levêque e outros, 1999, pp.9 – Cit in Plano de Saúde, ARS Norte.

2000	6	107	266
2001	7	115	285
2002	7	117	310
2003	7	114	340
2004	9	111	340
2005	9	113	379
2006	11	121	370
2007	13	125	374
2008	10	132	347
2009	9	130	355
2010	6	139	395
2011	4	145	362
$\Delta\%$ (2011/2000)	-33,33	<b>35,51</b>	<b>36,09</b>

Em janeiro de 2012 estavam inscritos na Direção Regional de Saúde 145 bolseiros em medicina. Em termos hospitalares, (2012) o panorama em termos de valências era o seguinte:

	HDES	HSEIT	H Horta
Anatomia Patológica	X	X	
Anestesiologia	X	X	X
Angiologia e Cirurgia Vascular	X	X	
Cardiologia	X	X	X
Cirurgia Geral	X	X	X
Cirurgia Maxilo-Facial			
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	X		
Dermatologia	X	X	
Doenças Infetocontagioso	X		
Endocrinologia	X		
Estomatologia	X	X	X
Gastroenterologia	X	X	X
Ginecologia/Obstetrícia	X	X	X
Hematologia	X		X
Imagiologia	X	X	X
Imuno-alergologia	X		
Imuno-hemoterapia		X	
Medicina do Trabalho	X		X
Medicina Física e Reabilitação	X	X	
Medicina Intensiva	X	X	X
Medicina Interna	X	X	X
Nefrologia	X	X	X
Neurocirurgia	X		
Neurologia	X	X	

Oftalmologia	X	X	X
Oncologia Médica			
Ortopedia	X	X	X
Otorrinolaringologia	X	X	X
Patologia Clínica	X	X	X
Pediatria	X	X	X
Pneumologia	X	X	
Psiquiatria	X	X	X
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	X		
Radiodiologia	X	X	X
Radioncologia			
Reumatologia	X		
Urologia	X	X	X

A distribuição do pessoal médico da carreira hospitalar foi a seguinte:

	HDES	HSEIT	H Horta
2000	169	70	27
2001	169	83	33
2002	182	90	38
2003	191	106	43
2004	189	108	43
2005	217	115	47
2006	206	116	48
2007	219	111	44
2008	202	104	41
2009	212	103	40
2010	232	119	44
2011	224	95	43
Δ% (2011/2000)	32,54	35,71	59,26

O rácio de médicos por 1000 habitantes para os CSP em 2000 era de 0,44, passando em 2011 para 0,59. Nas especialidades hospitalares era de 1,10 naquele ano, passando a 1,47 em 2011. Para a globalidade dos médicos o rácio para a RAA era de 1,54 por 1000 habitantes (2000), sendo em 2011 de 2,05.

## 2. Situação social da Região

Em termos de evolução, considerado o período entre censos (2001-2011) os dados apontam para um crescimento demográfico de 2,07 %, sustentado no alargamento do efetivo populacional no escalão etário dos 25-64 anos (15,21%), havendo uma contração ao nível da base da pirâmide etária (0 -14 anos = - 14,62% e 15-24 anos = - 15,40%), mercê de uma tendência nacional de abrandamento da natalidade, pese embora a taxa bruta de natalidade tenha sido de 11,1 (‰), valor superior ao Continente (9,1) e à RAM (9,0).

Observando as grandes categorias da estrutura etária verifica-se que, de acordo com os Censos 2011 o Índice de dependência de idosos (N.º) nos Açores foi 18,7, o valor mais baixo se comparado com o Continente que foi de 29,3 e com a Madeira que foi de 20,9. Em relação ao Índice de dependência de jovens (N.º) era de 25,9 em 2011/Açores, e de 22,5 e de 24,0, respetivamente para o Continente e RAM. Este padrão etário, relativamente equilibrado na distribuição entre gerações constitui um fator favorável à sustentabilidade demográfica e social. Os últimos dados (Censos 2011) mostram um saldo fisiológico de 373 indivíduos, cujo crescimento interrompe a desaceleração que vinha sendo observada desde 2007, em termos de contributo anual para a evolução demográfica. A evolução do saldo fisiológico beneficiou, obviamente, de uma redução no nº de óbitos e de um aumento no nº de nados vivos.

	2010	2011
<b>Nados vivos</b>	2719	2748
<b>Óbitos</b>	2466	2375
<b>Saldo fisiológico</b>	253	373

Fonte: INE, SREA.

A taxa de atividade da população dos Açores em 2011 era de 46,57 % (H = 53,20; M = 40,13%)<sup>4</sup>, valor que se situava abaixo do Continente (47,58%) e da RAM ( 47,61%), ainda que a taxa de desemprego<sup>5</sup>, naquele ano, fosse de 11,13 %, o valor mais baixo se comparado com o Continente e RAM, que eram, respetivamente, de 13,19% e 14,65 %, respetivamente. A taxa para homens e mulheres encontrava-se em patamares equilibrados (H = 11,13 %; M = 11,14%).

Em relação ao produto Interno Bruto (PIB) para o ano de 2011, o PIB na RAA foi estimado no montante de 3 701 milhões de euros a preços de mercado e numa média de 15,1 mil euros por residente naquele mesmo ano, citando os dados do Plano Regional Anual 2013-2016, confirmados pelos do SREA. Com efeito, em termos reais a contração, diz-se no mesmo plano, foi apenas de – 0,7%, o que demonstra que a RAA foi a que melhor resistiu à crise. A variação do PIB registada em todo o país foi mais acentuada, apurando-se no conjunto uma contração real de – 1,6%.

<sup>4</sup> www.ine.pt. | Censos 2011. Resultados definitivos : Portugal. Quadros Resumo

# Capítulo I - Medidas de organização e gestão do serviço regional de saúde

## A. Medidas de organização

### 3. Direção regional da saúde - serviço promotor da qualidade na saúde

Ao longo dos últimos anos, a Direção Regional de Saúde (DRS) dedicou os seus esforços à gestão do sistema e organização dos recursos humanos. Estão agora criadas as condições para que se avance no sentido de dirigir a função desta estrutura para tarefas eminentemente de promoção da qualidade no Serviço Regional de Saúde e de implementação das medidas de Saúde Pública na Região.

É objetivo desta alteração a reorganização da DRS, tornando-a mais clínica, com a finalidade de transmitir as competências técnicas e científicas necessárias para o desenvolvimento do processo de qualidade, e zeladora pela concretização, aos mais diversos níveis, dos objetivos de Saúde Pública definidos para a Região.

Ao apostar na implementação de normas de orientação clínica, normas de enfermagem e normas de orientação terapêutica, pretende-se aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados e, assim, facilitar e incentivar a candidatura das estruturas de saúde a programas de acreditação e certificação.

O Plano Regional de Saúde 2013-2016 será desenvolvido e programado tendo em consideração as especificidades da Região aproveitando as sinergias possíveis do plano nacional.

A importância da coordenação Regional de Saúde Pública será convenientemente destacada na estrutura da DRS de modo a garantir que as funções de autoridade de saúde se desenvolvam com a necessária competência e independência.

A ação principal da DRS desta forma na promoção da saúde pública e da qualidade será atingida com um reforço de competências nas seguintes áreas:

- Transposição das normas clínicas e técnicas nacionais e internacionais para o SRS;
- Contratualização de modelos de certificação e acreditação para Região;
- Desenvolvimento de procedimentos clínicos uniformes para as unidades da região;
- Acompanhamento às equipas de certificação de cada unidade de saúde;
- Promoção e publicitação da investigação científica nas unidades do SRS;
- Organização da formação contínua do SRS;
- Elaboração de estudos epidemiológicos, modelos de intervenção e programas de educação;
- Acompanhamento às equipas de controlo de infeção hospitalar das unidades da Região.

Simultaneamente, pressupõe-se um acompanhamento próximo, sob a forma de auditoria às entidades com as quais a Secretaria Regional da Saúde tem acordos ou convenções.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

#### 4. Coordenação e articulação hospitalar

Apesar da dispersão geográfica do arquipélago, é importante não esquecer que os três hospitais da Região servem uma população aproximada de 250.000 habitantes. O funcionamento dos três hospitais de forma articulada irá permitir uma maior proficiência com uma conseqüente melhoria da qualidade dos serviços prestados e uma melhor organização e racionalização dos recursos.

A dispersão das estruturas de gestão, dificulta a racionalização do Sistema Regional de Saúde, pelo número de profissionais necessários, mas, principalmente, pelo estabelecimento de diferentes metodologias de organização, impedindo a implementação de medidas de forma transversal, potenciando funcionamentos paralelos, desperdiçando recursos, tornando-se portanto mais difícil de implementar ações de melhoria.

Ao nível dos recursos humanos, um planeamento elaborado na perspetiva regional com atenção particular à especificidade e condicionalismos de cada uma das nossas ilhas, potencia os ganhos globais do sistema, não apenas na perspetiva da eficácia e produtividade da sua ação, mas também da otimização dos recursos disponíveis na Região.

No sentido de melhorar a articulação entre os diferentes hospitais da Região, ter planos de atividade e de investimento complementares, partilhar recursos humanos, materiais e uniformizar metodologias de gestão, caberá, numa primeira fase, à Saudaçor e à Comissão de Coordenação do SRS que adiante se refere, desenvolver o modelo de organização e articulação dos três conselhos de administração dos hospitais EPE's.

Só após a consolidação dos resultados deste reforço de coordenação e articulação é que, numa segunda fase, se ponderará a eventual alteração do modelo de organização atual dos hospitais da Região.

**Calendarização:** Primeira fase - Primeiro trimestre de 2014

#### 5. Unidades de saúde de ilha (USI)

A criação das unidades de saúde de ilha representou um passo positivo para a coordenação e integração estratégica no Serviço Regional de Saúde, fundamentalmente, na perspetiva da sua gestão integrada e de otimização de recursos.

Considera-se que é chegada a altura de acentuar o processo de articulação entre as diversas estruturas de saúde existentes em cada ilha, sob a égide da USI, avançando para a unificação da gestão dos cuidados de saúde primários, dentro de cada ilha, permitindo a uniformização de procedimentos e a indispensável otimização de recursos.

Como objetivos desta alteração, entre outros, são de salientar a melhoria da articulação entre as diferentes unidades de prestação de cuidados de saúde primários em cada ilha; a melhoria da



dotação dos diferentes serviços clínicos; o reforço das condições para efetivar a rede de referência e a articulação com a Rede Regional de Cuidados Continuados e Paliativos

Do ponto de vista de estrutura, cada Unidade de Saúde de Ilha terá um Conselho de Administração de 3 a 5 elementos, sendo que, destes, um será o Diretor Clínico e outro o Diretor de Enfermagem. Este Conselho de Administração passa a ter a responsabilidade, não apenas da gestão de toda a estrutura de cuidados primários em cada ilha, mas, sobretudo nas componentes Clínica e de Enfermagem e passa, também a coordenar as atividades dos Centros de Saúde.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

#### 6. Comissão de coordenação do SRS

Os artigos 19.º e 20.º do Estatuto do Serviço Regional de Saúde preveem a constituição de 2 Comissões: a de coordenação inter-hospitalar e a de coordenação do Serviço Regional de Saúde.

Considera-se adequado fundir estas duas Comissões, para que se possa, verdadeiramente, criar as condições para uma efetiva articulação do SRS, quer na componente de cuidados primários de Saúde, quer na componente de cuidados hospitalares.

Esta Comissão será composta pelo Secretário Regional da Saúde ou seu representante, que preside, pelo DRS, e pelos presidentes dos Conselhos de administração dos Hospitais, bem como pelos Presidentes dos CA das Unidades de Saúde de Ilha.

Esta Comissão tem as seguintes funções:

- Aprovar a carta de serviços de saúde da Região;
- Definir a rede de referência dos utentes entre as unidades integradas no SRS (hospitais e USI's) e entre estas e as unidades de saúde nacionais e estrangeiras;
- Colaborar na revisão do plano regional de saúde;
- Aprovar o plano e relatório de atividades de todas unidades de saúde do SRS.
- Promover e avaliar a articulação entre as unidades de saúde em geral e os serviços dos hospitais da região em particular.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

#### 7. Centro de oncologia dos Açores

O Centro de Oncologia dos Açores (COA) é um serviço especializado diretamente dependente da Secretaria Regional da Saúde, o qual, para além de coordenar o rastreio oncológico na Região, também presta serviços através de consultas médicas e de realização de exames de imagiologia.

A entrada em funcionamento do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, sobretudo no que isso acarretou de melhoria e aumento de disponibilidade de instalações, não pode deixar de ser considerado no âmbito da análise das funções e do perfil a definir ou redefinir para o COA.

Assim, considera-se como natural um aperfeiçoamento das funções do COA no sentido de o direcionar mais para a definição e implementação da política de prevenção e deteção precoce oncológica regional do que para a prestação de consultas de especialidade ou exames complementares de diagnóstico que atualmente desenvolve.

Assim, o que se espera da atividade do COA é um incremento e reforço da eficácia da sua ação no âmbito da prevenção e rastreio, através de atividades de vigilância epidemiológica e de investigação da melhoria da qualidade dos cuidados oncológicos, sendo responsável por desenvolver os procedimentos necessários à conceção, execução e coordenação do registo oncológico.

Neste âmbito, será mantida uma consulta de rastreio oportunista na Terceira e criada uma em S. Miguel, enquanto não existir uma cobertura total dos médicos de família nestas duas ilhas. As consultas de especialidade serão progressivamente transferidas para o HSEIT, mantendo o número de atendimentos, mas beneficiando da infraestrutura do novo hospital. O COA deverá manter as suas atuais valências no sentido de garantir a acessibilidade dos utentes até que o HSEIT tenha instalada capacidade de resposta que permita atender em tempo útil tecnicamente aceitável todas as situações. Serão por isso reforçados os mecanismos de coordenação e articulação entre as instituições.

**Calendarização:** Ao longo de 2014.

## 8. Call-center da saúde

A acessibilidade e rapidez de resposta, bem como um grau de proximidade ao utente cada vez maior, são elementos chave numa rede de cuidados de saúde. No sentido de cumprir com os objetivos referidos, a instalação de um call-center da saúde, que permita um aconselhamento e triagem das reais necessidades dos utentes, afigura-se como um passo imprescindível de melhoria da qualidade e da eficácia dos serviços que são prestados aos Açorianos.

O que se pretende, efetivamente, é assegurar uma resposta rápida e eficaz aos problemas do utente, reduzindo o uso excessivo do serviço de atendimento permanente dos cuidados primários e o reencaminhamento do utente para os cuidados de saúde adequados ao seu problema, quando necessário.

Os serviços prestados pelo call-center de Saúde estarão organizados em duas grandes áreas:

### *Atendimentos de teor clínico*

O atendimento de teor clínico é organizado em três grupos de acordo com diferentes objetivos:

- **Triagem Clínica:** pretende identificar, tão cedo quanto possível, as situações mais graves que apresentem maior risco para a saúde do utente, permitindo o encaminhamento para um médico de família e se necessário acionar os serviços de urgência médica. A triagem será realizada de

modo a evitar a sobrecarga das unidades de prestação de cuidados com situações simples, nomeadamente as que possam ser resolvidas recorrendo aos autocuidados, ou a consultas diferidas.

- **Aconselhamento e encaminhamento:** Fornece ao utente serviços como acesso a serviços de urgência, consulta de um médico num determinado espaço de tempo, definido em horas ou dias e prescrição de autocuidados, quando de acordo com informação do utente, tal seja suficiente para a situação em concreto (no caso de prescrição de autocuidados, serão realizadas chamadas de seguimento, no sentido de acompanhar a evolução do utente, sempre que tal seja necessário).
- **Assistência em saúde pública:** Pretende disponibilizar ao utente conselhos relativos a elementos práticos e hábitos de prevenção em saúde pública que abranjam o país, uma comunidade ou uma família, nomeadamente em situações de epidemia e proteção coletiva em saúde.

#### *Atendimento de teor não clínico*

Esta área tem como objetivo prestar informações ao utente relacionadas com a saúde, nomeadamente o que respeita à prestação de serviços, estando esta organizada em dois grupos:

- **Diretório do Serviço Regional de Saúde dos Açores:** Fornece informação ao utente sobre instituições e serviços integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, incluindo as valências, moradas, contactos e horários de atendimento.
- **Farmácias de serviço:** Disponibiliza ao utente informação permanente e atualizada sobre as farmácias de serviço.

O call-center de Saúde garante um funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana sendo acessível pelos seguintes canais:

- Telefone com um número único (meio de acesso mais direto);
- Correio eletrónico;
- Website, (com suporte chat para pessoas com dificuldades auditivas e na fala).

O call-center será instalado no Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) incorporando e complementando o atendimento da linha de emergência médica 112.

O atendimento será realizado por enfermeiros com formação específica nos protocolos de triagem e aconselhamento sob supervisão médica em permanente. O sistema será objeto de certificação e auditado permanentemente de acordo com as “guidelines” internacionais.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

## B. Medidas de gestão

### 1. Sistema informático da saúde

Cada vez mais, o acesso à informação e a rapidez da sua transmissão é fundamental na gestão dos recursos (materiais e humanos), no desempenho dos profissionais de saúde e na satisfação das exigências dos utentes. A constante evolução dos sistemas informáticos, precipita uma necessidade de atualização permanente e um consumo considerável de recursos humanos e financeiros.

O sistema deve ter como pressuposto base diminuir a barreira geográfica que separa as unidades de saúde dos Açores, garantindo maior acessibilidade dos cuidados de saúde à população, fortalecendo a comunicação entre os profissionais de saúde e melhorando a gestão dos recursos.

Os objetivos chave para o sistema informático da saúde são:

- Reunir a informação clínica de cada utente num único registo, inclusivamente resultados de exames, permitindo a sua rápida consulta e atualização pelos profissionais de saúde.
- Agilizar a marcação de consultas, estando o sistema de informação sincronizado com a gestão das agendas médicas, possibilitando a alteração pelo utente da data de consulta por meio telefónico ou Internet e permitindo a otimização da deslocação a diferentes consultas e exames.
- Melhorar a interação das equipas de diagnóstico e tratamento do utente, conduzindo a uma maior qualidade no serviço e aumentando a sua eficiência.
- Permitir o acesso a dados estatísticos que permitam o apoio a tomadas de decisão, o suporte a atividades de investigação e o controlo de tendências epidemiológicas.
- Controlar componentes administrativas e de recursos, melhorando a gestão das unidades de saúde.

Tendo em conta que o sistema informático é apenas uma ferramenta de trabalho e que dele só podem ser extraídos os dados introduzidos pelo utilizador, será dado início a um programa de formação contínua para que os utilizadores do sistema possam potenciar e desenvolver as capacidades do sistema.

**Calendarização:** Último trimestre de 2015

### 2. Telemedicina

A telemedicina visa melhorar o acesso dos utentes e evitar deslocações desnecessárias para os doentes, permitindo o seguimento e decisão à distância, sendo um instrumento que contribui para uma maior acessibilidade dos utentes e uma maior resolubilidade. Não é possível, nem tecnicamente aceitável abdicar da consulta presencial, principalmente na primeira observação, mas

a triagem de especialidade e as avaliações subsequentes podem utilizar este recurso tecnológico, com claras vantagens.

Pretende-se, assim, promover uma aposta decidida na realização de teleconferências entre centros de saúde e hospitais, assim como a realização de teletriagem e teleconsultas, sendo importante sobretudo nos centros de saúde com menor acessibilidade ao hospital de referência.

Na concretização desta opção estratégica, as novas possibilidades que nos oferece a evolução tecnológica devem ser uma mais-valia clara na concretização desta medida.

Desse modo, ao invés de uma aposta em meios tecnológicos dotados de grande sofisticação, julga-se prudente começar pelo lançamento de um sistema de telemedicina de fácil utilização, que necessite de poucos recursos tecnológicos e que tenha um baixo custo de manutenção.

Serão identificados médicos “chave” em cada especialidade que desempenhem o papel de responsáveis regionais e incentivem a utilização deste recurso. O sistema terá inicialmente uma vertente de triagem de pedidos de especialidades e outra de consulta programada. Será também possível efetuar aconselhamento urgente/emergente com o médico presente no centro de operações de emergência do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

### 3. Deslocação de especialistas hospitalares

No sentido de proporcionar maior conforto ao utente e também de racionalizar os gastos do sistema, foi iniciado um programa de deslocação regular de especialistas hospitalares às ilhas sem hospital.

Tal programa permitiu uma maior proximidade de cuidados mas, necessita de uma regulamentação complementar, uma vez que não resolveu totalmente algumas assimetrias no acesso a algumas especialidades. Otimizar o programa de deslocação de especialista existente para tornar o acesso à consulta de especialidade mais equitativo, diferenciando as situações urgentes das não urgentes, é o objetivo que se deve prosseguir no futuro próximo.

A atual marcação de deslocações em intervalos regulares não permite uma gestão diferenciada do acesso às especialidades, pois não é estabelecida previamente a prioridade de acesso, para cada utente. A capacidade da teletriagem em estabelecer prioridades de observação, bem como da necessidade, ou não, de observação em meio hospitalar permite criar uma lista de espera nos centros de saúde, padronizada e priorizada. Os especialistas podem assim ser convocados sempre que se verificar um número predeterminando de utentes à espera da consulta, permitindo que a deslocação, seja uma resposta à necessidade local, em vez de uma programação anual limitada.

Reafirmamos a importância da deslocação de médicos especialistas hospitalares às ilhas sem hospital, mas também reiteramos a necessidade absoluta desta ser uma medida integrada,

avaliada e gerida de forma a salvaguardar o interesse dos Açorianos na eficiência do SRS. Estas deslocações não devem ser enquadradas como um seguimento regular por parte dos especialistas em cada ilha, mas um apoio à atividade dos médicos de família que procuram nesta referenciação um esclarecimento sobre um determinado aspeto mais específico da patologia do doente. Os médicos especialistas hospitalares devem informar o médico de família da sua opinião clínica, da terapêutica a seguir e dos sinais e sintomas que podem levar a nova referenciação hospitalar.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

#### 4. Rede de referenciação

Atualmente existem três hospitais na Região com serviços similares e diferenciações próprias, mas com áreas de referenciação predefinidas. Considerando que a mobilidade crescente dos Açorianos permitiu criar laços que não respeitam a área de influencia geográfica dos Hospitais e que um dos objetivos da presente reestruturação é a humanização dos cuidados prestados, decidiu-se abandonar as atuais restrições relativamente ao encaminhamento dos doentes, para que o utente possa escolher livremente o Hospital onde deseja ser tratado.

O sistema informático garantirá a transferência da informação clínica entre todos os intervenientes e o médico especialista, aquando da teletriagem informará o doente das suas diferentes opções para que este possa optar de forma esclarecida. Será missão da comissão de coordenação do SRS elaborar o documento com a carteira de serviços das unidades da Região, bem como acompanhar a estatística de deslocação dos utentes e corrigir eventuais desvios funcionais.

Dentro da mesma especialidade, os serviços diferenciados serão coordenados entre os três hospitais para que o doente só tenha que ser deslocado para o continente em caso de incapacidade de resposta a nível regional. Os hospitais de referência no continente serão definidos e protocolados dentro da rede de referenciação. As deslocações urgentes e emergentes continuarão a obedecer a uma rede de referenciação própria.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014.

#### 5. Contratos-programa

A autonomia financeira das unidades do SRS, só pode ser completamente atingida se houver uma correspondente responsabilização das unidades de saúde pela gestão efetuada.

Importa, assim, alargar os contratos-programa a todas as unidades do sistema, garantindo como pressupostos, designadamente:

- Assegurar que os planos de atividades das entidades prestadoras de cuidados de saúde da Região são coerentes com a estratégia regional;

- Reforçar os mecanismos de acompanhamento e avaliação dos contratos-programa no âmbito hospitalar e de cuidados de saúde primários, nas suas vertentes de produção, qualidade e económico-financeira;
- Assegurar a avaliação de desempenho dos diversos prestadores e a transparência na divulgação dos resultados;
- Desenvolver um programa específico de redução de custos nos hospitais e nos cuidados de saúde primários, com medidas que não afetem a qualidade dos cuidados prestados, mas que otimizem a utilização dos recursos que estão disponíveis;
- Reforçar a autonomia e a responsabilidade dos profissionais e das equipas prestadoras de cuidados, implementando mecanismos de contratualização interna que sejam capazes de envolver e responsabilizar todos os intervenientes;
- Estabelecer dispositivos específicos para acompanhamento das despesas em áreas como a dos medicamentos, ao nível da prescrição em ambulatório e hospitalar, os fornecimentos e serviços externos, os recursos humanos, as convenções, acordos e protocolos e os investimentos.

Com este enquadramento será possível contratualizar, anualmente, com as unidades de saúde alguns dos seguintes objetivos:

- Redução nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Aumento da taxa de utilização de genéricos;
- Diminuição da taxa de reinternamentos;
- Diminuição do número de partos por cesariana;
- Conversão de camas de internamento para regime de ambulatório.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

## 6. [Contratualização com privados](#)

A avaliação as necessidades da Região, em algumas áreas da prestação de cuidados de saúde, permite concluir que a capacidade instalada no setor público dá a resposta adequada à população. Define-se assim que a utilização do setor privado apenas deve ocorrer depois de esgotada a possibilidade de resposta em tempo aceitável no setor público. Para a correta complementaridade dos serviços públicos com os privados é necessário rever e simplificar os contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do setor privado ou do setor social. Considerando a capacidade instalada e o desempenho das instituições privadas prevê-se um ajustamento progressivo das convenções e reembolsos em vigor.

Para tal entende-se que é necessário:

- Definir tabelas de preços com mecanismos de adequação do preço ao custo da prestação de cuidados, contribuindo para a transparência, eficiência e complementaridade do sistema;
- Introduzir mecanismos de monitorização, acompanhamento e controlo eficazes que limitem a utilização abusiva;
- Exigir a codificação dos atos praticados segundo os sistemas em vigor.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

## 7. Profissionalização da gestão

O aumento da complexidade na prestação de cuidados de saúde, com o crescendo de custos inerente e de responsabilidades sociais não é compatível com o modelo de gestão clínica até agora em curso.

Assim, tendo por aceite que os órgãos de gestão das unidades de saúde devem manter os seus representantes clínicos, mas devem ser constituídos na sua maioria por profissionais especializados em gestão, principalmente em gestão de unidades de saúde, pretende-se introduzir novos modelos organizacionais que promovam a auto-organização das equipas prestadoras de cuidados e que assentem numa maior autonomia e responsabilidade destas, com definição clara de mecanismos de funcionamento, contratualização, avaliação e incentivos.

A opção neste domínio afigura-se clara e particularmente significativa numa Região que tem alguma escassez de recursos humanos: no âmbito do SRS os médicos devem dedicar-se a tempo inteiro à sua função e formação.

**Calendarização:** Primeiro semestre de 2014

## 8. Recursos humanos

### 8.1 Saúde Pública

Dentro dos recursos médicos, os especialistas em saúde pública são os que apresentam maiores dificuldades de recrutamento. São formados anualmente pouco mais de uma dezena de especialistas a nível Nacional, sendo que a necessidade nos Açores ultrapassa o número de especialistas formados por ano no todo Nacional.

Independentemente desta dificuldade, será mantida a política de formação e captação destes especialistas e enquanto não se verificar uma cobertura total a nível da Região será mantida a parceria com a estrutura dos cuidados de saúde primários para a manutenção dos serviços à população.

**Calendarização:** Até 2016



## *8.2 Medicina geral e familiar*

O médico de família é um elemento chave no cumprimento da missão dos cuidados primários de promoção da saúde, sendo fundamental a sua coordenação com os vários elementos dos cuidados primários, permitindo um correto acompanhamento do utente. Atualmente, os médicos de família não cobrem a totalidade da população dos Açores, sendo um dos obstáculos a escassez de especialistas em medicina geral e familiar.

É fundamental garantir que toda a população tenha médico de família, sendo necessário implementar uma distribuição adequada dos médicos de família pelos vários centros de saúde e com incentivos adequados à sua fixação.

A intervenção que se propõe realizar nesta temática, assenta nos seguintes pontos:

- Acréscimo do número de utentes por lista de modo que o número de utentes por médico de família esteja no máximo em 1900 utentes em todos os centros de saúde.
- Aumento do número de clínicos gerais na Região para garantir o atendimento não programado dos centros de saúde, libertando assim os médicos especialistas de medicina geral e familiar para o atendimento dos seus utentes.
- Atualização das listas de utentes, removendo os registos duplicados, as mudanças de residência e o óbitos, através de contato com os utentes sem nenhuma interação com o centro de saúde nos últimos 3 anos.
- Aumento do número de médicos de medicina geral e familiar, utilizando o sistema de incentivos à fixação.

**Calendarização:** Até 2016

## *8.3 Especialidades hospitalares*

Os recursos médicos ao nível dos cuidados hospitalares devem garantir a manutenção da carteira de especialidades dos hospitais, de modo a manter a eficiência do perfil proposto e a permitir uma melhor resposta às necessidades da população.

Ainda que os cuidados hospitalares não apresentem um problema de escassez tão grave como o observado a nível dos cuidados primários, considera-se que se deve ter em atenção o reforço de algumas especialidades, que devido à estrutura etária envelhecida dos médicos correm o risco de não possuir especialistas.

Com o objetivo de garantir a quantidade de especialistas necessários para cada hospital da Região, a intervenção proposta passa por aprovar um sistema de incentivos à fixação, dinâmico, que permita o acompanhamento e satisfação das reais necessidades de cada um dos hospitais regionais.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

#### *8.4 Enfermagem*

Ainda existem necessidades pontuais no sistema que devem ser colmatadas, apesar de não se tratar de um recurso humano em déficit no mercado de trabalho. A maior dificuldade na contratualização destes profissionais passa pela sua diferenciação técnica, pois as necessidades atuais são em áreas de especialização que exigem um forte investimento formativo.

Pretende-se, por isso, implementar em toda a Região o projeto “Enfermeiro de Família” em coordenação com a Ordem dos Enfermeiros, projeto que demonstrou validade, na experiência piloto desenvolvida, bem como aumentar o número de especialistas de enfermagem, principalmente em saúde materna. Existem, no entanto, outras áreas que estão a ser desenvolvidas e que demonstram que os Açores são um bom exemplo da valorização da profissão de enfermeiro. Será pois necessário manter a contratação destes profissionais para os projetos em curso, absorvendo gradualmente mais recursos e continuar a fomentar parcerias que permitam o desenvolvimento pioneiro de projetos a nível nacional e internacional.

**Calendarização:** Segundo semestre de 2015

#### *8.5 Médicos dentistas*

A contratualização de médicos dentistas para os programas de saúde oral juvenil foi uma decisão bem fundamentada e que começa já a mostrar os seus frutos. Foi também reconhecida a mais-valia da utilização destes profissionais, para o atendimento à população mais carenciada, sem recursos para recorrer à medicina privada.

Importa, por isso, manter e reforçar este serviço à população, aumentando o seu horário de funcionamento e alargando as suas competências na área da prevenção.

Assim, pretende-se reforçar a oferta à população dos serviços de médicos dentistas necessários para a utilização plena dos equipamentos dentários existentes nos centros de saúde através do alargamento dos períodos de consulta.

**Calendarização:** Primeiro semestre de 2014

#### *8.6 Técnicos de diagnóstico e terapêutica*

Apesar de se propor uma reorganização da atividade dos técnicos de laboratório ainda existem algumas lacunas que devem ser colmatadas, principalmente ao nível das USIs. Tal como para os técnicos de cardiopneumologia e radiologia pretende-se que o número de profissionais em cada centro de saúde intermédio e avançado permita o normal desempenho das atividades destes trabalhadores.

**Calendarização:** Até 2016

### *8.7 Psicólogos*

O papel da psicologia ao nível dos cuidados de saúde tem ficado claramente demonstrado quer pelos ganhos em saúde quer pela humanização dos serviços prestados. É reconhecido por todos os profissionais que trabalham na área da saúde os ganhos que têm sido obtidos, nomeadamente ao nível promoção da saúde nas escolas, no trabalho, na comunidade, na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e no acompanhamento da patologia psiquiátrica. É pois intenção continuar a aposta na diversidade das equipas de cuidados de saúde no sentido de, por um lado garantir uma especialização nos cuidados a prestar, e por outro apostar em políticas de promoção e prevenção da doença. Para tal serão contratados psicólogos clínicos para todas as unidades de saúde da região, permitindo uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, bem como uma descentralização dos cuidados hospitalares.

**Calendarização:** Até 2015

### *8.8 Fisioterapeutas*

Os fisioterapeutas nas sociedades contemporâneas têm vindo a assumir cada vez mais um papel importante considerando a diversidade das técnicas que estão habilitados a desenvolver e também pela crescente procura da população. É um facto que o desenvolvimento deste setor veio permitir obter ganhos em saúde quer ao nível dos prestadores públicos, quer ao nível da rede privada. Conscientes da necessidade das populações, foi definida uma política de aumento de capacidade de resposta nas unidades de saúde, salvaguardando sempre o bem-estar e o acesso das populações a este tipo de cuidados. É objetivo rentabilizar as estruturas existentes promovendo uma melhor e mais correta acessibilidade de todos os açorianos.

**Calendarização:** Até 2016

### *8.9 Farmacêuticos*

Os farmacêuticos garantem a qualidade dos serviços de farmácia e dos laboratórios de análises pelo que são peças importantes no funcionamento, quer dos hospitais quer das USIs. Será efetuado um esforço no sentido de dotar cada unidade de saúde com os profissionais necessários ao funcionamento com qualidade destas duas valências, no SRS. Esta classe profissional é um bom exemplo dos ganhos potenciais da partilha de recursos humanos entre as instituições.

**Calendarização:** Até 2016

### *8.10 Nutricionistas e Dietistas*

Os Nutricionistas e Dietistas, têm nos últimos anos assumido um papel de relevo no Serviço Regional de Saúde no âmbito do Programa Regional Contra a Obesidade e Diabetes. A ação

desenvolvida de forma transversal na sociedade, ao nível das escolas, instituições particulares de solidariedade social, instituições de idosos e outras, por estes profissionais, tem sido de extrema importância na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. É intenção prosseguir com o desenvolvimento deste trabalho uma vez que trará ganhos efetivos em saúde a alteração de determinados comportamentos, o que se só se consegue fazer com uma atuação precoce e ao longo de pelo menos duas gerações.

**Calendarização:** Até 2015

#### *8.11 Assistentes sociais*

O papel social assume primordial importância na humanização da prestação de cuidados de saúde. Pretende-se que os departamentos de assistência social nos dias de hoje se tornem mais proactivos e participativos, e que passem a deter a autonomia que lhes permita, efetivamente, resolver os problemas dos doentes. É com esse desiderato que se pretende que os departamentos sociais das unidades de saúde passem a funcionar em rede e de forma articulada com o principal objetivo de resolver os problemas do utente e sempre que necessário com entidades externas ao próprio Serviço Regional de Saúde.

**Calendarização:** Até 2016

#### *8.12 Sistema de incentivos para os recursos humanos*

Atualmente as unidades de saúde dos Açores apresentam dificuldades na atração e retenção de recursos humanos da área da saúde, facto que se traduz no baixo preenchimento das vagas disponibilizadas nos centros de saúde e hospitais.

Assim sendo, interessa definir um programa de incentivos que atraia e retenha os recursos humanos deficitários. A proposta que julgamos mais facilmente poder contribuir para isso radica em algumas linhas-mestras, das quais se destacam:

- Alterar o sistema de incentivos, passando do atual financiamento à formação pré-graduada, para incentivos à fixação, após a formação pós-graduada, que de forma dinâmica se possam ir adaptando às reais necessidades das unidades de saúde
- Criação de um programa de estágios nas unidades de saúde para alunos (por exemplo estágios de verão), fortalecendo a possibilidade de uma futura opção por exercer atividade nas unidades de saúde dos Açores.
- Realização de investigação clínica nas unidades de saúde, aumentando o prestígio do sistema de saúde dos Açores, conduzindo a uma maior atratividade.

As alterações propostas não invalidam que os atuais bolseiros da região na área da saúde, cerca de 146, se mantenham no regime em vigor até à conclusão da sua formação, não podendo beneficiar de ambos os regimes.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

## 9. Recursos materiais (equipamentos)

As tecnologias assumem uma importância cada vez maior, possuindo um papel fundamental não só no diagnóstico, como também no tratamento da doença.

A Região apresenta uma dotação de equipamentos que permitem uma boa cobertura da população, tendo em conta a condição arquipelágica, o que, por vezes, justifica a existência de equipamentos aquém da sua rentabilização máxima.

No entanto, isso não significa que não seja necessária uma reformulação do processo de aquisição/utilização de materiais, tendo em vista torná-lo o mais eficiente possível e o mais adequado às necessidades e realidades da nossa Região.

Assim, no âmbito dessa reformulação, considera-se essencial garantir os seguintes pressupostos nas decisões sobre os equipamentos do Serviço Regional de Saúde:

- Todos os processos de aquisição/substituição passam a depender da análise custo/benefício efetuada pela Saudaçor assente na existência de um modelo de rentabilidade por equipamento;
- Deve ser esgotada toda a capacidade instalada na Região antes de adquirir novos equipamentos;
- Deve ser esgotada toda a capacidade instalada no Serviço Regional de Saúde antes de recorrer à utilização de equipamentos de terceiros;
- Homogeneização das marcas dos equipamentos adquiridos;
- Realocação de equipamentos subutilizados.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

## C. Medidas administrativas

### 1. Sistemas de qualidade e melhoria contínua

O estabelecimento de políticas de fomento da qualidade no sistema de saúde dos Açores é fundamental para contribuir, cada vez mais, para a melhoria dos serviços fornecidos e consequente maior satisfação de utentes e profissionais.

Do mesmo modo, para manter uma atividade assistencial de qualidade, é importante que as unidades de saúde e os serviços que as constituem tenham uma visão crítica sobre a qualidade dos serviços que prestam, permitindo aos serviços perceber o nível de cuidados que proporcionam à população, escolhendo as suas necessidades formativas com o objetivo da melhoria de cuidados.

Para o desenvolvimento desta medida, considera-se essencial uma intervenção que realize os seguintes objetivos:

- Promover a acreditação das unidades de saúde;
- Realizar auditorias às unidades de saúde com recurso a auditores especializados da Direção Regional de Saúde;
- Utilizar indicadores de desempenho que avaliem o grau de satisfação do utente e dos profissionais;
- Realizar “*benchmarking*” entre as unidades de saúde da Região e destas com as unidades do continente;
- Implementar um sistema de monitorização e avaliação da atividade assistencial;
- Apostar nos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos;
- Dinamizar as reuniões de mortalidade e morbilidade (M&M), como forma de melhoria contínua de cuidados.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

## 2. Normas de orientação clínica (NOC’s)

A Ordem dos Médicos, em conjunto com a Direção Geral de Saúde, tem vindo a publicar normas de orientação clínica, que abrangem as mais variadas práticas, de diferentes especialidades. Essas normas permitem uma uniformidade no diagnóstico e tratamento de patologias, garantindo que o utente recebe o melhor e mais atual tratamento.

Tendo em conta o objetivo de generalizar a utilização das NOC’s nas unidades de saúde da Região, prevê-se que os profissionais de saúde estejam obrigados a registar a fundamentação da sua não utilização, num processo que deve ser escrutinado pela Ordem dos Médicos e DRS.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

## 3. Normas de orientação terapêutica e normas de enfermagem

Outras Ordens profissionais, têm produzido normas, orientações e procedimentos, que devem também ser incorporados no funcionamento do SRS, como são exemplo as normas de orientação terapêutica e normas de enfermagem, publicadas pela Ordem dos Farmacêuticos e Ordem dos Enfermeiros, respetivamente. Serão abordadas todas as Ordens profissionais para colaborarem neste esforço normativo a desenvolver dentro do SRS.

**Calendarização:** Segundo semestre de 2014

## 4. Grupos de diagnóstico homogéneos (GDH)

O funcionamento global do SRS pode ser melhorado também com a adoção de critérios coerentes e generalizados de classificação de doentes com base nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

Os GDH são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista de consumo de recursos. As classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital, tais como diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes.

Em concreto, esta medida consiste no desenvolvimento das seguintes ações:

- Criar uma base de dados dos internamentos ocorridos nos hospitais;
- Usar a produção e o “case-mix” como base para definir os contratos programa com os hospitais;
- Faturar aos subsistemas e terceiros pagadores segundo as tabelas de GDH;
- Realizar “*benchmarking*” entre as unidades de saúde da Região e destas com as unidades do continente;
- Usar os indicadores relativos ao cumprimento de boas práticas de saúde e de parâmetros de qualidade;
- Criar uma linguagem de gestão “medicalizada” comum entre gestores e médicos possibilitando uma melhor articulação entre ambos.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

## 5. Consulta do dia

A deslocação de doentes aos hospitais para avaliação pelo especialista deve ser coordenada de forma a possibilitar que este seja atendido no próprio dia, nos casos em que a situação clínica assim o determine e nas situações de doença aguda não urgente ou emergente.

Com esta medida pretende-se garantir que o doente possa fazer os exames complementares de diagnóstico no mesmo dia da consulta ou que, duas consultas de diferentes especialidades, possam ser realizadas numa única deslocação.

Para a sua implementação pretende-se nomear um assistente técnico em cada hospital que se encarregue da marcação dos pedidos de consulta, das unidades de saúde das ilhas sem hospital e que servirá de elo de ligação entre essa unidade de saúde, o utente e o hospital.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

## 6. Redução das listas de espera

A listas de espera para consulta e cirurgia em situações não urgentes são uma realidade hospitalar em todo o mundo e permitem uma correta programação da atividade assistencial e o tempo de reflexão necessário para um correto consentimento informado. Mais do que terminar com as listas de espera é fundamental manter essas listas com tempos de espera clinicamente aceitáveis.

Serão utilizadas as seguintes metodologias para garantir que os utentes tenham acesso a uma consulta num intervalo de tempo aceitável:

- Contratação de especialistas de medicina geral e familiar nas USIs carenciadas;
- Contratação de clínicos gerais para o atendimento nos SUBs;
- Aumento da deslocação de especialistas hospitalares nas especialidades carenciadas;
- Teletriagem dos pedidos de consulta hospitalares;
- Definição de um rácio para o atendimento de primeiras consultas;
- Descentralização de funções clínicas nos restantes profissionais de saúde (triagem de enfermagem, avaliação psicológica, consulta de nutrição, fisioterapia, etc...)

Serão reforçados os seguintes mecanismos para a redução e manutenção da lista de espera cirúrgica, não urgente, nos três meses:

- Contratação de mais anesthesiologistas para os três hospitais;
- Desfasamento do horário dos profissionais do bloco operatório;
- Controle e publicitação dos tempos efetivos de utilização dos blocos operatórios por cada especialidade;
- Aumento obrigatório da produção regular antes de estabelecer programas extraordinários de redução de listas de espera cirúrgicas

**Calendarização:** Ao longo de 2014

## 7. Registo do utente

O desenvolvimento das plataformas informáticas de registo de utilizadores dos sistemas de saúde, permite, hoje, uma atualização permanente dos dados dos utentes, bem como a partilha da informação clínica. Através da tecnologia incorporada no cartão do cidadão é possível, utilizando o número de utente de saúde, obter toda a informação necessária à prestação e faturação dos cuidados médicos.

Pretende-se manter o protocolo com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, de cooperação e integração no registo nacional de utente e na plataforma de dados da saúde (RNU e PDS). Pretende-se alargar esse protocolo aos programas eAgenda e eSIGIC. Essas bases de dados permitem a ligação entre as diferentes tipologias de unidades prestadoras de cuidados na região e destas com o continente.

**Calendarização:** Último trimestre de 2013

## 8. Portal de estatística

Quanto mais transparente for um sistema de saúde maiores são os potenciais ganhos na elaboração de medidas para torná-lo mais eficiente e equitativo. As estatísticas mensais de cada



serviço, departamento ou hospital permitem a comparação de resultados e informar a população do nível de serviço prestado pelas suas unidades de saúde.

Tendo como objetivo garantir a informação pública mensal sobre o desempenho das instituições (hospitais e cuidados de saúde primários), aumentando a transparência e contribuindo para uma maior capacitação e conhecimento por parte dos cidadãos, pretende-se disponibilizar no Portal do Governo os dados estatísticos sobre consultas, atendimentos no serviço de urgência, cirurgias, listas de espera, exames complementares de diagnóstico e terapêutica. Essa informação será fundamental na livre escolha do serviço por parte do utente.

**Calendarização:** Segundo semestre de 2014

#### 9. Inspeção regional da saúde

A Inspeção Regional da Saúde zela pelo normal funcionamento das instituições de saúde e assegura ao utente um recurso independente na gestão de eventuais conflitos com o sistema regional de saúde.

Os atos inspetivos não interferem com a normal prestação de cuidados, mas permitem identificar práticas menos corretas e abusivas, que devem ser corrigidas de forma a otimizar e moralizar o funcionamento do sistema.

Considerando os resultados obtidos, bem como os claros benefícios para todo o sistema, será reforçado o quadro inspetivo, alargando assim a capacidade de atuação, principalmente nas inspeções regulares.

**Calendarização:** Primeiro trimestre de 2014

## Capítulo II - Medidas de organização da prestação dos cuidados de saúde

### A. Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários (CSP) assumem um papel chave no funcionamento do sistema de saúde, pois pretende-se que seja o principal ponto de interação com o utente. Na Região, as unidades de saúde, tradicionalmente representadas nos centros de saúde, adotam uma posição ainda mais relevante, dado que as nossas condições geográficas e populacionais os tornam na principal resposta às necessidades de saúde.

Importa, pois, neste momento, fazer uma atualização da respetiva missão, tendo em conta a população que serve, o relacionamento com os hospitais de referência e a carteira de serviços a disponibilizar.

#### 1. Missão dos centros de saúde

Dando sequência ao previsto no artigo 7.º do Estatuto do SRS, a missão de um centro de saúde deve focalizar-se na promoção da saúde e bem-estar físico e psíquico da população da sua área de influência, em articulação com outras entidades, incluindo outras unidades da rede de cuidados de saúde, escolas e associações, através da implementação de ações que fomentem hábitos de vida saudáveis e através da prestação de cuidados, incluindo o diagnóstico e tratamento, fundamentalmente de saúde familiar.

Atualmente verifica-se que os Centros de Saúde ainda dedicam uma parte considerável dos seus recursos a atividade não programada (nomeadamente urgências) e ao internamento, atividades que não são o cerne da sua missão, nem fazem parte da formação em medicina geral e familiar.

Entende-se que os Centros de Saúde devem alocar os recursos em coerência com a sua missão, definindo claramente as atividades consideradas “base”, às quais se deverá garantir um maior número de horas dedicadas, sem prejuízo da diferenciação de atendimento que entretanto proporcionam.

Devem estar, igualmente, organizados para responder à promoção da saúde, o que se efetua através de ações programadas, como as consultas, visitas domiciliárias, programas específicos de prevenção da doença (tabagismo, alcoolismo, alimentação, seguimento de grávidas), tendo em conta o seguinte enquadramento:

- Os horários das consultas devem ser ampliados, devendo abranger um período de funcionamento de 12 horas, das 08:00 horas às 20:00 horas, nos dias úteis, e na manhã de sábado.

- A urgência deve garantir a acessibilidade em situações pontuais e não deve ser o cerne da atividade do centro de saúde.
- Os internamentos devem ter uma atividade importante na área dos cuidados continuados e paliativos.
- Devem dinamizar-se os serviços domiciliários, sendo os mesmos um meio fundamental para garantir maior acessibilidade dos cuidados de saúde à população e abranger de modo mais eficaz a sua população de referência.

## 2. Diferenciação dos centros de saúde

A dispersão das nossas populações e o conseqüente afastamento do seu hospital de referência, implicam a criação de unidades de saúde que, para além da resposta a nível de cuidados primários, também ofereçam alguns serviços de cuidados diferenciados.

Neste sentido, sugere-se a diferenciação no sistema de três tipos de centros de saúde:

**Centros de saúde básicos** – correspondem a unidades de saúde focalizadas na prestação de cuidados de saúde, em regime de ambulatório. O modelo deste tipo de unidade de saúde é a unidade que apenas funciona no período em que tem atendimento programado, e não faz parte da rede de atendimento de urgência/emergência.

**Centros de saúde intermédios** – correspondem a unidades de saúde focalizadas na prestação de cuidados de saúde familiar, em regime de ambulatório, com funcionamento alargado. Neste modelo de unidade de saúde incluem-se as unidades que funcionam num período de 12 a 16 horas mas não servem de referência para o atendimento de emergência. São unidades que possuem uma boa acessibilidade ao seu hospital de referência ou à unidade de saúde avançada.

**Centros de saúde avançados** – correspondem a unidades, que para além de possuírem serviços ao nível de saúde familiar, incluem ainda cuidados complementares que garantem à sua população de influência iguais condições de acessibilidade aos cuidados de saúde, comparativamente com a população de outras unidades com melhor acessibilidade ao seu hospital de referência, nomeadamente um serviço de urgência básica, com funcionamento 24 horas.

Estas unidades estão localizadas em ilhas sem hospital, oferecendo resposta a toda a população da ilha em alguns cuidados mais especializados e articulando-se com as restantes unidades da ilha (unidade de saúde básicas e intermédias), caso estas existam.

A única exceção de um centro de saúde avançado localizado numa ilha com hospital, é o Centro de Saúde da Povoação, em São Miguel, por apresentar maiores dificuldades na acessibilidade ao seu hospital de referência.

### 3. Carteira de serviços

Tendo em conta o perfil dos Centros de Saúde, a carteira dos respetivos serviços deve ser ajustada às necessidades da população garantindo, sempre, a igualdade de acessibilidade aos cuidados de saúde.

#### 3.1 Carteira de Serviços dos Centros de Saúde Básicos

Estas unidades focalizam-se essencialmente na prestação de consultas e cuidados de enfermagem. Funcionam somente quando têm consultas médicas ou atos de enfermagem programados, em horário laboral. A sua carteira de serviços deve, assim, ser a seguinte:

Centros de Saúde Básicos
Medicina Geral e Familiar
Enfermagem
Psicologia
Nutrição
Serviços sociais
Terapia da fala
Terapia ocupacional

Para estes critérios contribuíram os seguintes pressupostos:

**Medicina Geral e Familiar:** Com o objetivo de um crescente aumento dos cuidados de proximidade, os médicos de família das USIs devem efetuar consultas nos centros de saúde básicos, de forma proporcional à lista de utentes da área de influência da unidade de saúde.

**Enfermagem:** Estas unidades de saúde prestam cuidados de enfermagem de proximidade, sendo os enfermeiros escalados de forma proporcional à população abrangida pela USI.

**Psicologia, Nutrição, Serviços sociais, Terapia da fala e Terapia ocupacional:** Deslocam-se a estas unidades de proximidade em função da lista de utentes em consulta, no sentido de proporcionar maior conforto aos utentes.

#### 3.2 Carteira de Serviços dos Centros de Saúde Intermédios

Estas unidades focalizam-se nos cuidados familiares, possuindo no entanto um atendimento urgente em período alargado (12 a 16 horas) para a resolução das situações agudas não programadas. Possui os meios necessários para o diagnóstico dos casos mais gerais, referenciando para o hospital ou para a unidade de saúde avançada de referência, os casos mais específicos. A sua carteira de serviços deve, assim, ser a seguinte:

Centros de Saúde Intermédios
Medicina Geral e Familiar
Enfermagem
Psicologia
Nutrição
Serviços sociais
Terapia da fala
Terapia ocupacional
Atendimento urgente (12 a 16 horas)
Medicina Dentária
Fisioterapia
Análises “point-of-care”
Rx convencional (12 a 16 horas)

Para estes critérios contribuíram os seguintes pressupostos:

**Medicina Dentária:** Considera-se adequada a existência de Medicina Dentária nas unidades de saúde intermédias, garantindo à população uma boa acessibilidade nos cuidados de saúde oral.

**Fisioterapia:** A Fisioterapia deve existir nas unidades de saúde intermédias numa fase inicial, caminhando-se gradualmente para que esta exista essencialmente a nível da Rede de Cuidados Continuados e nas unidades de saúde avançadas.

**Análises “point-of-care”:** Estas unidades de saúde não necessitam de possuir laboratório, possuindo apenas um aparelho de análises “point-of-care”. Podem efetuar a colheita de amostras e sua conservação.

**Imagiologia:** As unidades de saúde intermédias devem possuir raio-x convencional. O uso de teleradiologia será uma boa opção nas unidades de saúde, estabelecendo-se protocolos com os hospitais ou outras unidades de saúde, permitindo uma resposta mais rápida aos exames realizados.

### 3.3 Carteira de Serviços dos Centros de Saúde Avançados

Estas unidades médicas, para além dos cuidados de saúde familiar, que continuam a ser a sua atividade base, devem complementar a sua carteira de serviços com algumas especialidades que garantam maior acessibilidade aos cuidados de saúde da sua população.

São também responsáveis pelo serviço de urgência básica 24 horas, o que inclui a estabilização das situações emergentes até à sua evacuação para um hospital. A sua carteira de serviços deve ser a seguinte:

Centros de Saúde Avançados
Medicina Geral e Familiar
Enfermagem
Psicologia
Nutrição
Serviços sociais
Terapia da fala
Terapia ocupacional
Serviço de urgência básica (24 horas)
Medicina Dentária
Fisioterapia
Análises “point-of-care”
Laboratório de análises (8 horas)
Rx convencional (24 horas)
Telemedicina
Consulta de especialidades hospitalares

Para estes critérios contribuíram os seguintes pressupostos:

**Laboratório** – As unidades de saúde avançadas devem possuir não só colheita e recolha de amostras, mas também exercer atividade de laboratório de rotina, em todas as circunstâncias em que não é possível o envio de colheitas para análise para o hospital de referência no próprio dia. No serviço de urgência básica, devem recorrer apenas às análises “point-of-care”.

**Imagiologia** – Estas unidades devem possuir serviços de imagiologia, essencialmente de raio-x convencional. A teleradiologia deve ser uma das apostas da imagiologia destas unidades de saúde.

**Telemedicina** – Dada a situação de isolamento destas unidades de saúde, a telemedicina assume um papel fundamental na acessibilidade aos cuidados de saúde. A telemedicina deve ser utilizada nestes centros, fundamentalmente para consultas de especialidades que não estão incluídas nos cuidados de saúde complementares, evitando a constante deslocação de utentes ao hospital, assim como de médicos aos centros de saúde.

**Cuidados de Saúde Complementares:** Visto que estas unidades de saúde se localizam principalmente em ilhas que não têm hospital, ou seja, em ilhas com menor acessibilidades a cuidados diferenciados, deve existir a deslocação de alguns médicos especialistas a estas unidades, de forma a garantir uma acessibilidade adequada das populações aos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde complementares deverão abranger não só a população de influência direta do centro de saúde avançado, mas também toda a população da unidade de saúde de ilha.

#### 4. Ajustamento dos centros de saúde

Sendo certo que as unidades de saúde têm como principal objetivo garantir maior acessibilidade aos utentes, no entanto, a qualidade dos cuidados de saúde, para além de uma boa acessibilidade, exigem também uma maior resolubilidade. Neste sentido, um serviço regional de saúde moderno exige cada vez mais meios de diagnóstico e terapêutica no suporte ao trabalho dos profissionais, não sendo possível a infinita multiplicação e dispersão.

Assim, a reformulação da prestação de certa tipologia de cuidados nalgumas unidades de saúde, devidamente equipadas em termos humanos e materiais, potencia uma melhor qualidade no serviço prestado o que se traduz em ganhos de saúde para o utente.

Além disso, a atual melhoria de vias de comunicação e o aumento de capacidade de meios de transporte privados e públicos, a que se aliam as novas tecnologias, permitem optar por um novo desenho dos serviços dos Centros de Saúde e das infraestruturas, tendo em conta uma melhor prática clínica.

Neste particular, assumem duas tipologias:

- Centros de saúde básicos, intermédios e avançados;
- **Extensão de enfermagem:** unidade de proximidade, com uma área de referência bem definida, descentralizada e dependente da gestão dos centros de saúde, onde se prestam apenas atividades de enfermagem e colheitas de sangue. As atividades de enfermagem poderão realizar-se no domicílio do utente, nos casos em que este não se pode deslocar à extensão.

A organização mais eficiente das extensões, permitirá uma melhor gestão dos recursos, permitindo que exista uma melhoria na prestação dos serviços ao utente. As atuais extensões devem manter-se, contribuindo deste modo para a melhoria do serviço domiciliário realizado.

**Calendarização:** Início da implementação no segundo semestre de 2013 para conclusão até final do segundo semestre de 2016.

#### 4.1 Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria

Atualmente, o Centro de Saúde de Vila do Porto possui 4 extensões de enfermagem distribuídas pela ilha de Santa Maria. Uma vez que se tratam de extensões de enfermagem, que contribuem para o serviço domiciliário na ilha, considera-se que as mesmas são adequadas, devendo ser mantidas.

A Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Almagreira				X
Santa Bárbara				X
Santo Espírito				X
São Pedro				X
Vila do Porto	X			

#### 4.2 Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Mantêm-se as atuais 39 extensões dos centros de saúde de São Miguel, de forma a garantir um serviço de proximidade. Decide-se alterar a classificação dos Centros de Saúde de Vila Franca do Campo, Ribeira Grande e Nordeste para centros de saúde intermédios com um horário de funcionamento do atendimento urgente entre as 08:00 e as 24:00 horas. Tal alteração não interfere com o internamento não agudo existente nestes centros. O centro de saúde intermédio de Ponta Delgada funcionará entre as 08:00 e as 20:00 horas A Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Achada do Nordeste			X	
Água de Pau			X	
Água Retorta			X	
Arrifes			X	
Bretanha			X	
Cabouco			X	



Candelária		X	
Capelas		X	
Covoada		X	
Faial da Terra		X	
Fajã de Cima			X
Fajã de Baixo			X
Fenais da Ajuda		X	
Fenais da Luz		X	
Feteiras		X	
Furnas		X	
Ginetes		X	
Lagoa		X	
Livramento		X	
Lomba da Maia		X	
Maia		X	
Ponta Delgada	X		
Mosteiros		X	
Nordeste	X		
Pico da Pedra		X	
Ponta Garça		X	
Povoação	X		
Rabo de Peixe		X	
Relva		X	
Remédios		X	
Ribeira Chã		X	
Ribeira Grande	X		
Ribeira Quente		X	
Santo António		X	
São Vicente Ferreira		X	
Sete Cidades		X	
Vila Franca do Campo	X		

#### 4.3 Unidade de Saúde da Ilha Terceira

A atual distribuição de unidades de saúde na Ilha Terceira permite uma boa proximidade com a população, o que deve ser mantido. O horário de funcionamento do centro de saúde intermédio da Praia da Vitória, mantêm-se das 08:00 às 24:00 horas. O centro de saúde intermédio de Angra do Heroísmo terá um horário de funcionamento das 08:00 às 20:00 horas. A Unidade de Saúde da Ilha Terceira terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Aqualva			X	
Altares			X	
Angra do Heroísmo		X		
Biscoitos			X	
Cabo da Praia				X
Cinco Ribeiras			X	
Doze Ribeiras			X	
Feteira			X	
Fonte Bastardo				X
Fontinhas				X
Lajes			X	
Porto Judeu			X	
Porto Martins				X
Posto Santo				X
Praia da Vitória		X		
Quatro Ribeiras			X	
Raminho			X	
Ribeirinha			X	
Santa Bárbara			X	
São Brás				X
São Mateus			X	
Vila de São Sebastião			X	
Serreta			X	
Terra Chã			X	

#### 4.4 Unidade de Saúde da Ilha Graciosa

Atualmente o Centro de Saúde da Graciosa possui 3 extensões de enfermagem distribuídas pela ilha. Uma vez que se tratam de extensões de enfermagem, contribuindo para o serviço domiciliário na ilha, considera-se que as mesmas são adequadas.

A Unidade de Saúde da Ilha Graciosa terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Guadalupe				X
Luz				X
Praia				X
Santa Cruz da Graciosa	X			

#### 4.5 Unidade de Saúde da Ilha de São Jorge

A distribuição de unidades de saúde na Ilha de São Jorge deve assegurar uma boa proximidade com a população, de forma a garantir um melhor cuidado nas situações emergentes.

Esse pressuposto obrigaria à alteração do horário de funcionamento do atendimento permanente de um dos centros de saúde da Ilha (até às 20h), concentrando o atendimento noturno no outro.

Contudo, a orografia da Ilha, a sua distribuição populacional e a respetiva rede viária não permitem uma aplicação linear dos critérios técnicos que fundamentam essa decisão, sem que sejam tomados em consideração, por exemplo, as distâncias relativamente à qualidade dos serviços a oferecer e à eficiência das metodologias de emergência a implementar. Assim, até ficar completa essa avaliação, a Unidade de Saúde da Ilha de São Jorge, terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Calheta	X			
Manadas				X
Norte Grande			X	
Norte Pequeno				X

Ribeira Seca			X
Rosais			X
Santo Amaro			X
Santo Antão		X	
Topo			X
Urzelina		X	
Velas	X		

#### 4.6 Unidade de Saúde da Ilha do Pico

A distribuição de unidades de saúde na Ilha do Pico deve assegurar uma boa proximidade com a população, de forma a garantir um melhor cuidado nas situações emergentes.

Esse pressuposto obrigaria à alteração do horário de funcionamento do atendimento permanente de dois dos centros de saúde da Ilha (até às 20h), concentrando o atendimento noturno em presença física no terceiro.

Contudo, a orografia da Ilha, a sua distribuição populacional e a respetiva rede viária não permitem uma aplicação linear dos critérios técnicos que fundamentam essa decisão, sem que sejam tomados em consideração, por exemplo, as distâncias relativamente à qualidade dos serviços a oferecer e à eficiência das metodologias de emergência a implementar.

Este condicionamento obriga, naturalmente, a uma análise mais circunstanciada dos pressupostos de decisão, para a qual devem ser tomados em consideração os efeitos resultantes da entrada em funcionamento do centro de saúde da Madalena e da introdução na rede emergência de uma viatura SIV. Assim, até ficar completa essa avaliação, a Unidade de Saúde da Ilha do Pico, terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Bandeiras				X
Calheta do Nesquim				X
Candelária				X
Criação Velha				X
Lajes do Pico	X			
Madalena	X			
Monte				X
Piedade				X

Prainha	X	
Ribeiras		X
Ribeirinha		X
Santa Luzia	X	
Santo Amaro	X	
São Caetano		X
São João		X
São Mateus		X
São Roque do Pico	X	
Terra de Pão		X

#### 4.7 Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Atualmente o Centro de Saúde da Horta possui 13 extensões, das quais 7 são médicas e 6 são de enfermagem, o que se torna adequado tendo em consideração a proximidade com o hospital e a dispersão geográfica.

A Unidade de Saúde da Ilha do Faial terá a seguinte configuração:

	Unidade de saúde avançada	Unidade de saúde intermédia	Unidade de saúde básico	Extensão de enfermagem
Capelo			X	
Castelo Branco			X	
Cedros			X	
Feteira				X
Flamengos			X	
Horta		X		
Lombega				X
Pedro Miguel				X
Portela				X
Praia do Almojarife				X
Praia do Norte			X	
Ribeirinha				X
Salão			X	

#### 4.8 Unidade de Saúde da Ilha das Flores

Atualmente o Centro de Saúde de Santa Cruz das Flores possui 4 extensões que deverão ser mantidas, considerando-se que as mesmas contribuem para o serviço domiciliário na ilha.

A Unidade de Saúde da Ilha das Flores terá a seguinte configuração:

	Centro de saúde avançada	Centro de saúde intermédia	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Fajã Grande			X	
Fazenda			X	
Lajes das Flores			X	
Ponta Delgada			X	
Santa Cruz das Flores	X			

#### 4.9 Unidade de Saúde da Ilha do Corvo

A Ilha do Corvo, pela sua idiossincrasia, implica um único modelo possível, pelo que não se propõe qualquer alteração à configuração atual:

	Centro de saúde avançado	Centro de saúde intermédio	Centro de saúde básico	Extensão de enfermagem
Vila do Corvo	X			

## B. Cuidados de saúde hospitalares

Os hospitais têm como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em integração com a rede de cuidados de saúde, tendo como objetivos o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do utente.

Tal como acontece com os cuidados primários, a atenção especializada nos cuidados hospitalares deve considerar-se o isolamento geográfico que caracteriza a Região, garantindo a adequação dos seus serviços às necessidades da população, sem, no entanto, deixar de ter em conta critérios de eficiência e qualidade.

Este objetivo passa, igualmente, por um enquadramento que permita que os hospitais cooperem, não só, entre si, mas, também, que se articulem com os centros de saúde da sua área de influência e com a futura rede de cuidados continuados.

## 1. Adequação da carteira de especialidades dos hospitais

Considerando a população da Região e a dispersão geográfica é complexo estabelecer um modelo de distribuição de especialidades médicas hospitalares, que garanta um atendimento de proximidade e simultaneamente de qualidade aos Açorianos.

Os Hospitais devem ter uma carteira de especialidades adequada à população abrangida e aos condicionalismos geográficos, pelo que se dividiram as especialidades médicas em três níveis, de acordo com as suas características.

A carteira de especialidades proposta tem como objetivo assegurar à população a acessibilidade aos cuidados de saúde, garantindo a máxima qualidade no atendimento, considerando sempre critérios de eficiência.

Todas as especialidades têm a sua presença assegurada em pelo menos um hospital, sendo as exceções a cirurgia cardiotorácica, a cardiologia pediátrica, a cirurgia pediátrica e a genética médica.

Considerando os objetivos definidos relativamente à carteira de serviços dos hospitais, o perfil que se propõe, pretende assegurar a fixação de especialidades de Nível I nos três hospitais, garantindo a máxima presença de especialidades de Nível II e III em todos os hospitais, sem que no entanto seja necessário fixar especialistas de forma permanente nos três hospitais, Sendo certo que os três Hospitais mantêm, o seu atual perfil, propõem-se a melhoria de resposta em algumas das especialidades, subespecialidades e competências, tendo em conta a população a servir, a rede de referência e os princípios de complementaridade e proficiência. Da aplicação destes pressupostos resultará um aumento dos serviços de especialidade a prestar em cada um dos Hospitais da Região face ao atual leque de serviços. A fixação de especialistas nos vários hospitais, que não interfere na carteira de serviços que cada hospital disponibiliza, por via da deslocação dos especialistas, será a seguinte:

Especialidade	Nível	HDES	HSEIT	HH
Anestesiologia	I	X	X	X
Cardiologia	I	X	X	X
Cirurgia Geral	I	X	X	X
Emergência Médica**	I	X	X	X
Gastrenterologia	I	X	X	X
Ginecologia/Obstetrícia	I	X	X	X
Imunohemoterapia	I	X	X	X
Medicina Física e Reabilitação	I	X	X	X
Medicina Interna	I	X	X	X

Neurologia	I	X	X	X
Oftalmologia	I	X	X	X
Ortopedia	I	X	X	X
Otorrinolaringologia	I	X	X	X
Patologia Clínica	I	X	X	X
Pediatria	I	X	X	X
Psiquiatria	I	X	X	X
Radiologia	I	X	X	X
Anatomia Patológica	II	X	X	
Dermato-Venereologia	II	X	X	
Doenças Infeciosas	II	X	X	
Endocrinologia e Nutrição	II	X	X	
Estomatologia	II	X	X	X
Medicina da Dor**	II	X	X	X
Nefrologia	II	X	X	X
Pneumologia	II	X	X	
Urologia	II	X	X	X
Angiologia e Cirurgia Vascular	III	X	X	
Cardiologia de Intervenção*	III	X		
Cardiologia Pediátrica	III			
Cirurgia Cardiotorácica	III			
Cirurgia Maxilo-Facial	III		X	
Cirurgia Pediátrica	III			
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	III	X	X	
Cuidados Intensivos Pediátricos*	III			
Eletrofisiologia cardíaca*	III	X	X	
Gastrenterologia Pediátrica*	III	X		
Genética Médica	III			
Hematologia clínica	III	X		
Imunoalergologia	III	X	X	
Medicina da Reprodução*	III	X	X	X
Medicina do Trabalho	III	X	X	X
Medicina Hiperbárica**	III	X		X
Medicina Intensiva*	III	X	X	X
Medicina Nuclear	III		X	
Neonatologia*	III	X	X	
Neurocirurgia	III	X	X	



Neurorradiologia	III	X	X
Oncologia médica	III	X	X
Psiquiatria da Infância e Adolescência	III	X	X
Radioncologia	III	X	
Reumatologia	III	X	X
<b>* Subespecialidade</b>			
<b>** Competência</b>			

Este quadro pretende definir o quadro médico de cada hospital, o que não invalida que os serviços de cada especialidade possam continuar a ser prestados localmente aquando da deslocação de especialistas.

**Calendarização:** Início da implementação no segundo semestre de 2013 para conclusão até final do segundo semestre de 2016.

### *1.1 Anatomia Patológica*

A Anatomia Patológica é a especialidade médica responsável pela análise morfológica de órgãos, tecidos e células, com o objetivo de contribuir para o diagnóstico de lesões com implicações no tratamento e prognóstico das doenças, assim como na sua prevenção.

Considerou-se como serviço nível II porque não é imprescindível no funcionamento regular de um hospital e porque a qualidade do serviço prestado depende da casuística e do número de exames realizados. Deve portanto ser dotado apenas o HDES e o HSEIT desta especialidade.

### *1.2 Anestesiologia*

Considerando a polivalência da especialidade (bloco operatório, consulta pré-operatória, medicina da dor, emergência médica e cuidados intensivos) e o número reduzido de especialistas nos três hospitais da região, a anestesiologia deve ser considerada uma das especialidades deficitárias na região, devendo ser enveredados todos os esforços para atrair mais recursos humanos. A sua falta implica não só a própria especialidade, como também a rentabilidade do bloco operatório, logo de todas as especialidades cirúrgicas. É considerada especialidade nível I.

### *1.3 Angiologia e Cirurgia Vascul*

Esta especialidade apenas existe no HDES e HSEIT. É uma especialidade considerada nível III, considerando que certos procedimentos cirúrgicos e técnicas endovasculares, só devem ser realizadas no centro que aglutine toda a patologia vascular diferenciada da Região.

### *1.4 Cardiologia*

A Cardiologia é uma especialidade médica com patologia diversificada e crescente índole invasiva, a exigir um corpo de conhecimento também específico. Justifica-se a existência de um hospital

com laboratório de hemodinâmica, atuando como referência da via verde coronária, para tratamento da fase aguda do enfarte do miocárdio. Os outros serviços devem dispor de todas as técnicas diagnósticas de Cardiologia não invasiva e apoiar o tratamento de proximidade dos doentes. É considerado uma especialidade nível I, com procedimentos específicos nível III.

### *1.5 Cardiologia de Intervenção*

Designa-se por Cardiologia de Intervenção o conjunto de técnicas terapêuticas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas. Para a manutenção da proficiência e a possibilidade de realizar formação médica um serviço deve efetuar pelo menos 400 procedimentos de intervenção coronários por ano. É reconhecido internacionalmente que uma instituição com um volume inferior a 200 procedimentos por ano, deve considerar a suspensão da sua atividade. Por essa razão apenas se propõe um centro de hemodinâmica na Região a integrar o HDES.

### *1.6 Eletrofisiologia cardíaca*

Trata-se também de uma área de intervenção muito específica da cardiologia que pode implicar pequenas intervenções cirúrgicas para a colocação de pacemakers ou CDI's. Deve apostar-se na formação e fixação de profissionais no HDES e no HSEIT.

### *1.7 Cardiologia pediátrica*

A Cardiologia pediátrica é uma subespecialidade, orientada para o diagnóstico e tratamento de problemas cardiológicos em utentes em idade pediátrica. A principal origem destes casos é congénita, sendo a abordagem mais adequada o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica nos casos em que é possível.

Os utentes de Cardiologia Pediátrica podem ser atendidos por dois tipos de profissionais. Por um lado os utentes podem ser atendidos por especialistas de cardiologia, especificamente orientados para o diagnóstico e tratamento de pacientes pediátricos, por outro lado por especialistas de pediatria que se especializam em cardiologia.

As recomendações internacionais apontam para uma uniformização no acesso à totalidade dos meios técnicos, de forma a assegurar a máxima qualidade de assistência. São apontados valores de cobertura de um centro por 4 milhões de habitantes ou 30.000 nascimentos por ano.

Considerando o quadro de profissionais da Região, a baixa incidência destes casos na infância e a inexistência de recursos orientados para o tratamento cirúrgico de doenças cardíacas, sugere-se que deve ser da responsabilidade dos médicos de pediatria avaliar os casos com suspeita de cardiopatia, referenciando para o hospital de referência no continente.

### *1.8 Cirurgia cardiotorácica*

A avaliação mais precisa da existência de um serviço de Cirurgia Cardiotorácica nos Açores beneficiaria da existência de registos de GDHs que permitissem avaliar os grupos de procedimentos que se referenciam para o continente, assim como os valores absolutos dos mesmos.

Ainda assim, com base nos dados da OMS e da DGS considera-se que os Açores não apresentam massa crítica suficiente para a existência de um serviço de Cirurgia Cardiotorácica.

Com efeito a recomendação é de uma unidade por cada 1.200.000 habitantes, quando a população dos Açores é de 246.072 habitantes, não permitindo que uma equipa de cirurgiões cardiotorácicos realize o número de cirurgias que permite assegurar a qualidade e rentabilidade desta unidade (segundo a DGS este número deve-se situar entre 100 e 150 cirurgias por ano). Neste sentido considera-se mais adequada a referenciação para hospitais do continente.

### *1.9 Cirurgia Geral*

A Cirurgia Geral é uma das especialidades nucleares e estruturantes da atividade hospitalar pelo que é classificada como nível I. Como tronco comum de todas as especialidades cirúrgicas, considera-se impossível definir com rigor as suas fronteiras, que se cruzam frequentemente com outras especialidades que dela nasceram.

Os hospitais não devem executar todas as técnicas. Justifica-se a junção de determinadas patologias raras e/ou de especialidade complexa, para garantir perícia e qualidade na execução da técnica e nos resultados obtidos em saúde para os doentes. Propõe-se a sua existência nos três hospitais da Região e a definição interna dos centros de referência para as patologias menos comuns.

#### *1.10 Cirurgia Maxilo-Facial*

Por se tratar de uma especialidade de nível III apenas deve ser ponderada para um dos hospitais. Os especialistas podem deslocar-se de forma regular aos outros hospitais para consultas e eventuais procedimentos cirúrgicos. Considerando a disponibilidade de salas de consulta, bloco operatório, urgência das intervenções cirúrgicas e a necessária complementaridade entre hospitais, propõe-se a criação do serviço no HSEIT.

#### *1.11 Cirurgia Pediátrica*

A casuística não recomenda a sua implementação num dos hospitais da Região. Deve ser no entanto promovida a relação com um dos centros de referência a nível nacional para que um especialista se desloque ao HDES e/ou HSEIT para consultas e cirurgias. Estão bem definidas pelo Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos as situações de cirurgia pediátrica que podem ser resolvidas por cirurgiões gerais.

### *1.12 Cirurgia Plástica e Reconstructiva*

Esta especialidade existe no HDES e no HSEIT. Considera-se esta distribuição adequada, considerando a possibilidade agora prevista de os utentes poderem escolher entre os dois serviços da região.

### *1.13 Cuidados Intensivos Pediátricos*

As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) devem existir na proporção de uma cama por 50.000 habitantes menores de 18 anos, e cada UCIP deve ter, no mínimo, 6 camas.

Apesar de se tratar de uma área com custos elevados de deslocações e em que seria importante ter um serviço a funcionar na Região, a proficiência e o custo associado a esta estrutura não compensariam o investimento.

Propõe-se manter um bom sistema de evacuação médica para uma unidade de referência no continente, garantindo assim os melhores cuidados à população pediátrica dos Açores.

Devem existir pólos de estabilização pediátrica nos serviços de urgência dos hospitais que tenham atendimento pediátrico 24h/dia.

### *1.14 Dermato-Venereologia*

Esta especialidade trabalha essencialmente em regime de ambulatório, não existindo praticamente necessidade de internamento. O apoio ao serviço de urgência é praticamente apenas consultivo.

Por este motivo, propõe-se a sua existência em dois dos hospitais, realizando os especialistas, uma consulta diária com consultoria ao serviço de urgência. Não se prevê a necessidade de enfermarias dedicadas, sendo os internamentos coordenados com o serviço de medicina interna. É uma área em que a telemedicina pode permitir uma cobertura global da população a partir dos serviços existentes.

### *1.15 Doenças Infecciosas*

O maior volume de casos da especialidade de infeciologia tratados em ambulatório são os doentes infetados pelo VIH e pelos vírus causadores de hepatite. Estas patologias são hoje (tendencialmente) crónicas, podendo não ser exclusivas dos especialistas de infeciologia.

Um serviço de infeciologia deve existir preferencialmente em hospitais de referência/centrais, mas também em alguns hospitais com população abrangida superior a 300 mil (número de referência aproximado).

A decisão de se constituir um serviço num hospital deverá ter por base a casuística destas doenças na população, nomeadamente os casos de internamento e os seguidos em regime de ambulatório.

A existência de teleradiologia e possibilidade de efetuar consultas por telemedicina pode poupar deslocações de utentes, internados ou em consulta, ao hospital de referência. Apesar do rácio

acima descrito, propõe-se a existência de 2 serviços de doenças infecciosas na Região, no HDES e HSEIT, que efetuarão o apoio necessário ao HH.

#### *1.16 Emergência médica*

Apesar de se tratar apenas de uma competência em Portugal, é previsível que num curto espaço temporal se transforme numa especialidade. É pois importante dotar os três hospitais da Região de profissionais com esta competência, de forma a libertar progressivamente as restantes especialidades do serviço de urgência.

#### *1.17 Endocrinologia e nutrição*

Tendo em conta a especificidade da especialidade, apesar do aumento vaticinado da incidência de diabetes e obesidade na população, com todos os custos subsequentes para o SRS, considera-se suficientes dois serviços de endocrinologia e nutrição nos hospitais da Região. A especialidade é assim classificada de nível II, devendo ser elaborado um plano de consultas, com deslocações regulares e telemedicina, aos outros hospitais da Região.

#### *1.18 Estomatologia*

Considera-se adequado a existência de estomatologistas nos três hospitais da Região, tendo em conta o trabalho que desenvolvem de articulação com a medicina dentária e a cirurgia maxilo-facial.

Apesar de classificada pela sua especificidade, como nível II, a sua existência no Hospital da Horta justifica-se pela ainda elevada casuística de problemas estomatológicos na Região.

#### *1.19 Gastrenterologia*

A gastrenterologia é uma das especialidades que mais evoluiu nos últimos anos com o desenvolvimento tecnológico. Os exames e tratamentos realizados nas unidades de endoscopia levaram a que fosse necessário repensar a dotação de gastroenterologistas nas unidades de saúde, sendo uma das especialidades que mais efetua deslocações para as unidades de cuidados de saúde primários da região.

É pois importante manter os três hospitais com serviço de gastrenterologia pelo que é considerado especialidade nível I.

#### *1.20 Gastrenterologia pediátrica*

A gastrenterologia pediátrica é uma subespecialidade que, a existir, apenas deve ser contemplada num dos serviços de pediatria/gastrenterologia da Região. Esse recurso deve ser partilhado pelas restantes unidades hospitalares.

### *1.21 Genética Médica*

A incidência das doenças genéticas nos Açores não aconselha à contratação exclusiva de um especialista de Genética Médica para a Região. Estes casos deverão ser tratados em protocolo de deslocação de doentes e consultas de telemedicina, com uma unidade de referência nacional.

### *1.22 Ginecologia/Obstetrícia*

É considerada uma especialidade nível I, pelo que se deve fazer todo o esforço no sentido de dotar os três hospitais da Região com os médicos necessários para garantir uma resposta adequada à população.

A diferenciação e o tipo de serviços fornecidos em cada hospital, deve ser clarificado no âmbito da complementaridade a definir entre os hospitais, sendo certo que nem todos os serviços devem efetuar as técnicas cirúrgicas mais diferenciadas. É uma especialidade onde se deve manter um programa de formação regular, principalmente na área obstétrica, de forma a garantir a proficiência dos médicos, tendo em conta a baixa casuística da Região.

### *1.23 Hematologia clínica*

A hematologia clínica apesar de tratar de doenças com uma incidência significativa na região, em termos absolutos tem um número de casos por ano baixo comparativamente às restantes unidades do continente. Por se tratar de uma área com a proficiência sustentada no número de casos observados, propõe-se a sua dotação apenas no HDES, sendo que os especialistas devem dar apoio às outras unidades em consultas programadas, preferencialmente por telemedicina.

### *1.24 Imunoalergologia*

A existência da especialidade de imunoalergologia permite uma abordagem global a patologias alérgicas, o que racionaliza custos, uma vez que uma observação de imunoalergologia pode substituir 4 ou 5 de especialistas diversos (especialidades órgão) e permite alcançar, rápida e eficazmente, um adequado nível de qualidade de vida dos utentes.

Considera-se que na Região, ainda que do ponto de vista de população não possua o número mais adequado para justificar uma unidade de imunoalergologia (número este que corresponde a cerca de 500.000 habitantes), as suas condições geográficas, justificam a existência de uma unidade que garanta uma boa acessibilidade destes serviços a toda a população, com os devidos ajustes ao número de habitantes existentes.

A unidade de imunoalergologia deve ser constituída por uma equipa de dois especialistas, um no HDES, outro no HSEIT, pois não é necessário a substituição física em caso de impedimento e os dois especialistas devem articular-se para garantir uma cobertura total da Região.

### *1.25 Imunohemoterapia*

Considerando a imprevisibilidade e a gravidade das situações que requerem o tratamento com sangue ou seus derivados, bem como a necessidade de colheita e processamento das dádivas de sangue é importante manter esta diferenciação nos três hospitais, pelo que se classificou esta especialidade de nível I.

### *1.26 Medicina da dor*

Embora classicamente ligada aos serviços de Anestesiologia a medicina da dor é hoje uma competência aberta a qualquer médico, que a ela se queira dedicar. Existem inúmeras publicações, circulares, normativas e leis abrangendo esta temática, mas a falta de implementação de unidades autónomas dedicadas sempre impediu o tratamento eficaz da dor. Apenas o HDES e HSEIT têm uma unidade de dor formalizada. As unidades existentes devem tutorar o HH na implementação desta valência. É uma área onde é claramente necessário fazer investimento nos recursos humanos, de forma a garantir a sua implementação.

### *1.27 Medicina da reprodução*

Atualmente apenas o HDES tem uma consulta regular com especialista de medicina da reprodução. Não existe nos hospitais do serviço regional de saúde qualquer unidade dedicada à medicina da reprodução e a procriação medicamente assistida. Existe também em S. Miguel uma unidade privada com a qual é convencionado o tratamento dos casais identificados pelo sistema público. É importante apostar na qualificação de subespecialistas desta área para garantir em cada hospital uma consulta de medicina de reprodução. A procriação medicamente assistida deverá ser mantida em regime de convenção.

### *1.28 Medicina do trabalho*

Considerando a dimensão e o número de trabalhadores das unidades de saúde da Região, bem como a legislação aplicável, propõe-se contratar dois a três especialistas em medicina do trabalho para garantir as necessidades internas do SRS.

### *1.29 Medicina Física e Reabilitação*

Antes de iniciar a descrição das modificações propostas para a Medicina Física e de Reabilitação, deve-se esclarecer o conceito proposto para esta área a nível dos Hospitais dos Açores. Com efeito considera-se que a Medicina Física e de Reabilitação (MFR) nos hospitais dos Açores deve existir sobre dois tipos de plataformas:

- **MFR Plataforma B:** Responde às necessidades da maioria das situações clínicas que exigem a intervenção de MFR na fase aguda, assistindo aos seguintes utentes:
  - Utentes internados;

- Utentes de ambulatório, que exigem cuidados diferenciados de MFR (de acordo com protocolos definidos com os centros de saúde da área de Influência do hospital);
- Utentes de hospital de dia, quando necessário.
- **MFR Plataforma A:** Incluem a prestação referida para os hospitais de plataforma B, sendo no entanto uma plataforma mais diferenciada no diagnóstico e tratamento de MFR, incluindo algumas camas de internamento destinadas a esta especialidade. Estes hospitais prestam apoio aos hospitais de plataforma B, nos casos de cuidados de MFR com maior complexidade.

Independentemente da plataforma a que pertençam, os três hospitais devem designar um fisiatra que funcione como consultor na área de influência do respetivo hospital, sendo o interlocutor com os respetivos centros de saúde. O fisiatra deverá ter responsabilidades na formação de técnicos da sua área de intervenção e orientar as atividades relacionadas com Medicina Física e Reabilitação existentes a nível dos centros de saúde.

Ainda que esta especialidade exista nos três hospitais deve-se referir que, de acordo com a reformulação proposta, se considera a existência de duas plataformas, nomeadamente plataforma A (MFR mais especializada) e plataforma B (MFR menos especializada e encarregada dos casos mais comuns). Considera-se que entre hospitais, os casos de MFR com maior complexidade devem ser referenciados para o HDES (MFR Plataforma A), constituindo este o final da rede de referência.

O HDES deve possuir na sua carteira de serviços a especialidade de MFR, devendo esta ser sobre um regime de plataforma A. Sendo um hospital de plataforma A, o HDES deve possuir camas de internamento destinadas a MFR. Para estimar o número de camas devem ser utilizados os dados casuísticos das seguintes patologias:

- Acidentes vasculares-cerebrais
- Traumatismos crânio-encefálicos
- Lesões vertebro-medulares

A existência de camas de internamento destinadas a casos de MFR permitirá as seguintes vantagens:

- Maior eficácia no tratamento de utentes cuja patologia seja predominantemente do foro da MFR;
- Possibilidade de apresentar cuidados de MFR 24 horas por dia;
- Libertação de camas de outros serviços, cujo âmbito de atuação não seja o mais indicado para os utentes em causa.

O serviço de MFR de plataforma A do HDES deve diferenciar-se segundo a vocação do próprio serviço e as necessidades da Região (podendo especializar-se em lesões cerebrais, lesões vertebro-medulares, patologia músculo-esquelética, entre outras).



### *1.30 Medicina Hiperbárica*

A coordenação das unidades de medicina hiperbárica e subaquática da Região deve estar sob a tutela de um médico com competência reconhecida pela Ordem dos Médicos. Devem existir dois médicos com tal competência em cada uma das unidades com câmara hiperbárica.

### *1.31 Medicina Intensiva*

A especialização inerente à prática da medicina intensiva não se coaduna com casuísticas baixas, nem a dedicação simultânea a outras atividades hospitalares. Apesar de continuar a ser considerada uma subespecialidade, a abrangência de conhecimentos e técnicas exige do profissional de saúde uma dedicação quase exclusiva a esta área. A qualidade das unidades de cuidados intensivos não se adquire pelas instalações ou pelos equipamentos, mas sim pela capacidade técnica dos profissionais que lá trabalham. É pois fundamental perceber que não importa ter uma unidade sem os recursos humanos adequados, durante as 24 horas. Propõe-se assim investir na formação de intensivistas para as unidades do HDES e HSEIT. No HH deve assistir-se a um ajuste do serviço existente de forma a torná-lo mais seguro, funcional e polivalente, transferindo as instalações para a proximidade do Serviço de Urgência e dos médicos em presença física no Hospital. Assim um intensivista, coadjuvado pelas restantes especialidades com afinidade para os cuidados intensivos, principalmente a medicina interna, pode gerir a unidade, garantido um serviço de qualidade.

### *1.32 Medicina Interna*

A medicina interna garante a polivalência e a capacidade de prestar cuidados de saúde hospitalares de um modo integrado. Um maior apoio dos internistas aos doentes das outras especialidades, especialmente as cirúrgicas garantiria uma intervenção clínica mais integrada, mais célere, possibilitando um aumento da rentabilidade dos cirurgiões.

Nos Serviços de Urgência (SU) é de extrema importância a presença de um internista experiente, por forma a garantir-se melhor qualidade nas decisões, menores gastos em MCDT e evitarem-se referências desnecessárias.

Mais que uma especialidade de nível I, propõe-se que a medicina interna seja a base do internamento nos hospitais, funcionando as outras especialidades como consultoras, a pedido do médico internista responsável pelo doente.

### *1.33 Medicina Nuclear*

A Medicina Nuclear utiliza as propriedades nucleares da matéria para investigar perturbações do metabolismo e da função, da fisiologia e patofisiologia, e da anatomia, para diagnosticar e/ou tratar doença com fontes radioativas não seladas. Devido à sua especificidade e tecnologia envolvida

optou-se, na Região, por convencionar a sua implementação, o que inclui todos os recursos humanos necessários.

#### *1.34 Nefrologia*

A Nefrologia é uma especialidade médica dedicada à prevenção, estudo e tratamento das doenças renais em todas as fases da sua evolução, o que inclui a hemodiálise e a diálise peritoneal. Considerando que ao fazer a análise das necessidades das unidades de hemodiálise se está, inerentemente, a fazer a análise das necessidades de nefrologistas na Região, propõe-se a dotação de nefrologistas no HDES, no HSEIT e no HH.

Enquanto se verificar a incapacidade de fixar um recurso humano na Horta, pode a unidade de diálise do Hospital da Horta funcionar como unidade de diálise periférica, na dependência dos nefrologistas do HSEIT.

#### *1.35 Neonatologia*

O HDES, na Unidade de Neonatologia, e o HSEIT, na Unidade de cuidados Especiais Pediátricos e Neonatais, já possuem subespecialistas desta área. Tendo em consideração que a casuística define a qualidade de serviços prestados é proposta a manutenção da atual rede de referenciação neonatal em vigor na Região. Caso prevejam a necessidade de cuidados de neonatologia fora do seu âmbito de atuação, os hospitais devem assegurar a transferência, atempada, da utente em período pré-natal.

Por outro lado, caso aconteçam situações não programadas e se verificar a necessidade de cuidados de neonatologia nas ilhas sem estes cuidados diferenciados, serão os profissionais do HSEIT, com formação em neonatologia e em transportes extra-hospitalares, que assegurarão a transferência, integrando a equipa de evacuações aéreas.

#### *1.36 Neurocirurgia*

Segundo os dados internacionais deve ser criada uma equipa de 6/7 neurocirurgiões por cada 500.000 habitantes, de forma a garantir a resposta às necessidades existentes nesta especialidade, visto que a disponibilização uniforme dos recursos para além de contribuir para a melhoria do prognóstico das diferentes patologias, também facilita a atividades de investigação nesta especialidade.

No caso específico dos Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE), é fundamental a multidisciplinaridade e é necessária uma equipa coordenada por um especialista com experiência na avaliação e tratamento de neurotrauma.

Ainda que a população fique aquém do número ótimo que justifique a criação de uma equipa de neurocirurgia, a realidade geográfica torna viável a existência de uma equipa de neurocirurgia que sirva a totalidade da população dos Açores.

Tento em conta o definido anteriormente, a Neurocirurgia do HDES e do HSEIT devem funcionar sobre uma única equipa de neurocirurgiões que se deslocam regularmente aos dois hospitais.

### *1.37 Neurologia*

O rácio aproximado de neurologistas por habitantes, incluindo subespecialidades, deve ser de aproximadamente 4 por 100 mil habitantes. Dos 10 neurologistas previstos para os Açores é importante que alguns invistam nas subespecialidades funcionais da especialidade (neurofisiologia, neuropatologia e neuroquímica). A atividade do neurologista no serviço de urgência é cada vez mais preponderante, pois são responsáveis pela validação das vias verdes AVC e pelo acompanhamento do tratamento.

Trata-se pois de uma especialidade nível I, que deve ter uma distribuição de horário compatível com a disponibilidade 24 horas para o serviço de urgência.

### *1.38 Neurorradiologia*

Por se tratar de uma área de enorme especificidade e que requer um trabalho de proximidade com a equipa de neurocirurgia, propõe-se a sua classificação em nível III, devendo a equipa ser dividida entre o HDES e o HSEIT.

Numa lógica de complementaridade e adequação dos recursos é necessária apenas uma prevenção na Região para esta especialidade, tendo em conta que os exames podem ser relatados por telerradiologia.

### *1.39 Oftalmologia*

Seria recomendável que se considerasse o rácio de um oftalmologista para 20.000 a 30.000 habitantes. Através deste rácio se percebe facilmente que a oftalmologia é uma especialidade nível I que justifica não só a sua inclusão na atividade programada, mas também na urgência, pelo que se propõe a sua inclusão nos 3 hospitais.

### *1.40 Oncologia médica*

Do conhecimento da prevalência da doença oncológica, e tendo em consideração a necessidade imperiosa de garantir a qualidade dos cuidados prestados, bem como a eficiência dos investimentos materiais e humanos, considera-se a base populacional de referência para a existência dos serviços ou unidades de oncologia médica cerca de 300.000 habitantes, ponderando-se acessibilidades e as capacidades instaladas por excesso.

Atualmente a prestação de cuidados aos doentes oncológicos está separada conceptualmente em dois níveis:

- Nível de proximidade - cuja característica principal é a proximidade de cuidados;
- Nível especializado – cuja característica principal é a diferenciação técnica.

Deve manter-se os serviços de proximidade atualmente prestados em cada um dos hospitais recorrendo a médicos especialistas em medicina interna, com diferenciação na área oncológica.

A presença de especialistas em oncologia no HDES e no HSEIT garantem um nível especializado na Região, pois além de integrarem e darem apoio aos especialistas do nível de proximidade nesses hospitais, serão responsáveis pelo acompanhamento ao HH.

#### *1.41 Ortopedia*

Tratar-se de uma especialidade nível I, recomenda-se que a Ortopedia, presente nos três hospitais, se organize em áreas de intervenção (por exemplo a cirurgia da coluna, joelho ou ombro), de acordo com os resultados e dedicação das equipas de cada hospital.

Esta é uma das especialidades em que uma melhor articulação dos hospitais da Região deve demonstrar o ganho da aglutinação de sinergias.

#### *1.42 Otorrinolaringologia*

Os rácios nacionais exigem uma unidade/serviço de ORL para 150 000 habitantes, com pelo menos quatro médicos.

Considerando a dispersão geográfica dos Açores, a sua rede de atendimento de urgência e que o primeiro nível de cuidados de ORL deve ser assegurado nos centros de saúde propõe-se que a especialidade seja considerada nível I.

#### *1.43 Patologia clínica*

A especialidade de patologia clínica é estruturante para o SRS. Existem dois fatores que contribuem para considerar a especialidade nível I na Região:

- A necessidade de disponibilizar os exames complementares de diagnóstico na rede pública;
- A complementaridade possível entre os três hospitais da Região com a inerente qualidade técnica proporcionada pela economia de escala.

#### *1.44 Pediatria*

Os três hospitais da Região devem ter um serviço de pediatria geral. Apenas se deve considerar a possibilidade de subespecialidades (ex. gastro ou nefro-pediátrica), numa das unidades, e caso a casuística o justifique.

O número de camas do internamento de pediatria deve diminuir e aumentar a resposta em hospital de dia. O HDES e o HSEIT devem ter uma urgência pediátrica 24 horas, de preferência com equipa fixa, servindo de referência para a Região.

#### *1.45 Pneumologia*

A pneumologia é atualmente uma especialidade diferenciada, sustentada em tecnologia inovadora e baseada em quadros patológicos de prevalência e impacto relevantes na sociedade.

A pneumologia como especialidade nível II deve existir em apenas dois hospitais, pois a diferenciação de um especialista de medicina interna na patologia respiratória assegurará a maior parte dos cuidados no HH. As técnicas invasivas específicas da pneumologia podem ser efetuadas no HH, em coordenação com os especialistas dos dois serviços da região.

À semelhança de outras especialidades, poderá assegurar o apoio de consultadoria às unidades de cuidados de saúde primários.

#### *1.46 Psiquiatria*

A rede de psiquiatria de adultos organiza-se, tendencialmente, em serviços de psiquiatria e saúde mental integrados nas estruturas dos hospitais, com o internamento dos doentes a recair principalmente em unidades convencionadas. É importante mudar este paradigma e, por exemplo, as consultas externas desenvolverem-se, sempre que possível, nos centros de saúde da área de intervenção, em articulação com os médicos de família.

Considerando a necessidade de manter uma rede de atendimento psiquiátrico de urgência, propõe-se a classificação desta especialidade como nível I.

#### *1.47 Psiquiatria da Infância e Adolescência*

Trata-se de uma especialidade nível III, propondo-se a fixação de dois especialistas na Região, no HDES e no HSEIT.

#### *1.48 Radiologia*

Trata-se de uma especialidade nível I, devendo ser garantidos todos os recursos humanos necessários para assegurar o seu funcionamento, inclusive no serviço de urgência dos três hospitais.

#### *1.49 Radioncologia*

As recomendações internacionais apontam para 5-6 aparelhos de radioterapia por 1.000.000 de habitantes. Assim, segundo o colégio de especialidade de Radioncologia, nos Açores deve existir apenas 1 centro para que os tratamentos tenham a qualidade necessária. Por se tratar de uma área com uma evolução tecnológica muito rápida e muito específica em termos de recursos humanos, opta-se por convencionar a prestação destes serviços a uma entidade que disponibilize também o quadro técnico necessário.

### 1.50 Reumatologia

Segundo o colégio de especialidade da Ordem dos Médicos é necessário 1 reumatologista para 60.000 habitantes, por ser este o rácio utilizado na Europa. Opta-se assim por dotar o HDES com 3 especialistas e o HSEIT com 2 especialistas que deverão efetuar deslocações regulares às outras ilhas e assim garantir um atendimento uniforme a toda a população do arquipélago.

### 1.51 Urologia

Considera-se que para uma população igual ou superior a 250.000 habitantes justifica-se a existência de um serviço de urologia com cinco urologistas. Nos Açores classifica-se a especialidade nível II, mantendo, no entanto 3 urologistas no HSEIT e HDES e 1 urologista no HH.

## 2. Equipamentos

Os hospitais dos Açores devem ter um parque de equipamentos adequado à complexidade do hospital, população abrangida e condicionalismos geográficos. Os equipamentos propostos tem como objetivo assegurar à população a acessibilidade aos cuidados de saúde, garantindo a máxima qualidade no atendimento, considerando sempre critérios de eficiência:

Equipamento	Nível	HDES	HSEIT	HH
Tomografia computadorizada	II	X	X	X
Ressonância magnética	III	X	X	
Sala de hemodinâmica	III	X		
Litotricia extracorpórea	III		X	
Câmara hiperbárica	III	X		X
Medicina Nuclear	III		X	
Radioterapia	III	X		
Bloco de partos	II	X	X	X

**Calendarização:** Início da implementação no segundo semestre de 2013 para conclusão até final do segundo semestre de 2016.

### 2.1 Tomografia computadorizada

O número de equipamentos disponível na Região vai ao encontro das necessidades, pois cada Hospital possui pelos menos um equipamento. É necessário manter os equipamentos, garantindo, a sua atualização e evolução tecnológica.

## *2.2 Ressonância magnética*

O diagnóstico por meio ressonância magnética (RM), é um meio complementar, de outras técnicas de diagnóstico por imagem (fundamentalmente estudos vasculares e neurológicos). Já existem dois equipamentos de RM nos hospitais da Região, o que ultrapassa o rácio de equipamentos necessários. Deve ser garantida a manutenção dos atuais equipamentos.

## *2.3 Hemodinâmica*

O HDES dispõe de uma sala de hemodinâmica que cobre toda a população do arquipélago. Tendo em conta a população dos Censos de 2011 (246.072 habitantes) considera-se que o número de equipamentos é o adequado, pois de acordo com dados de internacionais existem 800 exames de imagiologia por 1000 habitantes, dos quais 0,5% se referem a exames especiais/vasculares/intervencionistas nos quais se inclui a hemodinâmica. Neste sentido, para a população total obtêm-se aproximadamente 196.858 exames de imagiologia, dos quais cerca de 985 (0,5%) correspondem a exames especiais/vasculares/intervencionistas, o que considerando 250 dias úteis por ano resulta em cerca de 4 exames por dia.

Neste sentido apenas serão efetuadas obras de beneficiação na sala do HDES, no sentido de ser adaptada às funcionalidades de uma sala vascular polivalente.

## *2.4 Neuroradiologia*

Atualmente, não existe na Região, nenhuma sala de radiologia vascular intervencionista. De acordo com os dados anteriormente referidos, recomenda-se que o HDES seja dotado de uma sala de hemodinâmica polivalente que permita a realização de radiologia vascular intervencionista, neuroradiologia e outros. A sala de neuroradiologia servirá também de apoio à equipa de neurocirurgia.

## *2.5 Litotricia Extracorpórea*

Tendo em conta a prevalência de litíase e a capacidade tecnológica atual, considera-se necessário um litotritador para cada 1.000 doentes em tratamento. É previsível que existam, nos Açores, 200 doentes por ano com necessidade de tratamento.

Considera-se que uma sala de litotricia é mais que suficiente para oferecer resposta às necessidades existentes na Região. O HSEIT já possui um equipamento de litotricia extracorpórea, pelo que será o Hospital de referência nesta área.

## *2.6 Câmara hiperbárica*

A atual distribuição de câmaras hiperbáricas satisfaz a necessidade da Região, não sendo necessário a aquisição de mais equipamentos. Torna-se necessário apenas dotar a câmara do

HDES do equipamento de monitorização e suporte de vida para tratamento em contexto de cuidados intensivos e melhorar as condições de operação da câmara das Flores.

### *2.7 Medicina Nuclear*

De acordo com os estudos efetuados considera-se que 250.000 habitantes necessitem entre 3.000 a 5.000 estudos cintográficos/ano, repartidos, em média, 40% para cardiologia, 40% para oncologia e 20% para outras, sobretudo pediatria. Considerando a distribuição de valências pelos Hospitais da Região, o centro de medicina nuclear será instalado no HSEIT, em regime de convenção.

### *2.8 Radioterapia*

Atualmente os utentes que necessitam de serviços de radioterapia são referenciados para o Continente onde realizam o tratamento. Considera-se que nos Açores é necessário um serviço de radioterapia, pois estima-se que a incidência de novos casos de cancro é de 4.000 casos por 1.000.000 de habitantes (segundo dados da Associação Espanhola de Radioterapia e Oncologia). Destes casos, aproximadamente 60% necessitarão de radioterapia, destes aproximadamente 10% a 15% necessitarão de efetuar repetições do tratamento (prevalência).

De acordo com a análise oferta/procura, verifica-se a necessidade de um equipamento de radioterapia nos Açores (que sirva toda a população), com um horário de funcionamento de 16 horas/dia (250 dias/ano). Considera-se necessário um equipamento por cada 200.000 habitantes.

Tendo em consideração as necessidades existentes e o custo elevado da inclusão de um serviço de radioterapia, recomenda-se que esta seja instalada em apenas um hospital, considerando-se o HDES o hospital adequado para este serviço.

Tendo em atenção a deslocação de utentes de radioterapia, durante o período de tratamento, devem ser criadas alternativas aos internamentos, sendo uma delas o alojamento para este tipo de utentes (podendo ser estabelecido um protocolo para este serviço complementar à radioterapia).

Este recurso permite a permanência do utente durante o período em que recebe o tratamento, não gerando o aumento inadequado das permanências hospitalares e diminuindo o número de deslocações do utente.

### *2.9 Bloco de Partos*

Tendo em consideração que existem condicionalismos técnicos na manutenção da proficiência dos profissionais dos blocos de partos com uma casuística baixa é fundamental, para a manutenção dos atuais três serviços em funcionamento, a criação de um programa de formação contínua em obstetrícia.

Deve-se também por uma questão de coerência e equidade de acesso, permitir que as grávidas escolham de forma livre e informada onde querem que os seus filhos nasçam, incluindo nesse consentimento informado o risco de nascer numa unidade com menor proficiência técnica, sem



prejuízo de ter de se considerar que a evacuação deve estar padronizada mediante situações clínicas concretas, risco antecipado e complicações previsíveis.

Excluída que está por razões técnicas, nomeadamente por questões de proficiência, a capacidade de operacionalizar uma maternidade ou bloco de partos no centro de saúde da Madalena do Pico, a única possibilidade, de nesta estrutura prever um serviço de apoio a nascimentos, exige que estejam reunidos dois requisitos:

- Que a grávida, opte de forma esclarecida por este recurso;
- Que o acompanhamento do parto seja realizado pelos médicos de medicina geral e familiar e pelos enfermeiros especialistas em obstetria da USI Pico.

### C. Rede de urgência e emergência

Na procura constante de uma estratégia de melhoria contínua da prestação de cuidados de qualidade, procurando fazer uma boa gestão dos recursos existentes e com a perspetiva de eventuais investimentos estratégicos a curto e médio prazo, importa definir o enquadramento para o caminho a seguir na implementação da rede dos cuidados urgentes e emergentes na Região. A comissão de coordenação do SRS será incumbida de apresentar um documento com a rede de referência em situação urgente.

#### 1. Emergência pré-hospitalar

A emergência pré-hospitalar é um serviço indispensável na prestação de cuidados médicos a uma população. Todos os países desenvolvidos têm sistemas de emergência médica pré-hospitalar, embora não exista uma uniformidade quanto à sua organização.

A inexistência de qualquer sistema organizado de emergência médica pré-hospitalar compromete a sobrevivência de qualquer doente que sofra de uma doença súbita em ambiente não hospitalar.

Após a estabilização inicial é também fundamental o acompanhamento especializado para uma unidade de tratamento definitivo. A sobrevivência, sem sequelas, destes doentes depende de um bom acompanhamento médico precoce.

Além do funcionamento de equipas SIV nas diferentes ilhas, segundo o modelo atual ou em articulação com as ambulâncias de socorro já em funcionamento, é importante definir um Serviço de Emergência Médica Pré-hospitalar que se encarregue dos doentes na fase pré e inter-hospitalar, à semelhança do serviço prestado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. Esse serviço, sediado no Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) deve possuir as seguintes valências:

- Centro de orientação de doentes
- Evacuações aéreas

- Viaturas de suporte imediato de vida
- Transporte programado de doentes
- Centro de formação

Os recursos médicos e de enfermagem utilizados para o projeto SIV, devem ser aproveitados para por em funcionamento o centro de orientação de doentes.

O serviço de evacuações aéreas do HSEIT deve ser articulado com este novo serviço, que continuará a funcionar em articulação com as equipas da Força Aérea Portuguesa, presentes na base das Lajes.

O transporte programado será regulado pelo call-center da saúde, em complementaridade de serviços, poupando nos recursos humanos e disciplinando o uso excessivo das ambulâncias dos Bombeiros Voluntários.

O centro de formação do SRPCBA, certificado internacionalmente para a formação em emergência médica, deve ser o centro de formação de referência, nesta área, para todas as unidades de saúde da Região.

A rede de equipas de suporte imediato de vida (SIV) na Região, será constituída por equipas móveis que se deslocam em viaturas ligeiras e por enfermeiros com treino específico dos serviços de urgência básica, serviços em que o médico não está permanentemente de presença física. A divisão das equipas faz-se da seguinte forma:

- São Miguel
  - Ponta Delgada (1 viatura ligeira)
  - Ribeira Grande (1 viatura ligeira)
- Terceira
  - Angra do Heroísmo (1 viatura ligeira)
- Faial
  - Horta (1 viatura ligeira)
- Pico
  - São Roque (1 viatura ligeira)
- São Jorge
  - Calheta (centro de saúde)
  - Velas (centro de saúde)
- Santa Maria
  - Vila do Porto (centro de saúde)
- Graciosa
  - Santa Cruz (centro de saúde)
- Flores

- Santa Cruz (centro de saúde)
- Corvo
  - Corvo (centro de saúde)

**Calendarização:** Início da implementação no segundo semestre de 2013 para conclusão até final do segundo semestre de 2016.

## 2. Serviços de urgência

Entende-se como urgência um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) e por emergência um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo. Por outro lado, a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.

No exato entendimento das definições anteriores, as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo não deverão estar contidas nos objetivos assistenciais dos serviços de urgência (SU). No entanto, a população tem um padrão de utilização que não corresponde a este perfil.

A regulação da procura assistencial urgente implica, assim, uma visão integral dos processos de urgência, em que o SU se terá de relacionar muito mais intimamente com estruturas circundantes, nomeadamente os sistemas telefónicos de triagem e orientação, a emergência extra-hospitalar, os serviços de internamento hospitalar e os cuidados de saúde primários (CSP).

Neste âmbito, alguns princípios gerais estruturantes são:

- Reconhecer que o sistema de urgência/emergência tem como missão o atendimento e tratamento das situações urgentes/emergentes, e que existem outras situações agudas que não são urgências/emergências e cuja resolução compete aos CSP, num conceito de atendimento rápido não urgente;
- Reconhecer que compete aos CSP através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes, incluindo muitas das que atualmente são atendidas em SAP ou SAU;
- Regular a procura dos Serviços de Urgência (SU), aumentando e motivando o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e orientação de doentes;
- Consolidar a resposta rápida dos CSP às situações agudas não urgentes e de motivar o recurso de doentes com estas situações a esses locais, implementando estratégias de reorientação rápida de doentes dos SU para os CSP, desde que sejam respeitados pressupostos organizativos entre unidades de saúde e salvaguardados critérios de segurança;
- Definir a estrutura humana, física e logística dos SU, de forma a responder ao doente urgente e emergente;

- Integrar de modo crescente os sistemas extra-Hospitalar e hospitalar de urgência/emergência, criando um sistema de urgência único;
- Definir uma rede de referência específica para as quatro vias verdes e para competências ou procedimentos específicos, que clarifique os circuitos de doentes;
- Maximizar a garantia de acesso em menos de 60 minutos a um ponto da rede de urgência/emergência, para todo e qualquer local da Região, nomeadamente mantendo ou implementando SU em locais de reduzida demografia e casuística mas distantes de outros SU ou através de implementação ou consolidação da rede de Suporte Imediato de Vida (SIV);
- Reconhecer e valorização do papel dos serviços de urgência básica como estruturas capazes de avaliação e estabilização inicial do doente urgente/emergente;
- Valorizar o papel coordenador do SRPCBA, para transporte pré-hospitalar e inter-hospitalar qualificado;
- Incorporar o conceito de *by-pass* às unidades de saúde avançadas, de forma a conseguir o encaminhamento de doentes graves ou específicos para local capaz do seu tratamento definitivo, desde que o meio de transporte pré-hospitalar seja qualificado;
- Definir de forma clara as valências e especialidades de cada unidade de saúde da Região.

Acresce que é importante esclarecer e redefinir os níveis de responsabilidade dos serviços de urgência dos hospitais da Região, para se definir a rede de urgência e emergência. Por uma questão de coerência nacional propõe-se classificar os serviços de urgência dos hospitais segundo os três tipos em uso no Continente. Para que fique clara a sua função, faz-se referência também ao atendimento urgente, que não fazendo parte da rede de urgência e emergência, contribui para a sua eficácia.

**Calendarização:** Início da implementação no segundo semestre de 2013 para conclusão até final do segundo semestre de 2016.

### 2.1 Atendimento urgente

Este conceito não deve ser confundido com o conceito de serviço de urgência. É equiparado a uma consulta aberta com funcionamento alargado (das 08h-20h ou das 08h às 24h) como resposta ao atendimento não programado nos CSP. Os médicos têm à sua disposição os meios complementares de diagnóstico e a terapêutica necessária para a estabilização e tratamento das situações menos graves.

Este atendimento tem como função reduzir os recursos não especializados nos SU, pois pretende-se que tratem das situações agudas ou agudizadas que não implicam observação por um médico especialista.

## 2.2 Serviço de Urgência Básica (SUB)

É o primeiro nível de acolhimento da rede para as situações de urgência pelo que deve funcionar 24h/24h. Constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais comuns de urgência, constituindo-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes/emergentes de maior complexidade, quando as mesmas não possam ser diretamente encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciado. Tal deverá apenas acontecer quando o sistema de emergência médica pré-hospitalar não tenha condições para assegurar, com qualidade e segurança, o transporte direto para um nível de responsabilidade de serviço de urgência mais elevado.

Como valor indicativo, os SUB devem existir onde exista população em número considerável e, simultaneamente, o seu acesso a um dos SU de nível superior (SUMC ou SUP) não esteja assegurado em menos de 60 minutos.

Os SUB devem ter uma SIV em gestão integrada, cujo elemento de enfermagem participe na prestação de cuidados antes da chegada do médico em prevenção e colabore no transporte de doentes críticos. Os SUB devem possuir uma zona que permita a aterragem de um helicóptero em segurança, junto ao SUB ou nas proximidades.

## 2.3 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)

É o segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Assumindo um *ratio* de 1 SUP para cada 750.000 - 1.000.000 de habitantes, dever-se-á agora assumir um *ratio* de 2-3 SUMC por cada SUP, dependendo da densidade demográfica e das distâncias a percorrer. Como valor indicativo, a valorizar nos diferentes contextos, este serviço deve distar mais de 60 minutos de outro SU de nível médico-cirúrgico ou polivalente.

É, contudo, admissível a existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes. Os SUMC devem idealmente possuir ou, pelo menos, ter acesso fácil a heliporto.

Nestes pressupostos enquadram-se o Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira e o Hospital da Horta.

## 2.4 Serviço de Urgência Polivalente (SUP)

É o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência. Em termos de *ratio*, é recomendável e genericamente aceite que exista um SUP por cada 750.000 a 1.000.000 habitantes. Assim, e dadas as especificidades da região em termos de distancia ao continente é aceitável definir, para a RAA, apenas 1 SUP. Deve ter todas as valências do serviço de urgência médico-cirúrgica, mas que os diferencia é a sua resposta específica para algumas valências. Os SUP devem idealmente possuir ou, pelo menos, ter acesso fácil a heliporto.

Nestes pressupostos enquadra-se o Hospital do Divino Espírito Santo.

### 2.5 Vias verdes

Independentemente da sua classificação, todos os pontos da rede deve organizar-se no sentido de contribuir para o rápido diagnóstico e encaminhamento dos doentes com patologias emergentes, nas quais, qualquer atraso na prestação de cuidados definitivos, pode comprometer a sobrevivência do doente. Neste sentido são organizadas vias verdes para cada uma dessas patologias que devem ser respeitadas por todos os pontos da rede de emergência e pelo SRPCBA como responsável pela atividade extra-hospitalar. As vias verdes em funcionamento serão as seguintes:

- Via Verde da Sepsis
- Via Verde do AVC
- Via Verde do Trauma
- Via Verde Coronária

**Calendarização:** Até ao segundo semestre de 2014.

### D. Redes de cuidados continuados e paliativos

Nos Açores, verifica-se o incremento, nomeadamente, ao nível da população mais idosa, da patologia crónica múltipla ou de dependência funcional, que requerem soluções adequadas no que se refere à continuidade de cuidados de saúde e sociais, que possibilitem a manutenção e recuperação das funcionalidades e, na medida do possível, a autossuficiência da pessoa.

Considerado este cenário, é fundamental melhorar a operacionalização da rede de cuidados continuados integrados existente, garantindo a articulação entre as unidades de saúde e as unidades de apoio social. É também necessário operacionalizar uma rede de cuidados paliativos.

A Rede de Cuidados Continuados deve seguir a legislação em vigor organizando os cuidados em três tipos:

- ❖ **Convalescença:** a funcionar nas proximidades do hospital, de preferência, e se possível, com gestão autónoma protocolada. Não sendo possível, poderá funcionar no próprio hospital em unidade autónoma face ao internamento agudo.
- ❖ **Média Duração:** da responsabilidade principalmente do departamento da saúde, funcionando de preferência nos internamentos das unidades de saúde de ilha, podendo também ser protocolada.
- ❖ **Longa Duração:** da responsabilidade principalmente do departamento da segurança social, funcionando de preferência nos internamentos das unidades de saúde de ilha, podendo também ser protocolada.

A utilização das camas das unidades de saúde para satisfazer as necessidades de camas de cuidados continuados, garante as condições para que se rentabilize o internamento em

funcionamento, uma vez que atualmente o internamento dos centros de saúde tem uma taxa de ocupação muito baixa.

Os Cuidados Paliativos são da responsabilidade partilhada dos hospitais e das USIs sendo que a unidade de internamento deve ser localizada no próprio hospital e as equipas de acompanhamento em ambulatório deve estar sedeadas nas unidades de cuidados de saúde primárias.

Segundo a legislação em vigor, este tipo de cuidados só se organiza se forem criadas equipas específicas para os cuidados continuados e equipas para os cuidados paliativos, que permitam uma melhor gestão e coordenação dos mesmos, permitindo maior qualidade no serviço oferecido ao utente.

**Calendarização:** Até ao segundo semestre de 2014.

## E. Rede de saúde mental

A estratégia de futuro deve passar por acompanhamento direto dos internamentos de saúde mental, tal como o protocolado para todas as outras unidades de saúde da Região.

Tal facto implica um reforço do diálogo com os atuais parceiros desta área, para redefinir a estratégia de seguimento destes utentes, tendo em conta os seguintes objetivos:

- Evoluir segundo o novo paradigma do tratamento e acompanhamento do doente mental, numa lógica de proximidade com a sociedade e com a família.
- Transformar o conceito de contratualização de camas de internamento para o conceito de contratualização do tratamento e integração dos utentes na sociedade.
- Ter condições condignas nos internamentos de longa duração.

**Calendarização:** Início no segundo semestre de 2013 para conclusão até final de 2016.

## F. Tratamento da toxicod dependência

A política de tratamento das dependências até agora seguida, baseia-se na contratação de serviços com parceiros externos. Ao assumir que o tratamento das dependências é uma das responsabilidades do estado social e ao reforçar-se a rede de cuidados de saúde primários, tal como proposto neste documento, é lógico que se aposte numa internalização do tratamento também desta doença. Serão assim abordados os parceiros do Governo Regional nesta matéria, no sentido de integrar as estratégias de tratamento na rede de cuidados de saúde primários, através dos seguintes pressupostos:

- Passagem dos doentes em alto limiar para os seus respetivos médicos de família;
- Formação dos profissionais dos centros de saúde nesta área;
- Administração da terapêutica de substituição nos centros de saúde.

**Calendarização:** Até ao primeiro semestre de 2015.