



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

João Pedro Bebiano Delgado Varanda

**Os “Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório” como indicador de sensibilização para a importância de integrar cuidados**

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado de Administração Público-Privada orientada pela Professora Doutora Maria do Céu Colaço dos Santos e apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**

**maio, 2022**



FACULDADE DE DIREITO  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

João Pedro Bebiano Delgado Varanda

**Os “Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório” como  
indicador de sensibilização para a importância de integrar cuidados**  
*(The "Ambulatory Care Sensitive Conditions" as an indicator of awareness of the  
importance of integrating care)*

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no  
âmbito do 2.º ciclo de Estudos em Administração Público-Privada

Orientadora Professora Doutora Maria do Céu Colaço dos Santos

Coimbra, 2022

## **Agradecimentos**

Devido ao contributo para a realização deste relatório de estágio, um especial agradecimento à Professora Doutora Maria do Céu Colaço, que prontamente se disponibilizou e aceitou com agrado a orientação do mesmo, à equipa do Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro, que me acolheu e me auxiliou ao longo deste percurso, e, por último, a todas e quaisquer pessoas que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a realização do presente trabalho.

**Resumo:** Observando as recentes alterações no panorama externo das organizações de saúde, observa-se que há um apelo à mudança estrutural no seu funcionamento geral, devendo esta mudança quebrar essencialmente com a atual fragmentação. Focadas na doença, as organizações prestadoras de cuidados resumem a sua atividade maioritariamente a episódios isolados. Deste modo, pretendeu-se realçar que a ausência de um continuum de cuidados provoca um ainda maior crescimento de custos e despesas para o setor, pondo em causa, inclusive, a sustentabilidade financeira das organizações do setor, assim como a qualidade assistencial dos serviços que as mesmas prestam, e evidenciar que, face a esta conjuntura, é impreterível desenvolver uma melhor integração de cuidados capaz de reduzir todo o tipo de acontecimento proveniente da falta de coordenação de cuidados, como é o caso dos internamentos evitáveis.

**Palavras-chave:** Cuidados de Saúde; Integração; Internamentos evitáveis; Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório; Mudança.

**Abstract:** Observing the recent changes in the external panorama of health organizations, it is observed that there is a call for structural change in their general functioning, and this change must essentially break with the current fragmentation. Focused on the disease, the organizations providing care summarize their activity mostly to isolated episodes. In this way, it was intended to emphasize that the absence of a continuum of care causes an even greater growth of costs and expenses for the sector, even jeopardizing the financial sustainability of the sector's organizations, as well as the quality of care of the services that they provide, and to show that, given this conjuncture, it is imperative to develop a better integration of care capable of reducing all types of events arising from the lack of coordination of care, as is the case of avoidable hospitalizations.

**Keywords:** Health Care; Integration; Avoidable hospitalizations; Ambulatory Care Sensitive Conditions; Change.

## Índice

Índice	V
Índice de figuras	VI
Índice de gráficos	VIII
Lista de abreviaturas	IX
I. Introdução	1
1.1. Objetivos do trabalho	1
1.2. Estrutura do trabalho	3
II. Sistema de Saúde Português	5
2.1. Uma breve nota introdutória de direito administrativo	5
2.2. Níveis de prestação de cuidados de saúde: cuidados primários, cuidados secundários e cuidados terciários	7
2.3. Desafios do atual sistema de saúde português – redefinição da oferta de cuidados e criação de valor	8
2.4. Sustentabilidade financeira	11
2.5. Envelhecimento populacional	13
2.6. Gestão integrada da doença: modelos individuais, modelos direcionados para grupos e patologias específicas e modelos de base populacional	15
2.7. Transformação digital	18
2.8. Integração de cuidados – um modelo organizacional sustentável	21
2.9. Dimensão estrutural	22
2.10. Dimensão funcional	24
2.10.1. Integração clínica	24
2.10.2. Integração da informação	26
2.10.3. Integração financeira	28
2.10.4. Integração administrativa	30
2.11. Dimensão normativa	31
2.12. Dimensão sistémica	32
2.13. Integração de cuidados e redução de internamentos evitáveis	33
III. Estudo de Caso	34
3.1. Metodologia	35

3.2. Amostra	37
3.3. Análise de dados	38
3.4. Discussão dos resultados	46
IV. Conclusão	50
4.1. Implicações para a Administração	50
4.2. Limitações do trabalho	51
4.3. Orientação para futuros trabalhos	52

## Índice de figuras

Figura nº1: Pirâmide Kaiser Permanente _____	26
Figura nº2: Integração horizontal _____	31
Figura nº3: Integração vertical _____	32
Figura nº4: Modelo Arco-íris de cuidados integrados _____	40

## Índice de gráficos

Gráfico nº1: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2017 – Centro Hospitalar de Leiria _____	48
Gráfico nº2: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2018 – Centro Hospitalar de Leiria _____	48
Gráfico nº3: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2019 – Centro Hospitalar de Leiria _____	49
Gráfico nº4: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA nos três anos – Centro Hospitalar de Leiria _____	50
Gráfico nº5: Taxa bruta de internamentos evitáveis dos três anos – Centro Hospitalar de Leiria _____	50
Gráfico nº6: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2017 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga _____	51
Gráfico nº7: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2018 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga _____	52
Gráfico nº8: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2019 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga _____	52
Gráfico nº9: Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA nos três anos – Centro Hospitalar do Baixo Vouga _____	53
Gráfico nº10: Taxa bruta de internamentos evitáveis dos três anos – Centro Hospitalar do Baixo Vouga _____	54
Gráfico nº11: Evolução da taxa bruta de internamentos evitáveis dos dois centros hospitalares _____	54

## **Lista de abreviaturas**

CRP – Constituição da República Portuguesa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ESNS – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

ICSCA – Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório

“Hoje está manifestamente evidenciada a necessidade premente de se deixar de olhar para os serviços prestadores como ilhas isoladas e de se passar a entendê-los como nós basilares de um todo coerente, necessariamente abrangente e holístico.”

Bernardino, 2020. Gestão em Saúde. Coimbra: Almedina, p.216.

## **Capítulo I. Introdução**

Tenciona-se, no presente relatório, abordar o tema da Integração de Cuidados, tema que se contextualiza no local de estágio curricular escolhido – a Administração Regional da Saúde do Centro, I.P.

Neste sentido, começar-se-á por ilustrar, através de um método descritivo, o atual cenário do sistema de saúde português, evidenciando-se, de acordo com Santana, Belo, Gaspar, Almeida Seringa e Papança (2021), que as atuais organizações de saúde se encontram fragmentadas e em silos com atuações episódicas, reativas e orientadas para a doença.

O presente trabalho centrar-se-á na descoordenação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde. Neste sentido, tentar-se-á demonstrar que, a par desse cenário menos vantajoso, e sendo a incerteza algo imanente aos dias de hoje (Martins e Carvalho, 2012), com especial ênfase no setor da saúde (Barros, 2021), as organizações deste setor, mais do que nunca, precisam de proceder a determinadas mudanças em consonância com o seu ambiente externo (Dias, 2015), o qual abrange tanto o meio ambiente transacional como o meio ambiente contextual (Santos, 2008).

### **1.1. Objetivos do trabalho**

Partindo da ideia de que a gestão da saúde se efetua em três níveis distintos e interdependentes – nível “macro” onde se encontram as políticas de saúde, nível “meso” onde se encontra a gestão das unidades de saúde e nível “micro” onde se encontra a gestão clínica (Bernardino, 2020) – este relatório centrar-se-á no nível “macro” e “meso”, uma vez que muito se tem intentado no sentido de definir políticas orientadas para problemas de saúde específicos com o intuito final de melhorar progressivamente o nível de saúde das populações, a qualidade dos cuidados prestados e a utilização de recursos de forma eficiente (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010).

Nos últimos tempos, tem-se assistido a um conjunto de esforços com o objetivo de realçar que a resposta dos prestadores de cuidados de saúde tem de deixar de ser centrada na doença, para passar a ser centrada no doente e na provisão de todas as componentes de cuidados que o mesmo necessita, contornando-se, deste modo, o estado fragmentado da atual estrutura de

oferta de cuidados de saúde que, na maioria das vezes, complica o controle do acesso, dos consumos e dos custos globais (Santana et al., 2014). Sendo impossível melhorar a prestação de cuidados de saúde exclusivamente por via do aumento de competências técnicas, de procedimentos clínicos e de inovações tecnológicas, a Organização Mundial da Saúde tem vindo a advertir para a necessidade de combater a fragmentação dos prestadores de cuidados de saúde referindo que a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação devem ser etapas encaradas de forma holística através de um continuum de cuidados (Santana e Costa, 2008).

Neste sentido, a necessária mudança deverá passar por um novo modelo organizacional alicerçado, sobretudo, na integração entre os diversos níveis de cuidados – de modo a possibilitar cuidados de proximidade e de continuidade, assim como também uma visão holística das necessidades das diversas pessoas – e na articulação dos cuidados com o setor social (Santana et al., 2021) e com as diversas áreas comunitárias (DGS, 2014).

Embora o conceito de integração não atinja consenso quanto à sua definição (Santana et al., 2021), o mesmo pode ser entendido, de uma maneira geral, como sendo um processo que envolve as diversas condições que possibilitam, ao longo do tempo, uma estrutura comum entre diferentes organizações com o intuito de gerar uma melhor coordenação, permitindo, em última instância, um funcionamento conjunto para a execução de um projeto coletivo e comum a todas as partes envolvidas (Santana e Costa, 2008).

Deste modo, a integração que neste relatório se pretende explorar resume-se à integração de cuidados, a qual supõe uma integração através de processos e ferramentas, de maneira a ligar os diferentes níveis de cuidados abrangendo também os cuidados prestados por entidades não pertencentes ao sistema de saúde e que revelam simultaneamente uma grande importância na satisfação das necessidades do doente e da população em geral (Lennox-Chhugani, 2021; Santana et al., 2021).

Posto isto, tendo a integração de cuidados vindo a ser apresentada como um modelo sustentável capaz de contribuir bastante para a redução das atuais falhas dos diversos sistemas de saúde, devendo as políticas de saúde se orientar ainda mais no sentido de estimular uma maior implementação deste mesmo (Amelung, et al., 2021), o presente relatório tem como principais objetivos descrever os possíveis modelos organizacionais de integração de cuidados, elencando, nomeadamente, as vantagens que o mesmo oferece tendo em conta os atuais desafios que o setor da saúde enfrenta, e expor a necessidade das políticas

de saúde estimularem a sua aplicação, algo que, no caso português, já esteve perto de acontecer através da estratégia nacional “SNS +Proximidade”<sup>1</sup>.

## 1.2. Estrutura do trabalho

Relativamente à estrutura do presente trabalho, este iniciar-se-á com o capítulo I, onde se enunciam os objetivos deste trabalho, a sua contextualização e a descrição da estrutura que o trabalho segue.

No segundo capítulo, dedicado à revisão bibliográfica, faz-se uma exposição contextual do sistema de saúde português, nomeadamente no que toca ao seu enquadramento legal e administrativo. Ainda neste capítulo, proceder-se-á a uma enumeração detalhada da atual estrutura de oferta de cuidados de saúde e os respetivos desafios que a esta são colocados, desafios estes que são provocados por uma evolução constante do seu ambiente externo, a qual apela a uma efetiva resposta por parte dos responsáveis pela gestão das diversas estruturas que fundamentam o sistema de saúde português (Santana e Costa, 2008).

Estando o atual sistema de saúde português e os respetivos desafios descritos, demonstrar-se-á como a integração de cuidados tem sido retratada como um modelo organizacional que, albergando um determinado conjunto de medidas, pode proporcionar um contributo bastante significativo para a sustentabilidade do sistema de saúde em questão e, em específico, do serviço nacional de saúde.

Para tal se evidenciar, pretende-se ao longo do mesmo capítulo proceder a uma descrição teórica do modelo organizacional que a integração de cuidados implica, realçando os seus fundamentos e as suas vantagens, sendo que, relativamente às vantagens que o mesmo promove, uma das principais a ser explorada prende-se precisamente com a melhor coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, algo que, quando não conseguido, leva a *outcomes* indesejados como, por exemplo, internamentos evitáveis, erros de medicação, entre outros eventos adversos (Amelung et al., 2021).

Ora, sendo os internamentos evitáveis um dos grandes *outcomes* indesejados resultantes da falta de integração de cuidados, verificando-se em Portugal, nos últimos tempos, um

---

<sup>1</sup> Sobre a mesma, *vide* SNS+Proximidade – Mudança Centrada nas Pessoas. Consultado a 11 de Dezembro de 2021, [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120\\_LivroSNSProximidade-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNSProximidade-1.pdf).

progressivo aumento destes, tenciona-se, no capítulo III, através de um estudo de caso abrangente a dois centros hospitalares, determinar este tipo de eventos.

Neste sentido, e com o recurso às “*Ambulatory Care Sensitive Conditions*” (adotada no presente trabalho a tradução “Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório”) – indicador referido no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 como sendo um dos possíveis indicadores a utilizar na abordagem aos internamentos hospitalares (Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, 2010) – averiguar-se-á quais as principais patologias causadoras dos internamentos evitáveis apurados (patologias essas que poderiam ter sido prevenidas por meio de coordenados cuidados de ambulatório) e qual a taxa bruta de internamentos evitáveis dos respetivos centros hospitalares.

Por último, já numa fase final do trabalho, faz-se uma análise e discussão dos resultados, passando-se posteriormente, no capítulo IV, para uma conclusão final, onde se referem as implicações para a Administração Pública, as limitações deste trabalho e orientações para futuras pesquisas.

## **Capítulo II. Sistema de Saúde Português**

### **2.1. Uma breve nota introdutória de direito administrativo**

O direito à saúde, mais concretamente, a proteção do direito à saúde (Andrade, 2016) é uma garantia institucional derivada de uma imposição constitucional que, em última instância, visa a realização de um direito social (António, 2015). Dada esta imposição, criou-se, através da Lei n.º 56/79, o Serviço Nacional de Saúde, pautando-se este pelo seu caráter universal, geral e tendencialmente gratuito (artigo 64.º, n.º 2, da CRP), assumindo o mesmo uma gestão descentralizada e participada (artigo 64.º, n.º 4, da CRP) e sendo as suas despesas satisfeitas pela cobrança de impostos que, numa fase posterior, são atribuídos aos serviços pelo orçamento do Estado (Ferreira, 2015) (modelo Beveridge).

Não obstante, é de salientar que o Sistema de Saúde Português não se resume ao SNS, abrangendo outras entidades públicas e privadas. Algo que ficou esclarecido através da base XII da Lei de Bases de Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90<sup>2</sup>, a qual descreveu o sistema de saúde como um sistema que “(...) é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades.” (Lopes, 2010).

No mesmo sentido, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, estipulou que, embora o SNS seja um pilar fundamental do sistema de saúde português, o mesmo não se limita ao primeiro (artigo 2.º), passando, deste modo, a se admitir a delegação a empresas privadas a gestão de unidades de saúde, assim como a criação de contratos-programa com autarquias locais e IPSS, com o intuito de transferir responsabilidades relativas a cuidados de saúde (António, 2015).

Tais fenómenos, sobretudo no que toca à transferência de poderes do Estado para entidades públicas territoriais, evidenciam a tentativa de o poder central diminuir os encargos que o SNS acarreta<sup>3</sup>.

A par disto, o fenómeno descentralizador, entendido o mesmo, em termos gerais, como a transferência de autoridade de um corpo superior para um corpo subordinado (Campos,

---

<sup>2</sup> Atual Lei n.º 95/2019.

<sup>3</sup> Veja-se, a título de exemplo, o Decreto-Lei n.º 23/2019, o qual concretiza a transferência de um determinado conjunto de competências, no domínio da saúde, para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais.

2019), contribui, ele próprio, para a existência da denominada “Administração Indireta”, sendo esta constituída fundamentalmente por pessoas coletivas públicas, de tipo institucional, como é o caso exemplificativo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (Lopes, 2010) e por pessoas coletivas de tipo empresarial, como é o caso exemplificativo de um qualquer hospital sob o regime jurídico E.P.E. (entidade pública empresarial) (Campos, 2019).

Atendendo ao facto de a Administração Indireta se encontrar sujeita a poderes de superintendência e tutela do Estado (artigo 199.º, alínea d), da CRP), importa mencionar ainda o modo como o SNS é objeto de tutela por parte do(a) Ministro(a) da Saúde e administrado pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde.

De acordo com o conteúdo dos artigos 4.º, 5.º e 6.º do ESNS, o SNS organiza-se em cinco regiões de saúde – a região do Norte, a região do Centro, a região de Lisboa e Vale do Tejo, a região do Alentejo e a região do Algarve –, sendo que a cada região é correspondida uma Administração Regional de Saúde. Estas constituem organismos periféricos do Ministério da Saúde dotados de personalidade jurídica, tendo como principal objetivo a garantia, relativamente à população da respetiva área geográfica incumbida, do acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, alocando os recursos disponíveis às respetivas necessidades, tudo isto em conformidade com o Plano Nacional de Saúde (Lopes, 2010).

Posto isto, de forma sucinta e elencada, verifica-se que o SNS é baseado numa gestão descentralizada, assim como o artigo 64.º, nº4, da CRP o estipula, uma vez que o mesmo é composto, para o desempenho das atividades relacionadas com os cuidados de saúde, por um conjunto alargado de entidades (António, 2015). Tais entidades são habitualmente agrupadas em três níveis de prestação de cuidados de saúde, os quais estruturam a oferta: os cuidados primários, os cuidados secundários e os cuidados terciários (Santana e Costa, 2008).

## **2.2. Níveis de prestação de cuidados de saúde: cuidados primários, cuidados secundários e cuidados terciários**

Relativamente aos cuidados de saúde primários, estes foram apresentados como sendo o pilar central do sistema de saúde, visto deverem constituir o primeiro contacto dos cidadãos, com principais funções na promoção da saúde, na prevenção da doença e na ligação a outros serviços de saúde com o intuito de assegurar um continuum cuidado (Bernardino, 2020).

Relativamente aos cuidados secundários, também designados por cuidados diferenciados, estes resumem-se ao conjunto de ações que visam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de agudizações de doença, exigindo este tipo de episódios intervenções especializadas e recursos de alta tecnologia (Santana e Costa, 2008).

Por último, no que diz respeito aos cuidados terciários, importa referir que estes adquiriram a sua relevância em 2006, através da criação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados<sup>4</sup>, tendo esta como propósito a tentativa de resposta às necessidades sociais e de saúde que se relacionam com o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população que, inevitavelmente, conduz a diversas situações de dependência carentes de apoio (Bernardino, 2020).

---

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006 e Decreto-Lei n.º 136/2015 (o qual procedeu à primeira alteração do primeiro).

### **2.3. Desafios do atual sistema de saúde português – redefinição da oferta de cuidados e criação de valor**

Atendendo à atual estrutura de oferta de cuidados de saúde, tem-se verificado, nos últimos tempos, que, em virtude de novos desafios provenientes do ambiente externo das organizações de saúde, relacionados sobretudo com os avanços científicos (nomeadamente na área das tecnologias de informação) e com a alteração do perfil dos consumidores de cuidados de saúde (potenciada em grande medida pela globalização e pela mudança epidemiológica ocorrida nos últimos anos), as mesmas têm vindo a assistir a uma necessidade imperiosa de se adaptar a esses mesmos desafios.

De acordo com a teoria da contingência estrutural, as organizações capazes de responder de forma adequada aos diferentes níveis de incerteza ambiental são, por natureza, mais eficazes, sendo que o elemento-chave, para que tal aconteça, passa pelo ajuste entre as características estruturantes da organização e os respetivos aspetos ambientais (Dias, 2015).

Neste sentido, e não escapando as organizações de saúde e os seus sistemas a esta realidade, apesar de estes já serem, muitas das vezes, descritos como sendo sistemas adaptativos complexos (Rouse, 2008), importa atentar num conjunto de questões precisas que urgem uma determinada atenção e resposta (Rodrigues et al., 2021).

Em virtude dos já referidos desafios e de muitos outros, verifica-se uma necessidade em redefinir a tradicional organização das diversas estruturas do setor da saúde, a qual tem apresentado alguns aspetos negativos devido à sua fragmentação e à sua composição em silos, oferecendo esta respostas episódicas, reativas e orientadas para a doença, algo que evidencia um desajuste em relação ao perfil epidemiológico das populações (Santana et al., 2021) como também um motivo de elevados níveis de ineficiência (Dias, 2015).

Assim sendo, revela-se útil apelar ao facto de a saúde ter de ser alvo, em Portugal, de uma série de reformas caso queira assegurar a qualidade dos cuidados prestados e a competitividade da cadeia de valor envolvente (Leal e Taveira, 2019).

Tal deverá passar, sobretudo, pela alteração da definição atual de prestação de cuidados de saúde (Santana et al., 2014) uma vez que, estando a medicina cada vez mais a deixar de ser reativa para passar a ser proactiva (Antunes, 2012)<sup>5</sup>, o atual paradigma de prestação

---

<sup>5</sup> Pense-se no proeminente crescimento da medicina personalizada de precisão, *cf.* Figueiredo, E., 2021. Direito e Nanobiotecnociência – Reflexões na Encruzilhada da Inovação, do Risco e da Crise do(s) Direito(s). Coimbra: Almedina, pp.62-69.

centrado no “tratamento da doença” tenderá a mudar de atuação, focalizando-se mais no “bem-estar geral do doente”.

Deste modo, em virtude da oferta de cuidados polarizada – em que se assiste especificamente a uma sobrecarga dos cuidados secundários, algo que deu origem ao conceito “hospitalocentrismo” (Fernandes et al., 2013) para descrever esse mesmo fenómeno –, dever-se-á dar prioridade à prevenção da doença com recurso a uma maior coordenação das atividades produtivas de modo a exponenciar a criação de valor para o utente (Gonçalves et al., 2020; Porter e Teisberg, 2006), uma vez que “(...) o objetivo intrínseco a qualquer política de saúde e, bem assim, a qualquer organização deverá consistir na criação de valor, ou seja, a aplicação de recursos utilizados deve gerar um benefício maior do que o seu custo total (...)” (Matos, Ferreira, Lourenço e Escoval, 2010: p.162).

Posto isto, tendo em conta que o sistema de saúde é composto por uma diversidade de organizações, as quais vão desde os centros de saúde até aos cuidados continuados, facilmente se depreende que nenhuma dessas organizações consegue criar valor de forma isolada (Dias, 2015).

A somar a isto, há previamente a ter em atenção o facto de o mercado no setor da saúde ser já ele próprio imperfeito, atendendo a um conjunto de características intrínsecas, tais como a falta de homogeneidade do bem, uma vez que os serviços prestados (consultas, internamentos, consumo de medicamentos, entre outros) apresentam grandes disparidades entre si, mas revelam, no entanto, uma interdependência no momento do consumo, a qual cria uma cadeia de valor que, conseqüentemente, realça o facto de o bem cuidado de saúde ser um bem indivisível, carecendo sempre de uma interdependência multidisciplinar (Santana e Costa, 2008).

Ainda no mesmo sentido, pode ainda mencionar-se as assimetrias de informação, as quais representam uma externalidade negativa para o doente, nomeadamente em situações de oferta de diferentes níveis de cuidados. Sendo a procura em saúde uma procura derivada, dado o facto de as preferências de consumo e procura de cuidados depender da ocorrência de episódios de doença (Barros, 2021), o doente, assimetricamente informado em relação ao agente de oferta, depara-se com dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, visto o mesmo não ter a capacidade de reconhecer se padece de um problema de natureza primária ou de natureza secundária (Santana e Costa, 2008).

Face a tudo isto, é hoje imperativo apelar a uma medicina de proximidade – em oposição à atual estrutura de oferta de cuidados de saúde fragmentada que tem dificultado a gestão conjunta de processos clínicos, de afetação de recursos e se tem baseado em contactos isolados e episódicos (Santana e Costa, 2008) –, a qual assenta na garantia de acesso próximo a cuidados de qualidade e no acompanhamento pró-ativo da situação específica de cada doente ajustado às suas necessidades (Rodrigues et al., 2021).

Para a concretização de uma reestruturação organizacional deste tipo, em que se proceda a uma integração conjunta dos diferentes níveis de cuidados, juntamente com outras entidades capazes de auxiliar e proporcionar uma melhor prestação de cuidados de saúde, algumas soluções têm sido referenciadas, sendo a integração de cuidados a principal (Santana et al., 2014). Esta dever-se-á pautar por uma gestão comum de estruturas de produção, de modo a exponenciar o conhecimento das características dos diversos consumidores e possibilitar um continuum processo, nomeadamente no que toca aos prestadores de segunda linha (Santana e Costa, 2008).

Neste sentido, há que referir que, em detrimento da hiperespecialização a que o crescimento do conhecimento em Medicina tem provocado, importa atentar no facto de os doentes serem cada vez mais complexos, exigindo uma coordenação e intervenção que, na maioria das vezes, já não se reduz somente a uma especialidade, devendo, por isso, passar a haver uma maior coordenação entre as especialidades generalistas, como é o caso da Medicina Geral e Familiar e da Medicina Interna (Rodrigues et al., 2021).

Em conclusão ao retratado, tal como Dias (2015: p.129) enuncia: “Ao invés da mera soma de intervenções ou serviços específicos, o valor em saúde representa o resultado do ciclo de cuidados. As decisões de investimentos devem ser analisadas em termos do seu valor ao longo da cadeia de valor, e não apenas através da análise de custo-efetividade de intervenções isoladas, que são muitas vezes consideradas fora do seu contexto epidemiológico e social.”.

## 2.4. Sustentabilidade financeira

Um segundo desafio prende-se com a atual pressão económica, a qual exige progressivamente um elevado nível de eficiência e efetividade na prestação de cuidados de saúde (Santana e Costa, 2008). Embora esta sempre tenha sido uma preocupação fundamental do sistema de saúde português e dos diversos governos, continua a se verificar, apesar dos esforços em contrariar a situação, um crescimento constante do peso do setor público da saúde (Barros, 2021), o qual só é reversível através da adoção de várias medidas em simultâneo (Escoval et al., 2008).

Assumindo que o maior financiamento das despesas de saúde é público, com o SNS como principal catalisador, embora também se possa admitir outras componentes significativas associadas principalmente a subsistemas, as atuais preocupações têm consentido no facto de que, para assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde, de forma a este perdurar de forma equilibrada (Fernandes et al., 2011), o foco não deve passar pela criação de fontes adicionais ou alternativas de financiamento, mas, sim, pela forma como os recursos são recolhidos e alocados (Barros, 2021).

Assim sendo, a fomentação do setor da saúde deve procurar, antes demais, a redução da despesa com fármacos, dos internamentos de longa duração e o investimento nos cuidados de saúde primários e terciários (Mateus, 2021), havendo, não obstante, quem resuma tudo isto à concreta necessidade do “(...) desenvolvimento de um modelo vertical e integrado, com definição de objetivos comuns aos diferentes níveis de prestação de cuidados, assente na medição de resultados, com a valorização da participação do cidadão e o incentivo às melhores práticas em saúde (...)” (Gonçalves et al., 2020: p.186).

Neste sentido, para a adequação desse modelo integrador é necessária uma determinada maturidade política que permita, através de uma governação alicerçada em acordos administrativos e financeiros, produzir uma harmonia de todo o sistema de saúde, de modo a responder de forma integrada às diversas necessidades de saúde que os cidadãos apresentem (Escoval et al., 2008).

Apesar de esta mudança não se poder resumir somente a uma mudança a nível financeiro, é inevitável falar-se de sustentabilidade financeira (Fernandes et al., 2011). Tal se deve ao facto de o financiamento ser um fator central da política de saúde, na medida em que tanto a condição de um dado sistema de saúde conseguir alcançar os seus objetivos, tanto o

comportamento dos vários atores desse mesmo sistema serem determinados pela forma como é estruturado o modelo de financiamento (Rodrigues et al., 2021).

Destarte, torna-se fulcral “(...) deixar de olhar para os serviços prestadores como ilhas isoladas e de se passar a entendê-los como nós basilares de um todo coerente, necessariamente abrangente e holístico (...)” (Escoval et al., 2008: p.19).

Contudo, o mesmo ainda não se verifica, sendo nota disso a atual separação dos instrumentos financeiros que suportam a gestão das diferentes organizações de saúde (Santana e Costa, 2008): os cuidados de saúde primários financiados essencialmente por um modelo de capitação, ajustado pelo risco, em que se atribui um valor global ao prestador, ficando este encarre de gerir esse capital, ou seja, é este quem assume o risco de perda ou de ganho, consoante o nível de eficiência de cada instituição; os cuidados de saúde hospitalar financiados essencialmente por um modelo de produção (*fee-for-service*), em que o prestador é pago por cada ato/serviço realizado, modelo em que não confere ao prestador qualquer tipo de risco ao nível da prestação de cuidados e favorece o aumento de volume de produção com o intuito de gerar uma maior receita (Costa, Santana e Boto, 2008; Rodrigues et al., 2021).

Atendendo a este panorama, verifica-se, uma vez mais, uma dupla polaridade relativamente à estrutura de oferta, a qual contribui para o funcionamento autónomo da prestação de cuidados de saúde e para a falta de coordenação de atividades. Tal obstáculo à qualidade assistencial tem tendência a aumentar, sobretudo se continuarem apenas os CSP a deterem um modelo de capitação, visto que pode levar ao fenómeno da desnatação (António, 2015) na medida em que se pode assistir a um progressivo encaminhamento, através da referenciação, de doentes complexos que exigem um maior consumo de recursos e de tempo para os cuidados hospitalares (*cost-shifting*) (Rodrigues et al., 2021).

No que toca a este cenário de referenciação de cuidados de saúde, o mesmo reveste particular conveniência para o hospital de referenciação dado que este, caso seja pago de acordo com a produção realizada, assume interesse em fomentar esse tipo de práticas, ainda para mais em casos relativamente pouco complicados (Barros, 2021).

Em virtude disto, a integração dos centros de saúde com o hospital de referenciação tem-se constituído, como já foi salientado, como uma solução plausível, tendo sido este, inclusive, o principal motivo da criação das unidades locais de saúde – cuja primeira unidade a ser implementada foi em Matosinhos em 1999 através do Decreto-Lei nº 207/99.

## 2.5. Envelhecimento populacional

Um outro grande desafio, o qual também tem levado à necessidade de proceder a alterações na forma como os recursos são utilizados, prende-se com o envelhecimento da população (Reis, 2004), tendo sido este salientado há já algum tempo.

À semelhança de outros países, Portugal tem vindo a assistir, nos últimos anos, a um crescimento exponencial no que diz respeito ao envelhecimento da sua população. Tal envelhecimento se deve ao crescimento da esperança média de vida, a qual se faz acompanhar por uma maior incidência de doenças crónicas de longa duração, estimando-se que 3,9 milhões de portugueses (57%) sofram de pelo menos uma, com a hipertensão arterial e a diabetes a apresentarem o maior predomínio (Rodrigues et al., 2021). A acrescentar, é de salientar que muita da população tem mais do que uma doença crónica, apresentando situações clínicas complexas devido à designada morbilidade múltipla (Crisp et al., 2014), entendendo por esta a ocorrência simultânea de vários problemas de saúde numa dada pessoa, detendo esta uma evolução prolongada, provocando um grau muito elevado de incapacitação (Ferreira, 2015) e obrigando ao recorrente recurso a cuidados de saúde (Leal e Taveira, 2019).

Este panorama, a par de revelar uma maior necessidade de consumo de recursos, revela conseqüentemente a necessidade de uma melhor resposta estrutural, a qual deverá assentar no pressuposto de uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de cuidados (Santana e Costa, 2008), devendo estes passar a adotar uma gestão integrada da doença.

A gestão integrada da doença, neste sentido, é o resultado de um conjunto de políticas de saúde que, com sentido estratégico, tem intentado proporcionar uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, assim como uma maior racionalização dos recursos (Escoval et al., 2010).

Este tipo de estratégia de gestão da doença, muitas vezes mencionado pelo termo de origem “*disease management*”, teve o seu surgimento nos EUA, na década de 80, passando a mesma, na década seguinte, a ser aplicada especificamente às doenças crónicas (Escoval et al., 2010).

Optando-se por adotar a designação gestão integrada da doença, dado esta deter um sentido mais lato em comparação com a designação gestão da doença (Escoval et al., 2010), entende-se pela mesma o aglomerado de mudanças positivas relativas ao processo de

prestação de cuidados, nomeadamente, a melhoria do plano de alta, o fluxo de cuidados, a redução das variações de prática clínica<sup>6</sup> e a melhoria na partilha de conhecimentos entre os diversos intervenientes (Santana et al., 2021).

No fundo, aquilo que se pretende, com base numa abordagem holística e centrada no doente (Baxter et al., 2018), é oferecer cuidados de saúde prestados de forma integrada, possibilitando um acompanhamento continuum da doença, onde se destaca a importância da prevenção das morbilidades numa determinada população identificada (Escoval et al., 2010).

Quanto à identificação da população, esta pode variar, atendendo ao facto de haver vários modelos de gestão integrada da doença: os modelos individuais, os modelos direcionados para grupos e patologias específicas e os modelos de base populacional (Santana et al., 2021).

---

<sup>6</sup> Entende-se por variações de prática clínica a diferenciação de padrões de prática clínica por parte dos médicos, fenómeno que é associado a um determinado grau de incerteza quanto ao tratamento, ou também ao meio de diagnóstico, e que evidencia que muitas das práticas decorrem de um sucesso em experiências passadas, sendo a medicina baseada em evidência uma resposta positiva derivada deste mesmo fenómeno (Barros, 2021).

## **2.6. Gestão integrada da doença: modelos individuais, modelos direcionados para grupos e patologias específicas e modelos de base populacional**

No que toca aos modelos individuais, estes têm como principal objetivo quebrar a atual fragmentação entre os prestadores ao oferecer uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde através da atenção à coordenação individual de cuidados (WHO, 2016). Dentro deste tipo de modelos destacam-se os modelos de gestão de caso e os planos individuais de cuidados.

O primeiro tem como pressuposto a garantia da coordenação dos cuidados por intermédio de um gestor de caso atribuído, o qual tem como tarefa definir e selecionar os potenciais doentes para os quais este modelo possa ser adequado e vantajoso, definir e avaliar planos individuais de cuidados, monitorizar regularmente os doentes a quem o modelo está a ser aplicado e ajustar os planos de cuidados quando necessário (Santana et al., 2021).

Relativamente ao segundo, estes, à semelhança do modelo de gestão de caso, são também eles um modelo individual, cujo principal objetivo é oferecer cuidados mais personalizados e segmentados através da criação de planos de cuidados partilhados, os quais mapeiam os diversos processos de cuidado, articulando o papel a desempenhar por parte de cada prestador, tentando, da melhor forma possível, coletar a informação retrospectiva e prospetiva necessária acerca da saúde do doente particular (WHO, 2016).

No âmbito dos modelos direcionados para grupos e patologias específicas destaca-se o modelo da doença crónica, o qual foi desenvolvido com o intuito de ir ao encontro das necessidades das pessoas com doenças crónicas e fornecer uma resposta estrutural dos serviços de saúde capaz de exponenciar os resultados clínicos (*outcomes*) (Sousa, Pinto, Costa e Uva, 2008) das pessoas com este tipo de patologias (WHO, 2016).

Encontrando-se este modelo já em prática em Portugal, tendo sido a insuficiência renal crónica a primeira experiência de implementação ocorrida (Santana et al., 2021), o mesmo sugere uma mudança da prestação de cuidados episódicos e reativos para cuidados baseados numa abordagem longitudinal, integral, preventiva e baseada na comunidade, atendendo que a alocação dos recursos depende do tipo de políticas adotadas (WHO, 2016). Ainda no que diz respeito a este modelo, é de referir que para o sucesso deste, é fulcral uma comunicação produtiva e bidirecional dentro das equipas multidisciplinares a constituir (Santana et al.,

2021) e o suporte à autogestão do doente na tentativa de promover a sua participação no processo de decisão e gestão clínica da sua condição (Escoval et al., 2010).

Por último, no que toca aos modelos de base populacional, apresenta maior destaque, num nível macro, o modelo da Kaiser Permanente. Este deve a sua origem à Kaiser Permanente, uma organização de saúde situada na Califórnia (Amelung et al., 2021), e tem como propósito a segmentação de uma dada população em termos de risco de necessitar de cuidados de saúde de um dado sistema de saúde, com a finalidade última de, de acordo com essa mesma segmentação da população, ajustar as formas de resposta consoante as diferentes necessidades (Crisp et al., 2014).

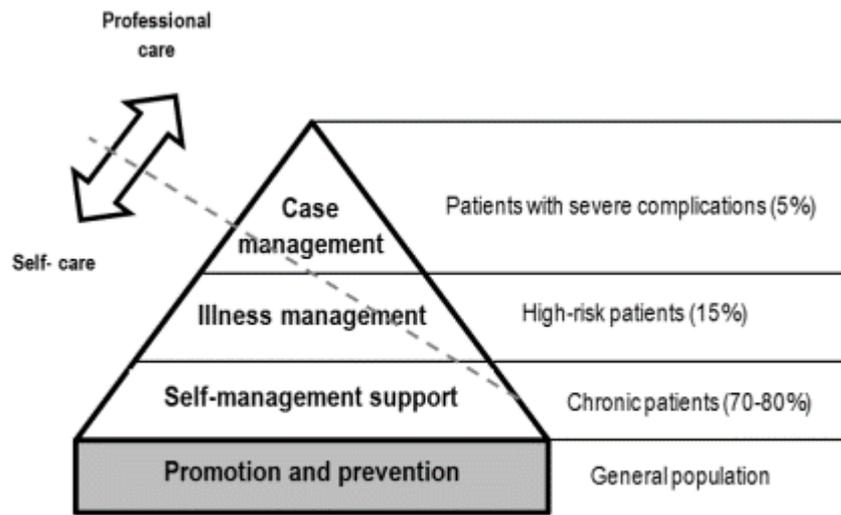
A metodologia de base deste modelo – o ajustamento pelo risco (Costa, 2005) – foi desenvolvida com a intenção de potenciar a qualidade em saúde, em que a avaliação de resultados revelava uma extrema importância, mas que, devido às variações, isto é, às características de risco dos doentes, tal era impossibilitado (Sousa et al., 2008). Neste sentido, com o recurso a esta mesma metodologia passou a ser possível, de forma credível, contabilizar os diferentes riscos associados aos doentes e aferir os resultados esperados e observados (Sousa et al., 2008), sendo que, apesar de não existir apenas uma abordagem de ajustamento pelo risco, os “Diagnosis Related Groups” (em Portugal traduzidos por Grupos de Diagnósticos Homogéneos) são um dos principais sistemas de classificação dos doentes<sup>7</sup>.

Posto isto, retomando ao modelo da Kaiser Permanente, pode-se verificar, através da exemplificativa figura seguinte, que a grande maioria da população se insere em práticas de promoção da saúde e prevenção da doença; uma outra parte da população se insere no apoio para a autogestão da sua condição clínica; uma outra parte se insere em programas de gestão da doença, combinando a autogestão com a assistência profissional; e uma última parte se insere em programas de gestão de caso, combinando também a autogestão com a assistência de um profissional especializado.

---

<sup>7</sup> Os GDH têm como finalidade agrupar episódios de internamento em grupos homogéneos atendendo ao consumo de recursos, tendo em conta, para tal, a duração do internamento (Costa, Lopes e Santana, 2008).

**Figura nº1: Pirâmide Kaiser Permanente**



**Fonte:** Amelung et al., 2021.

## 2.7. Transformação digital

Em sintonia com os desafios já elencados, a inovação digital e a transformação que a mesma acarreta têm levado a administração hospitalar a grandes desafios – sobretudo no que diz respeito às tecnologias de informação e aos concomitantes avanços científicos possibilitadores de novos tratamentos da doença (Santana et al., 2014) –, os quais, na sua maioria, têm de ser vistos como oportunidades e espaços de abertura para uma melhor prestação de serviços.

Começando pelas tecnologias de informação, facilmente se depreende que estas desempenham um contributo essencial no suporte funcional das diversas organizações prestadoras de cuidados de saúde, quer em termos estratégicos, quer em termos operacionais (Santana et al., 2014).

Neste sentido, e dada a atual transformação digital na área da saúde, assiste-se já globalmente a fortes impactos na vida dos doentes, uma vez que, com base num novo paradigma, se tem tentado diminuir os cuidados prestados em hospitais ao reservar esses mesmos cuidados somente a emergências e situações de elevada complexidade (Gonçalves et al., 2020), devendo os restantes cuidados necessários serem prestados com base em novos modelos, tais como a telemonitorização<sup>8</sup> e a integração de cuidados.

Para tal, importa mencionar o papel da gestão da informação recolhida dos doentes, assente em bases de dados, tendo em conta que é uma área indispensável (Rodrigues et al., 2021) e para a qual a inteligência artificial pode contribuir bastante, nomeadamente através de aplicações administrativas (Davenport e Kalakota, 2019) capazes de, a título de exemplo, permitir o desenvolvimento de um processo clínico eletrónico. Embora os atuais processos se insiram em bases digitais, estes são, contudo, reduzidos quanto ao seu potencial, na medida em que as interfaces entre o médico e o computador continuam a criar algumas barreiras, as quais interferem com a atenção a disponibilizar ao doente, assim como, por consequência, com a qualidade assistencial.

---

<sup>8</sup> A telessaúde, estando a criar uma disrupção no modelo tradicional de prestação de cuidados graças à sua facilidade de acesso a uma consulta médica, à redução de tempos de espera e de custos hospitalares, tem já revelado casos específicos de sucesso como é o exemplo do acompanhamento à distância da retinopatia diabética em doentes com diabetes tipo 2 (Ribeiro, 2019).

A par disto, tal como já foi referido, os tratamentos da doença, devido aos avanços científicos, têm também eles evidenciado uma grande evolução e um desafio crescente no sentido de retirar dos mesmos os melhores proveitos.

Tal como Fernandes (2011: p.59) refere: “(...) o progresso da Medicina na segunda metade do século XX foi absolutamente extraordinário (...)”, algo que resultou da investigação médica (Ferreira, 2015) e científica dos mecanismos fundamentais das doenças, da biologia molecular, da genética (Reis, 2004) – cujo desenvolvimento continuou pelo século XXI e o qual certamente continuará, sobretudo no âmbito da nanotecnologia (Escoval et al., 2008; Figueiredo, 2021) – e dos diversos impulsos tecnológicos que permitiram novas perspectivas na imagiologia do corpo humano e na capacidade de intervenções terapêuticas cada vez menos invasivas – pense-se, por exemplo, nas operações sem cicatrizes, como é o caso da cirurgia endoscópica transluminal pelos orifícios naturais (*natural orifice transluminal endoscopic surgery*), as quais espera-se que venham a substituir as cirurgias convencionais, possibilitando a redução de riscos de infeção e uma recuperação mais rápida (Escoval et al., 2008).

Contudo, há que salientar que os custos inerentes a todas as novas tecnologias e avanços clínicos são bastante elevados (Santana et al., 2014), o que exige, mais do que nunca, a necessidade de proceder a avaliações para determinar os benefícios das tecnologias disponíveis em consonância com os recursos disponíveis, algo que é evidenciado pela crescente e atual importância da farmacoeconomia (Fernandes et al., 2011), a qual tem como principal intuito, através de análises descritivas sobre os custos de uma dada medida terapêutica para o sistema de saúde e para a sociedade, apoiar a tomada de decisão quanto à adoção de novos produtos farmacêuticos e de novas intervenções de saúde (Biswakarma e Wadhawan, 2020).

Por último, no que toca a esta geral transformação digital, verifica-se também que a mesma acarreta grandes desafios, principalmente no que toca à gestão das organizações de saúde e ao modo de estas se adaptarem, adotando respostas que permitam uma melhor reafectação dos recursos, algo que certamente passará, à semelhança dos modelos integradores de cuidados, pelo crescimento do ambulatório, uma vez que a minimização da duração de internamento, em substituição com o ambulatório programado, parece constituir uma decisão vantajosa em termos de qualidade assistencial e em termos de eficiência e economicidade (Santana et al., 2014).

Tendo em conta que mais de 50% dos custos dos hospitais de agudos estão associados aos internamentos, torna-se impreterível, económica e estrategicamente, fazer uma melhor gestão de modo a reduzir esses mesmos custos e realocá-los para áreas de maior efetividade (Rodrigues et al., 2021).

Neste sentido, pode-se mencionar especificamente a hospitalização domiciliária, a qual se resume ao conjunto de serviços de saúde prestados no local onde os doentes residem, em alteração à habitual recorrência ao hospital (Crisp et al., 2014). Esta é uma prática que tem evoluído e levado as políticas nacionais e internacionais a incrementar essa mesma evolução (Crisp et al., 2014), não sendo Portugal exceção. Em Portugal, a criação e a implementação do primeiro programa de hospitalização domiciliária ocorreu no Hospital Garcia e Horta, tendo sido posteriormente emitida, devido ao sucesso do mesmo, a estratégia de implementação da hospitalização domiciliária no SNS (Despacho n.º 9323-A/2018) (Azevedo, 2020; Delerue e Correia, 2018; Rodrigues et al., 2021).

## 2.8. Integração de cuidados – um modelo organizacional sustentável

Em resposta aos desafios anteriormente enunciados, torna-se evidente que a atual oferta de cuidados de saúde tem de deixar de ser centrada na doença para passar a ser centrada no doente (WHO, 2015), pois só desta forma se poderá superar a atual estrutura de cuidados fragmentada através de um melhor controle de consumos e custos globais, algo que acabará por proporcionar uma melhor compreensão do próprio acesso aos cuidados de saúde (Santana et al., 2014).

Tendo em conta o contexto descrito, é no âmbito da resposta a esse mesmo contexto que surge o movimento de integração de cuidados de saúde como forma alternativa de organização da oferta de cuidados de saúde (Ribeiro et al., 2011), o qual tem como intuito apelar a uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados, assim como também entre estes e o setor social (Santana et al., 2021) e, ainda, as áreas comunitárias que, em conjunto com os restantes setores, permitem otimizar determinadas respostas (DGS, 2014).

Tendo a criação de organizações integradas como principais objetivos a redução da fragmentação do sistema de saúde – algo essencialmente derivado pela ausência de “*clinical pathways*” ajustados aos diferentes doentes (Ribeiro et al., 2011) –, a melhoria da qualidade assistencial e o maior foco no doente e nas suas respetivas necessidades (Bernardino, 2020), importa referir que a integração aqui tratada, tal como já referido, não se prende somente com a integração de cuidados de saúde, mas com a integração de cuidados, entendida esta como sendo mais abrangente do que a primeira, na medida em que engloba cuidados não exclusivos ao setor da saúde, e sendo esta categorizada por quatro dimensões: estrutural, funcional, normativa e sistémica (Santana et al., 2021).

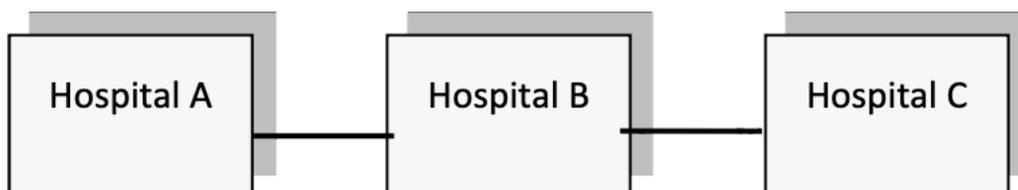
## 2.9. Dimensão estrutural

Relativamente aos processos de integração, a dimensão estrutural assume-se como uma das principais dimensões, entendendo-se por esta a reconfiguração da estrutura organizacional do sistema, a qual implica, inevitavelmente, a modificação dos organogramas individuais das entidades que passam a constituir uma nova estrutura (Santana e Costa, 2008).

Esta dimensão pode ser dividida em dois exemplos característicos: a integração horizontal e a integração vertical. Trata-se de um processo de integração horizontal quando uma única entidade passa a ser a responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados – algo que resulta da fusão entre duas ou mais instituições e tem como principal objetivo a geração de economias de escala e de poder de mercado (Santana et al., 2021).

Um exemplo deste processo de integração horizontal pode ser, tal como a figura seguinte ilustra, a fusão de dois ou mais hospitais.

**Figura nº2:** Integração horizontal



**Fonte:** Santana et al., 2014.

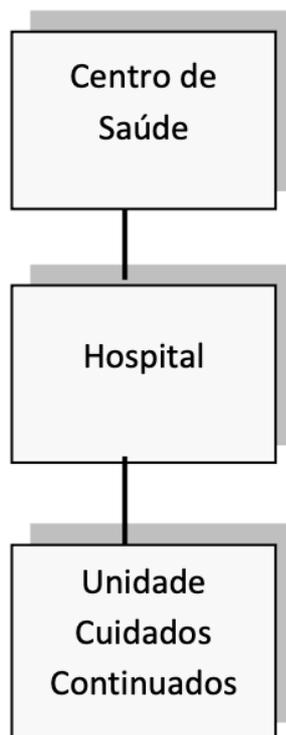
Trata-se de um processo de integração vertical quando uma entidade possui o controlo de, pelo menos, duas organizações, as quais prestam diferentes níveis de cuidados, sendo que uma delas utiliza como *input* o *output* da outra (Santana e Costa, 2008).

No fundo, aquilo que se verifica com este tipo de estratégia organizacional é a tentativa de potenciar uma melhor gestão das cadeias operacionais, de modo a possibilitar um

*continuum* de cuidados, com o intuito último de melhorar o estado de saúde de uma população de um dado contexto geodemográfico.

Um exemplo deste processo de integração vertical pode ser, tal como a figura 3 ilustra, a junção de um centro de saúde com um hospital e uma unidade de cuidados continuados.

**Figura nº3:** Integração vertical



**Fonte:** Santana et al., 2014.

## **2.10. Dimensão funcional**

No que toca à dimensão funcional, esta assenta, sobretudo, na coordenação entre as diferentes atividades desenvolvidas nas unidades operacionais, tentando maximizar ao máximo o valor para o doente (Santana et al., 2014).

Esta é uma dimensão fundamental dos processos de integração, principalmente de integração vertical, uma vez que sem a coordenação entre as diferentes unidades prestadoras dificilmente se conseguem atingir as potenciais vantagens, os ganhos de eficiência desejados e a redução de custos pretendida (Santana et al., 2014).

Ainda relativamente a esta dimensão, a mesma é composta pela integração clínica, a integração informativa, a integração financeira e a integração administrativa.

### **2.10.1. Integração clínica**

No âmbito da dimensão funcional, a integração clínica torna-se imprescindível para a boa coordenação dos procedimentos que envolvem os prestadores de cuidados de saúde, especialmente quando se trata de diferentes níveis de cuidados, o que exige preferencialmente uma coordenação multidisciplinar, atendendo ao carácter multiproduto da prestação de cuidados de saúde que, no âmbito da integração de cuidados, tem sempre em atenção um continuum cuidado, embora não se tratar aqui de uma cadeia de produção ininterrupta (Santana e Costa, 2008).

Posto isto, pode-se afirmar que a integração clínica tem como principal função promover a coordenação da prestação de cuidados de saúde ao longo do tempo, assentando esta em seis componentes base: o desenvolvimento de protocolos clínicos; a uniformização e acesso a registos clínicos; a recolha e utilização de resultados clínicos; a planificação clínica; a partilha de serviços clínicos de suporte; e a partilha das linhas de produção clínicas (Santana et al., 2021).

Para exponenciar os seus pilares, a integração clínica deve, portanto, procurar incentivar a uniformização de cuidados através de práticas baseadas em evidência (Machta, Maurer, Jones, Furukawa e Rich, 2019), as quais permitam alicerçar a continuidade de cuidados, a coordenação dos mesmos, a já referida gestão integrada da doença, seja a nível macro, meso

ou micro (Curry e Ham, 2010), a comunicação e a transferência de informação entre os diversos prestadores (Porter, Pabo e Lee, 2013) e, acima de tudo, a redução da duplicação de exames e de procedimentos (Santana et al., 2014), a qual, para além de aumentar os gastos desnecessários em saúde, expõe o paciente, muitas das vezes, à ocorrência de eventos adversos<sup>9</sup> (Rotter et al., 2012).

A par da já descrita e mencionada gestão integrada da doença, a qual assume um papel considerável numa medicina mais ativa e não limitada à tradicional reatividade no que toca aos episódios de tratamento, importa também referir que relativamente à integração clínica está implícita nesta alteração estrutural uma redefinição estratégica a qual remete a gestão da doença para fases anteriores do ciclo de tratamento, tais como a promoção da saúde e a prevenção da doença (Santana et al., 2014).

Nesse sentido, aquilo que está em causa é a procura pela redução de consumos em fases mais avançadas da doença através de uma melhor gestão de recursos. Deste modo, tal como Dias (2015: p.18) refere: “(...) a melhor abordagem para reduzir custos passa muitas vezes por aumentar despesas em determinados serviços mais eficientes que possam reduzir as necessidades de outros serviços de menor valor. Os dados indicam claramente que os investimentos crescentes na prevenção de doença e nos cuidados de saúde primários podem reduzir a pressão crescente sobre os serviços de urgência, muito mais dispendiosos.”

Contudo, tal ainda não se verifica. Apesar de os CSP deverem ser o primeiro contacto do cidadão com o SNS – não contabilizando aqui situações de urgência e tendo em conta que o acesso a cuidados hospitalares deve ocorrer quando o médico de família indica essa necessidade e referencia o doente – na prática nem sempre se verifica isso, assistindo-se muitas vezes à desvalorização dos cuidados primários em prol da utilização direta dos serviços de urgência dos hospitais que, em muitos casos, não era necessária, havendo a possibilidade de tratamento no centro de saúde com provavelmente inferiores custos associados (Simões et al., 2010).

Face a esta situação, torna-se oportuno apelar à importância da medicina preventiva, a qual se pratica por via de outros níveis de prestadores de cuidados de saúde que não o hospital, devendo este último funcionar somente como reserva em casos de agudização de doenças (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010). Para que assim seja, é fundamental uma boa

---

<sup>9</sup> Fala-se de eventos adversos quando se verifica o acontecimento de um evento negativo, ou seja, indesejável, o qual deriva do tratamento, mas não da doença ou das co-morbilidades associadas (Fragata et al., 2006).

integração de cuidados através de uma maior descentralização, flexibilidade e uma melhoria nos níveis dos serviços (Simões et al., 2010), sobretudo no que diz respeito à governação clínica destes.

No que toca à governação clínica (*clinical governance*) das organizações prestadoras de cuidados de saúde, contrariamente ao que se sucedia no passado, em que esta era caracterizada como a componente responsável pela melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e pela garantia de determinados padrões de cuidados através de um ambiente estimulante dos resultados clínicos – principalmente através de uma cultura aberta e participativa, da definição de linhas de responsabilidade, da existência de programas específicos para a melhoria da qualidade, da disseminação de práticas baseadas em evidência e da implementação de programas de gestão do risco clínico – contactou-se, com o passar do tempo, que as componentes da governação clínica eram demasiado redutoras dado o facto de a qualidade dos cuidados depender de outras questões para além da prática médica, tais como os diversos *inputs* – fossem recursos financeiros, humanos ou outros –, as diversas estruturas e os diversos processos (Rodrigues et al., 2021).

Posto isto, a governação clínica sofreu uma mudança de paradigma ao passar esta a ser pensada no contexto da governação das várias organizações prestadoras de cuidados de saúde inseridas nos sistemas de saúde, da *corporate governance* e dos serviços não clínicos (Rodrigues et al., 2021).

Tal fenómeno revela a importância de, no que toca à integração de cuidados, articular a atividade clínica com as restantes atividades, algo que é facilmente compreendido pelo facto de a dimensão funcional ser também composta, como já salientado, pela integração da informação, pela integração financeira e administrativa.

### **2.10.2. Integração da informação**

Relativamente à integração da informação, esta, com base em recursos tecnológicos, visa essencialmente a interligação automatizada da atividade desenvolvida através de uma melhor agregação e tratamento de informação (Santana et al., 2021).

Atendendo ao facto de a informação ser considerada como um dos principais recursos de uma qualquer organização, no que toca a processos de integração a ausência de um sistema

de informação pode apresentar grandes dificuldades para o sucesso do mesmo (Santana et al., 2014).

Devido à consciencialização do enunciado, a utilização de tecnologias de informação e comunicação têm constituído uma das grandes prioridades das políticas de saúde, sobretudo no que diz respeito à partilha de informação clínica, a qual pode contribuir bastante como meio de suporte à prestação de cuidados pela possibilidade de troca de informação entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis, com especial destaque para os dos CSP e hospitalares (Simões et al., 2010).

A par disto, a utilização das tecnologias pode também ela produzir efeitos benéficos na gestão integrada da doença. Tendo por base o princípio da autonomia do paciente, em que se assegura que este tem capacidade para autonomamente colaborar na gestão da sua própria saúde (Rubeis, Schochow e Steger, 2018), as tecnologias poderão possibilitar um maior desenvolvimento de modelos de acompanhamento clínico (Leviton et al., 2019), sendo para tal necessário, para além das plataformas tecnológicas capazes de cumprir os requisitos de comunicação e integração de informação, proceder, através de uma sólida promoção da literacia para a saúde, à formação de doentes no sentido de estes se tornarem capazes de aceder a informação relativamente a procedimentos e comportamentos a tomar com o intuito de exponenciar o estado clínico dos mesmos (Gonçalves et al., 2020).

No mesmo sentido, torna-se relevante que as diversas organizações de saúde garantam uma mudança organizacional efetiva de modo a possibilitarem a implementação crescente deste tipo de práticas relacionadas com a telemonitorização (Christensen, 2018). Tal como Filipa Baptista e Hugo Marques referem: “A eficácia de estratégias implementadas passa por uma abordagem global da gestão da doença, centrada no doente, nomeadamente desde o período anterior à alta hospitalar, incluindo a monitorização domiciliária, à intervenção precoce perante os primeiros sinais de agudização da doença, devendo existir uma reestruturação de processos e uma reengenharia organizacional das instituições prestadoras de cuidados.” (Gonçalves et al., 2020: p.59).

Este modo de prestação de cuidados de saúde com base num acompanhamento remoto através de tecnologias de informação tem vindo a ser avaliado através de diversos estudos, evidenciando os mesmos o facto de este ser bastante vantajoso na abordagem a diferentes doenças crónicas, tais como a insuficiência cardíaca, a doença pulmonar crónica, a asma, a diabetes ou o cancro (Gonçalves et al., 2020).

A acrescentar a isto, também se constata que face ao modelo convencional, a telemonitorização permite a redução de custos, devido a uma redução substancial na utilização de recursos, assim como também a redução do número de hospitalizações (Klersy et al., 2011).

Posto isto, resta ainda referir que os potenciais benefícios da telemonitorização dependem de abordagens integradas capazes de identificar e atender necessidades bem definidas. Não obstante, tanto uma como a outra dependem da interoperabilidade de sistemas de informação e comunicação em todo o continuum dos cuidados, pois só estando este elemento técnico assegurado se poderá beneficiar de sistemas de informação de cuidados integrados em geral e de telessaúde em particular (Stroetmann et al., 2010).

### **2.10.3. Integração financeira**

Assim como já foi exposto, em contextos de prestação de cuidados de saúde de forma integrada, a responsabilidade não se limita somente à saúde global da população e à gestão dos doentes, abrangendo esta também a garantia de intervenções custo-efetivas, uma vez que o desenvolvimento estratégico e operacional de uma qualquer organização de saúde depende da sustentabilidade económico-financeira da mesma (Santana et al., 2014).

Deste ponto de vista, para proporcionar o correto funcionamento da organização, é, portanto, importante fazer uma boa gestão financeira, a qual deve ter como pressuposto a coordenação das atividades a desenvolver e os respetivos recursos financeiros necessários (Santana et al., 2021).

Contudo, contrariamente ao que se tem sucedido, sobretudo em cuidados hospitalares, onde predominam ainda os modelos retrospectivos de financiamento, em que a base do pagamento deriva da despesa histórica decorrente do tratamento de doentes em anos anteriores (Rego et al., 2010), em modelos de integração de cuidados dever-se-á proceder a uma mudança de paradigma, abandonando o foco tradicional nos recursos necessários para tratar um doente – variável de oferta – e substituindo-o pelo foco nos recursos que um dado doente necessita para ser tratado – variável de procura (Santana et al., 2014). Esta alteração tem como intuito colocar no centro de toda a produção o doente e os resultados clínicos deste, gerando o maior valor possível.

Deste modo, a procura de valor acrescentado para cada doente passará pela medição dos custos e resultados de cada procedimento inserido nos cuidados necessários para alcançar a recuperação da saúde relativa a uma determinada condição clínica – o que possibilitará alcançar o valor técnico (Gonçalves et al., 2020), ou seja, a capacidade de prestar cuidados de maior qualidade e numa abordagem de proximidade e humanização, em que cada doente recebe um tratamento ajustado às suas concretas necessidades (Rodrigues et al., 2021).

Por sua vez, com base no valor técnico poder-se-ão explorar novas possibilidades de melhoria no âmbito do planeamento prospetivo (Barros, 2021) ao se extrapolar, através da garantia de condições e informação, o valor criado para cada doente para toda uma população inteira, acabando, assim, por se atingir melhores resultados também ao nível do valor alocativo (Gonçalves et al., 2020).

Por último, com base nos dois tipos de valor descritos, torna-se possível medir o valor social, isto é, o valor criado por cada política de saúde em relação ao seu impacto na comunidade e no conjunto de políticas públicas, nomeadamente no que diz respeito ao bem-estar atingido, às doenças evitadas e até mesmo às despesas evitadas com a segurança social ou as receitas fiscais arrecadadas devido à permanência de uma população ativa e saudável (Gonçalves et al., 2020).

Ainda referente à integração financeira, tendo em conta o enorme peso do doente crónico complexo no SNS, o qual se vai acentuando e se traduzindo em múltiplos recursos ao serviço de urgência e em inúmeras hospitalizações com tempos de internamento alargados (Rodrigues et al., 2021), importa salientar a relevância de decisões produtivas mais racionais entre linhas de produção, as quais permitam a utilização de bens substitutos, especialmente entre internamento e ambulatório (Santana et al., 2014).

Assim sendo, torna-se necessário desenvolver novas modalidades de medicina hospitalar de ambulatório com o propósito de garantir alternativas ao internamento, destacando-se entre elas: os hospitais de dia e as consultas abertas, através das quais o doente, ao recorrer ao hospital, recebe um tratamento de investigação diagnóstica, voltando o mesmo a casa no mesmo dia; as consultas de reavaliação precoce após a alta hospitalar, através das quais se procede a um agendamento de consultas de reavaliação logo na primeira semana após a alta; e as consultas de diagnóstico rápido, através das quais se abordam doentes com condições específicas e aos quais se realizam exames complementares (Rodrigues et al., 2021).

#### **2.10.4. Integração administrativa**

Por fim, ainda dentro da dimensão funcional, insere-se a integração administrativa, a qual acentua a importância da uniformização de procedimentos administrativos entre as unidades integradas, nomeadamente o tratamento e a partilha dos dados e registos eletrônicos de saúde (Burns e Elliott, 2016; Maruthappu, Hasan e Zeltner, 2015), e da centralização dos procedimentos logísticos, entre os quais se destacam as compras, o aprovisionamento, os transportes, entre outros (Santana et al., 2021).

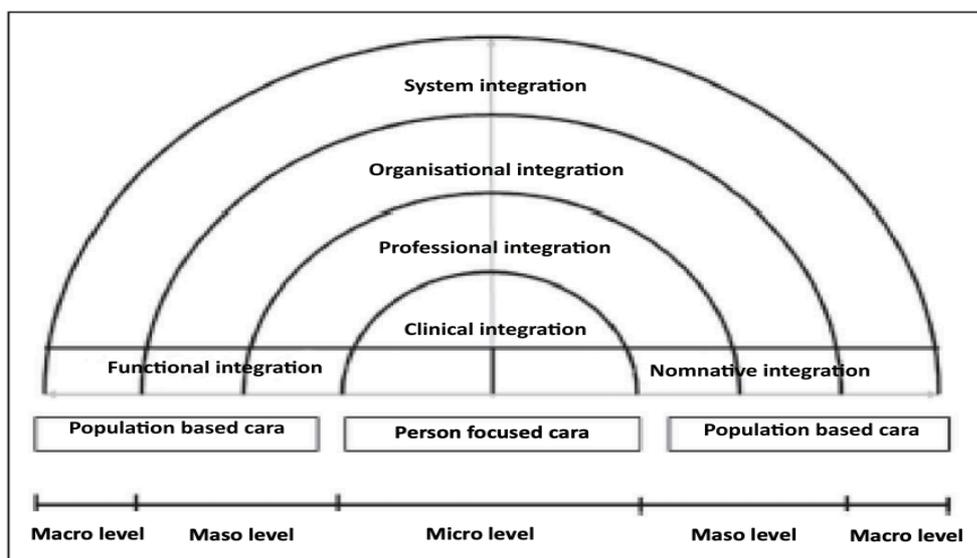
A acrescentar ao supracitado, pode-se ainda afirmar que é através da integração administrativa que se possibilita o desenvolvimento de um planeamento abrangente, atendendo ao facto de, em vez da construção de hospitais independentes, o governo poder adotar uma abordagem holística ao emitir políticas orientadoras que favoreçam a descentralização e garantam o desenvolvimento de um ecossistema de saúde inteligente, no qual todas as partes interessadas têm a oportunidade de colaborar (Chen, Baur, Stepniak e Wang, 2019).

## 2.11. Dimensão normativa

Quanto à dimensão normativa, esta resume-se ao conjunto de procedimentos internos uniformizados e ao sistema de referência de valores estabelecido com o propósito de fundamentar o projeto coletivo de integração em determinados princípios partilhados e comuns a todos os envolvidos (Santana et al., 2021).

Esta é uma dimensão que deve ser tida em conta em simultâneo com a dimensão funcional, pois só a sua eficaz conectividade permite o funcionamento do sistema integrado entre vários níveis (Amelung et al., 2021).

**Figura nº4:** Modelo Arco-íris de cuidados integrados



**Fonte:** Nurjono, Valentijn, Bautista, Wei e Vrijhoef, 2016.

Destarte, graças também à dimensão normativa torna-se possível desenvolver uma visão partilhada, originar a reciprocidade de comportamentos, obter ganhos mútuos, distribuir lideranças e partilhar normas e valores (Amelung et al., 2021), nomeadamente os relacionados com a colaboração, a coordenação, a transparência, a emancipação, a partilha de responsabilidades, a sustentabilidade, a flexibilidade, entre outros (Zonneveld, Driessen, Stüssgen e Minkman, 2018).

## 2.12. Dimensão sistémica

Por último, situa-se a dimensão sistémica, a qual visa estruturar as organizações de saúde num sistema harmonioso, dotado de sinergias capazes de alcançar objetivos comuns, dentro de um determinado contexto ambiental (Santana et al., 2014).

Tendo como foco principal a integração da organização como um todo e a interligação das diferentes unidades envolvidas (Santana et al., 2021), a dimensão sistémica deve, para tal, procurar estimular as sinergias entre os elementos constituintes do sistema, de modo a, no que toca à cadeia de valor, promover um acompanhamento contínuo entre os diferentes níveis de cuidados; uma maior flexibilidade por parte do sistema integrado, de modo a superar os desafios do ambiente externo e a se adaptar a novos contextos; e, ainda, com base em mecanismos retroativos capazes de avaliar os resultados finais, controlar todos os processos de produção, de modo a proceder aos constantes ajustamentos necessários, sobretudo no âmbito do ciclo de qualidade das organizações em causa (Santana et al., 2014).

Dentro ainda da dimensão sistémica, é de referir que este nível de integração inclui o alinhamento de políticas e incentivos (Santana et al., 2021), tendo estes, inclusive, uma grande preponderância (González-Ortiz, Calciolari, Goodwin e Stein 2018). Neste sentido, colocar na agenda política a cronicidade como fenómeno ou os doentes crónicos como principais recetores de cuidados especializados (Amelung et al., 2021) é fundamental para apelar a uma maior implementação de modelos organizacionais capazes de adequar as suas respostas a este cenário específico.

Embora nas últimas décadas se tenha já assistido ao desenho de programas de gestão da doença crónica com o intuito de melhorar a acessibilidade, eficiência e qualidade dos cuidados (Amelung et al., 2021) – sendo um exemplo disso a implementação em Portugal, desde 2008, do modelo de gestão integrada da doença renal crónica (Despacho nº4325/2008) (Coelho, Diniz, Hartz e Dussault, 2014) –, verifica-se ainda uma elevada fragmentação e atomização dos cuidados de saúde, sendo, portanto, necessário continuar a promover ativamente a integração de cuidados (Rodrigues et al., 2021).

### 2.13. Integração de cuidados e redução dos internamentos evitáveis

Uma das principais vantagens do modelo organizacional que até aqui tem vindo a ser destacada é precisamente a melhor coordenação entre os diferentes níveis de cuidados – assim como também entre os diferentes setores, seja o da saúde, o social<sup>10</sup> ou outro (Santana, Szczygiel e Redondo, 2014) –, algo que, quando não bem conseguido, leva a *outcomes* indesejados como, por exemplo, os internamentos evitáveis.

Destarte, atendendo a alguns estudos já realizados, verifica-se que Portugal tem apresentado, nos últimos tempos, um elevado número de hospitalizações, as quais poderiam ter sido evitadas (Geraldês, 2020; Rocha, Marques, Moita e Santana, 2020; Rocha, Santana e Tello, 2020; Sarmiento, Rocha e Santana, 2020; WHO, 2016).

Face a tudo isso, constata-se que a integração de cuidados se apresenta como um possível modelo sustentável capaz de contribuir bastante para a redução dos internamentos evitáveis (Fernandes et al., 2019; Lopes et al., 2017), os quais revelam os níveis de ineficiência do sistema de saúde, sobretudo no âmbito dos CSP e nas dimensões da acessibilidade, da promoção e da prevenção (Rocha, Marques, Moita e Santana, 2020).

Ainda no que diz respeito a este tipo de eventos – os internamentos evitáveis –, as “*Ambulatory Care Sensitive Conditions*” (“Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório”) têm sido encaradas como um bom indicador para a determinação destes, sendo a denominação “Internamentos por causas sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários” considerada conceptualmente, em Portugal, a mais adequada (Sarmiento, Alves, Oliveira, Sebastião e Santana, 2015). Estas, para além de serem consideradas um bom indicador no que toca à aferição dos internamentos evitáveis, ao analisarem as condições para as quais os cuidados ambulatoriais efetivos e precoces poderiam ter evitado ou diminuído a taxa de hospitalizações, as mesmas são também descritas como um bom indicador para aferir o acesso aos cuidados de saúde e para a importância de estabelecer a integração de cuidados como uma prioridade das políticas de saúde (Dantas, Santana, Sarmiento e Aguiar, 2016).

---

<sup>10</sup> Relembre-se a já mencionada RNCCI, a qual tem, desde a sua criação em 2006, apresentado um crescimento significativo (Santana et al., 2017).

### **Capítulo III. Estudo de caso**

Com o presente estudo de caso pretende-se consolidar e complementar o texto teórico desenvolvido até aqui, tendo como foco principal a análise dos internamentos evitáveis ocorridos em dois centros hospitalares: o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E..

Deste modo, com base num método analítico retrospectivo, tenciona-se concretamente determinar a taxa bruta de internamentos evitáveis de ambos os centros hospitalares, analisar quais as patologias que mais contribuíram para esses mesmos internamentos e, por último, através do recurso à estatística descritiva, perceber os internamentos evitáveis, discutindo-se e comparando as possíveis causas dos mesmos, as respetivas consequências e ainda algumas possíveis soluções para a sua diminuição.

### 3.1. Metodologia

O presente estudo usa metodologia qualitativa e quantitativa e visa determinar, num espaço de três anos, os internamentos evitáveis de dois centros hospitalares – o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. –, recorrendo-se, para o efeito, do indicador “*Ambulatory Care Sensitive Conditions*”, de acordo com a metodologia canadiana desenvolvida pelo *Canadian Institute for Health Information* (CIHI)<sup>11</sup>. Este instrumento metodológico faz um rácio tendo por base o denominador onde se reporta a população total abaixo dos 75 anos de uma dada zona territorial e no numerador reporta-se o número total de hospitalizações por cuidados agudos de condições sensíveis a cuidados ambulatoriais em pacientes com menos de 75 anos, aferindo a taxa de hospitalização de cuidados agudos relativamente a condições em que os cuidados ambulatoriais apropriados poderiam prevenir ou reduzir a necessidade de internamento hospitalar.

Assim sendo, com o apoio da Administração Regional da Saúde do Centro relativamente à recolha do número de internamentos de cuidados agudos de pacientes detentores de condições sensíveis a cuidados de ambulatório e do Instituto Nacional de Estatística relativamente ao número populacional da amostra – assumindo os dados obtidos nos censos de 2021, uma vez que a observação incide sobre os anos 2017, 2018 e 2019, e reportando-se estes aos distritos de Leiria e de Aveiro, na medida em que tais distritos correspondem à respetiva localização e abrangência territorial de ambos os centros hospitalares em análise.

Ora, adotando a já mencionada metodologia canadiana, o principal objetivo será, portanto, calcular a taxa de hospitalização de cuidados agudos, em específico aqueles relativos a condições cujo cuidado ambulatorio preventivo poderia ter contribuído para evitar a admissão hospitalar, por 100.000 habitantes com menos de 75 anos. No fundo, para obter esta informação estatística, proceder-se-á ao seguinte cálculo para cada um dos centros hospitalares: o número total de hospitalizações de pacientes com condições sensíveis a cuidado ambulatorio com menos de 75 anos a dividir pela população total abaixo dos 75 anos dos respetivos distritos vezes 100.000, de modo a realizar o ajuste de idade.

---

<sup>11</sup> Canadian Institute for Health Information. *Ambulatory Care Sensitive Conditions* [indicator]. Disponível em: <<https://www.cihi.ca/en/indicators/ambulatory-care-sensitive-conditions>>. Consultado a 12 de fevereiro de 2022.

Relativamente às condições sensíveis a cuidado ambulatorio que servem de critério de inclusão no cálculo dos internamentos evitáveis – as “*Ambulatory Care Sensitive Conditions*” –, seguindo a metodologia referida<sup>12</sup> e de acordo com o sistema de classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH)<sup>13</sup> retiraram-se as seguintes classificações: a doença pulmonar obstrutiva crónica (código 140); a insuficiência cardíaca (código 194); a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (código 198); a hipertensão arterial (código 199).

Por último, é ainda de referir que são critérios de exclusão as mortes antes da alta, os indivíduos de idades superiores a 75 anos e as categorias de admissão registadas como recém-nascido e natimorto.

---

<sup>12</sup> Advertindo-se para o facto de terem sido consideradas todas as doenças do indicador, excetuando-se a asma e a diabetes devido ao desprovimento de dados relativamente a essas patologias.

<sup>13</sup> Portaria n.º 207/2017. Disponível em: <<https://data.dre.pt/eli/port/207/2017/07/11/p/dre/pt/html>>. Consultado a 12 de abril de 2022.

### 3.2. Amostra

Os dados estatísticos do presente estudo foram recolhidos na sede da Administração Regional da Saúde do Centro, através da base de dados BIMH – uma base de dados que inclui episódios hospitalares de internamento e ambulatório codificados de acordo com a “International Classification of Diseases”.

Agrupados estes com o auxílio do software Microsoft Excel, verificou-se que, relativamente ao Centro Hospitalar de Leira, E.P.E., registaram-se, em 2017, 2018 e 2019, 2510 internamentos provocados por doença pulmonar obstrutiva crónica; 3160 internamentos por insuficiência cardíaca; 33 internamentos por angina de peito e/ou aterosclerose coronária; e, por último, 87 internamentos por hipertensão arterial. Relativamente ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., registaram-se, durante os mesmos anos, 612 internamentos provocados por doença pulmonar obstrutiva crónica; 1814 internamentos por insuficiência cardíaca; 159 internamentos por angina de peito e/ou aterosclerose coronária; e, por último, 19 internamentos por hipertensão arterial.

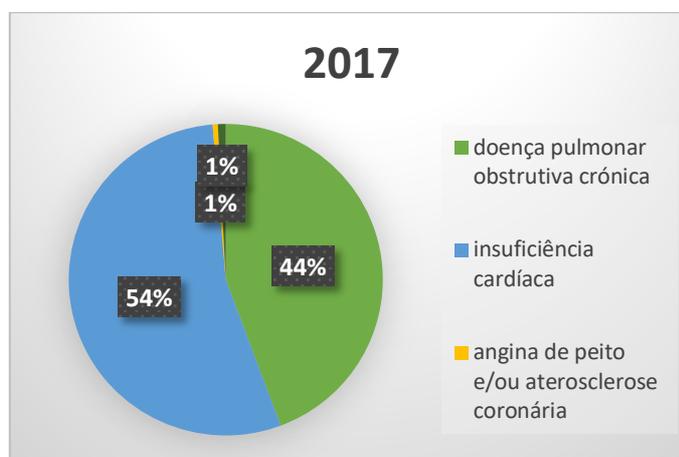
Os internamentos aqui reportados foram apurados com base na população do distrito de cada uma das unidades hospitalares referidas no parágrafo anterior. Neste sentido, e de acordo com a População residente (N.º) por Local de residência e Grupo etário; com recurso ao Decenal – INE e Recenseamento da população e habitação - Censos 2021, o presente estudo inclui, relativamente à região de Leiria, um total de 250 581 habitantes e, relativamente à região de Aveiro, um total de 325 871 habitantes.

### 3.3. Análise de dados

Relativamente ao apuramento de internamentos evitáveis, também já referidos como Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório (ICSCA), foram incluídos no presente estudo um total de 8394 internamentos: 2663 em 2017, 3168 em 2018 e 2563 em 2019.

Dos internamentos em causa, relativamente ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. e considerando as patologias já referidas, constou-se, como se pode verificar no seguinte gráfico, que, em 2017, as patologias que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 1864 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (1013 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (826 internamentos), a hipertensão arterial (15 internamentos) e, por último, a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (10 internamentos).

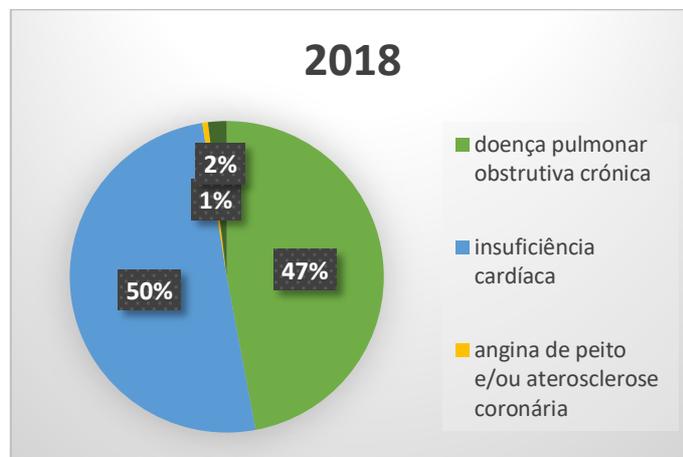
**Gráfico n°1:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2017 – Centro Hospitalar de Leiria



**Fonte:** elaboração própria.

Relativamente ao mesmo Centro Hospitalar e considerando as mesmas patologias, constou-se que, em 2018, as patologias que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 2244 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (1132 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (1056 internamentos), a hipertensão arterial (43 internamentos) e, por último, a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (13 internamentos).

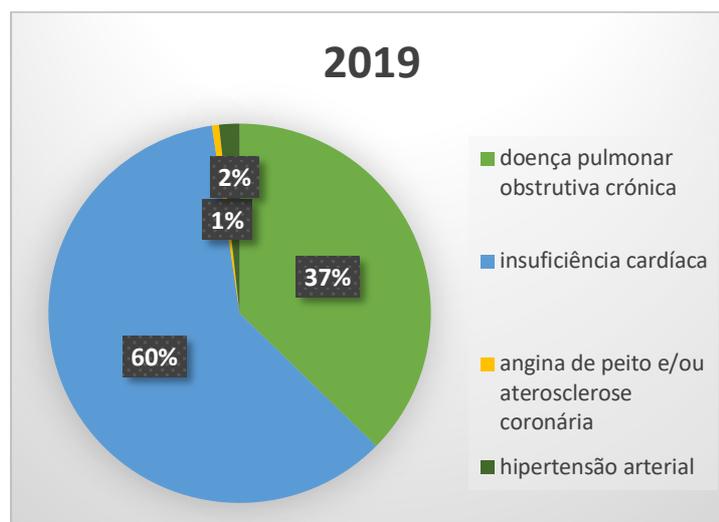
**Gráfico n°2:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2018 – Centro Hospitalar de Leiria



**Fonte:** elaboração própria.

De seguida, em 2019, as patologias que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 1682 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (1015 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (628 internamentos), a hipertensão arterial (29 internamentos) e, por último, a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (10 internamentos).

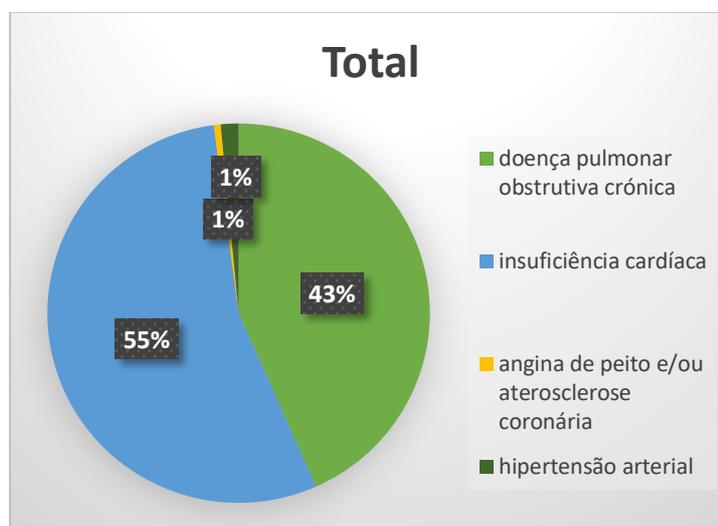
**Gráfico n°3:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2019 – Centro Hospitalar de Leiria



**Fonte:** elaboração própria.

Ainda relativamente ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., no total, ou seja, analisando o conjunto dos três anos, as patologias que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 5790 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (3160 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (2510 internamentos), a hipertensão arterial (87 internamentos) e, por último, a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (33 internamentos).

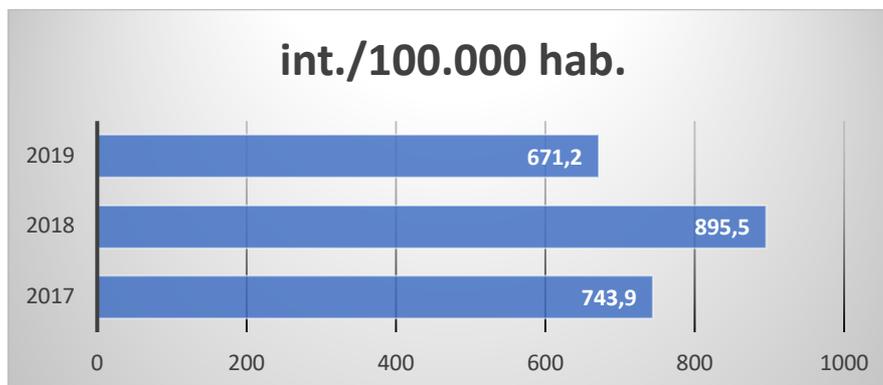
**Gráfico nº4:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA nos anos 2017/2018/2019  
– Centro Hospitalar de Leiria



**Fonte:** elaboração própria.

Ainda relativamente ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., mas já no que diz respeito à taxa bruta de internamentos evitáveis, conclui-se, após o tratamento de dados, que em 2017 a mesma foi de 743,9 int./100.000 hab., em 2018 de 895,5 int./100.000 hab. e em 2019 de 671,2 int./100.000 hab., tendo o total dos três anos resultado numa taxa de 2310,6 int./100.000 hab..

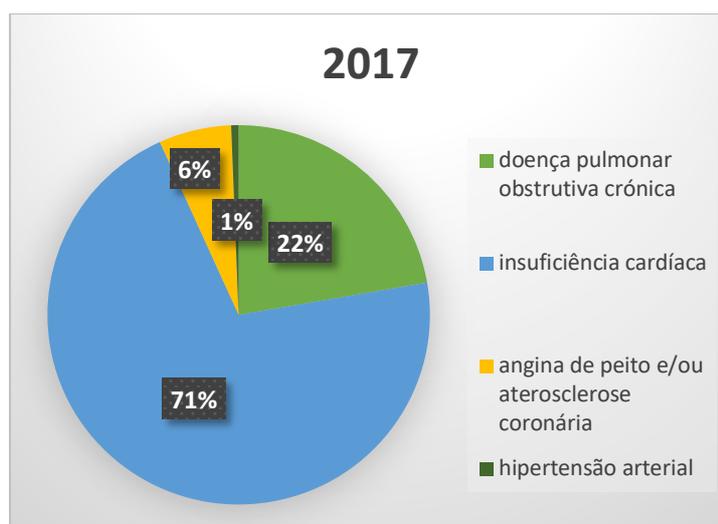
**Gráfico nº5:** Taxa bruta de internamentos evitáveis dos anos 2017/2018/2019 – Centro Hospitalar de Leiria



**Fonte:** elaboração própria.

No que toca ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., apurou-se, tal como o gráfico nº6 o demonstra, que, em 2017, as patologias que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 799 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (567 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (178 internamentos), a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (49 internamentos) e, por último, a hipertensão arterial (5 internamentos).

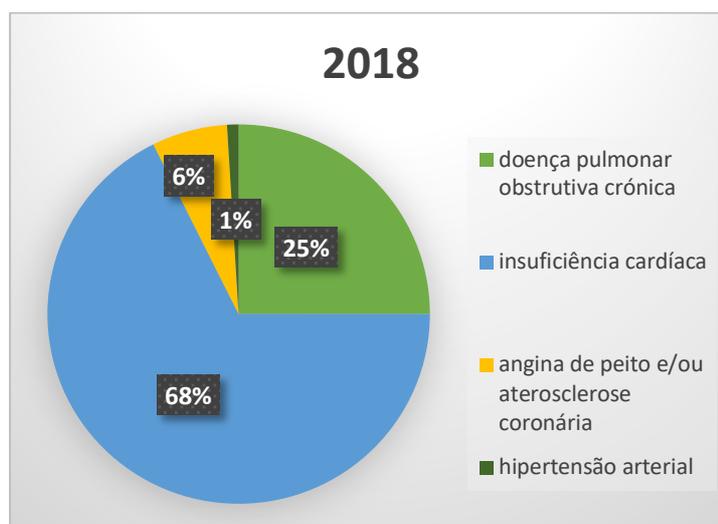
**Gráfico nº6:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2017 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga



**Fonte:** elaboração própria.

Em 2018, as patologias que mais contribuíram no mesmo Centro Hospitalar para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 924 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (625 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (231 internamentos), a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (59 internamentos) e, por último, a hipertensão arterial (9 internamentos).

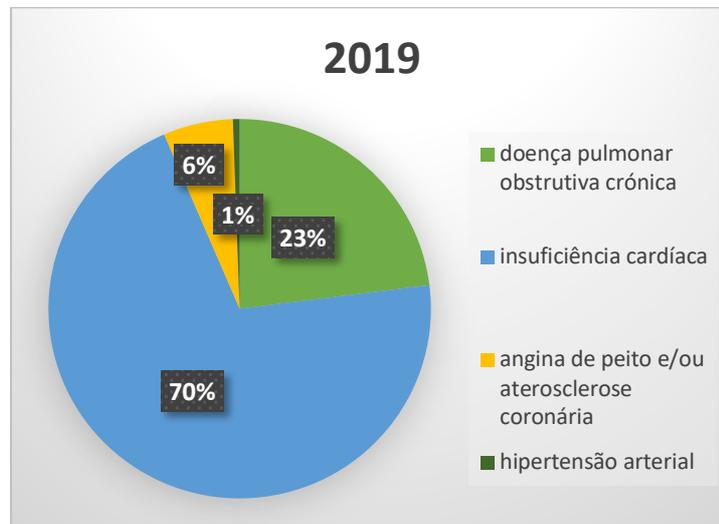
**Gráfico nº7:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2018 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga



**Fonte:** elaboração própria.

Ainda no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., as patologias, em 2019, que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 881 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (622 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (203 internamentos), a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (51 internamentos) e, por último, a hipertensão arterial (5 internamentos).

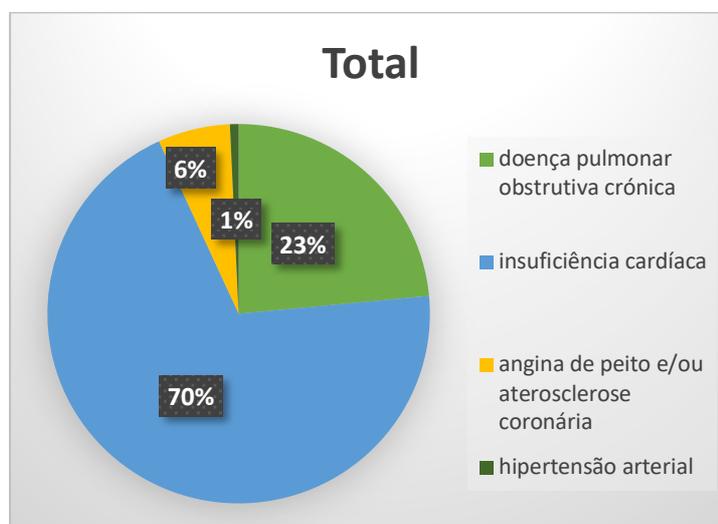
**Gráfico nº8:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA no ano 2019 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga



**Fonte:** elaboração própria.

Posto isto, no total, e ainda relativamente ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., as patologias que mais contribuíram para os internamentos evitáveis por ordem decrescente, num total de 2604 internamentos, foram a insuficiência cardíaca (1814 internamentos), a doença pulmonar obstrutiva crónica (612 internamentos), a angina de peito e/ou aterosclerose coronária (159 internamentos) e, por último, a hipertensão arterial (19 internamentos).

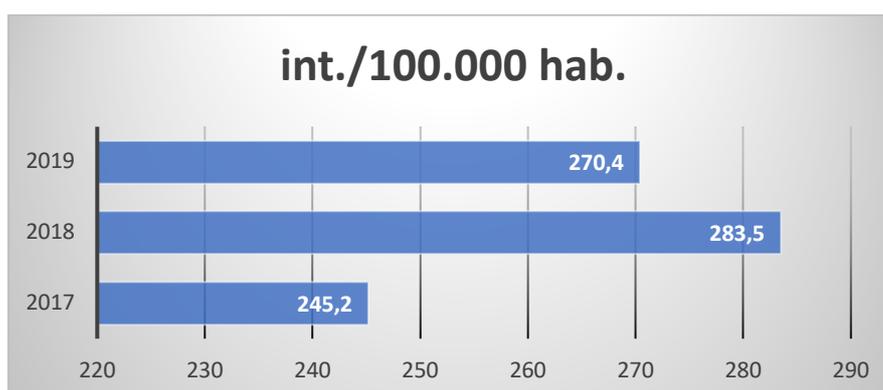
**Gráfico n°9:** Distribuição, por patologia, do total dos ICSCA nos anos 2017/2018/2019  
– Centro Hospitalar do Baixo Vouga



**Fonte:** elaboração própria.

No que diz respeito à taxa de internamentos evitáveis e tendo como referência o mesmo Centro Hospitalar, conclui-se que em 2017 esta foi de 245,2 int./100.000 hab., em 2018 de 283,5 int./100.000 hab. e em 2019 de 270,4 int./100.000 hab., tendo o total dos três anos resultado numa taxa de 799,1 int./100.000 hab..

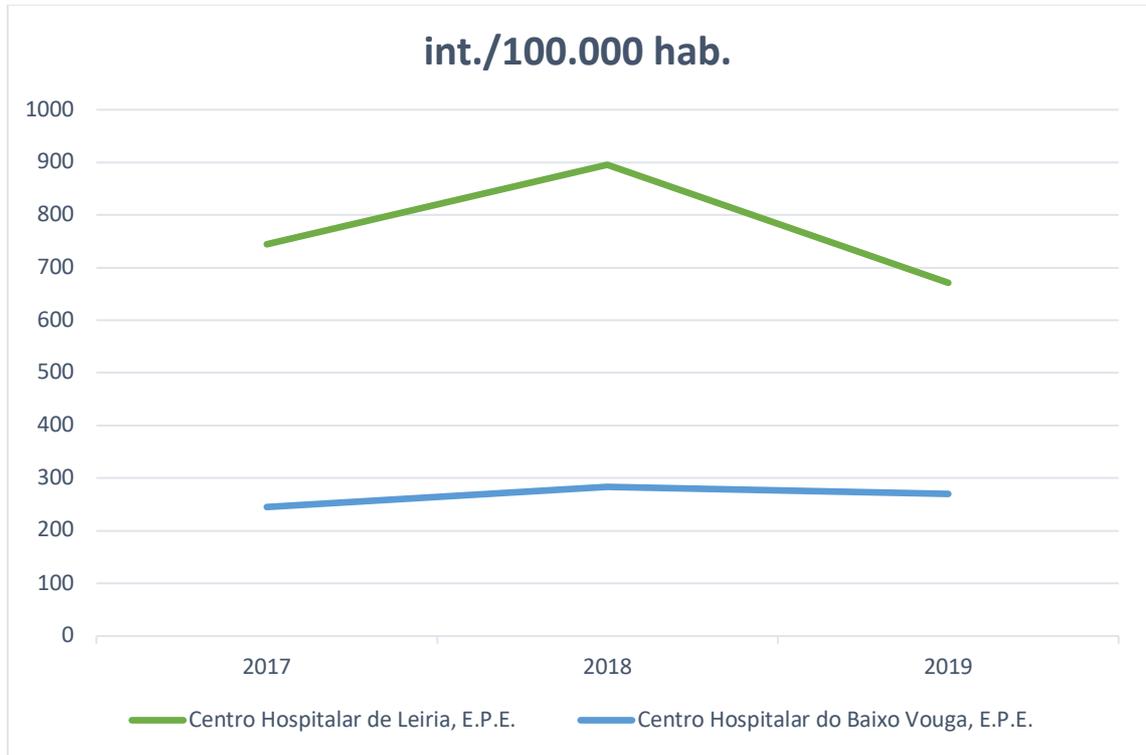
**Gráfico n°10:** Taxa bruta de internamentos evitáveis dos anos 2017/2018/2019 –  
Centro Hospitalar do Baixo Vouga



**Fonte:** elaboração própria.

Comparou-se a evolução da taxa bruta de Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório (ICSCA) de ambos os centros hospitalares, representada no gráfico nº11.

**Gráfico nº11:** Evolução da taxa bruta de internamentos evitáveis dos dois centros hospitalares



**Fonte:** elaboração própria.

### 3.4. Discussão dos resultados

Após a quantificação dos Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório do Centro Hospitalar de Leira, E.P.E. e do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., aferiu-se que, tal como se esperava, tanto num como noutra Centro Hospitalar, a principal patologia a causar os mesmos internamentos foi a insuficiência cardíaca. Esta, da mesma maneira que a literatura o evidencia (Sarmiento, Alves, Oliveira, Sebastião e Santana, 2015), é uma das várias doenças crónicas que mais contribui para os internamentos nos diversos centros hospitalares portugueses, sendo que, de acordo com análises estatísticas vindo a ser realizadas, a predominância desta terá, nos sucessivos anos, tendência a aumentar, estimando-se que, em Portugal, o número de utentes com insuficiência cardíaca venha a aumentar cerca de 30% em 2035 e 33% em 2060, o que, traduzindo isto em números absolutos, corresponde respetivamente a 479 921 e 494 191 afetados por esta condição (Fonseca, Brás, Araújo e Ceia, 2017).

Ainda relativamente a esta patologia de elevada prevalência, embora não tenha sido objeto do presente estudo, é de acrescentar que a mesma tem contribuído bastante para o aumento da taxa de readmissões, o que gera consequentemente diversas implicações económicas, na medida em que o utente internado por insuficiência cardíaca consome muitos recursos (muitos deles dispendiosos), tais como as técnicas de diagnóstico, os fármacos, os dispositivos médicos e, até mesmo, algumas intervenções cirúrgicas (Brito et al., 2016).

Posto isto, no que toca à insuficiência cardíaca e aos resultados que esta apresentou no presente estudo, tendo em conta que os Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório expõem, na sua grande maioria, a falta de acesso a cuidados de ambulatório, sobretudo o acesso e a efetividade dos CSP (Sarmiento, Alves, Oliveira, Sebastião e Santana, 2015), conclui-se que relativamente ao tratamento desta patologia (e de outras) subsistem alguns constrangimentos no sistema de saúde português.

Dentro destes constrangimentos, um dos que mais tem sobressaído prende-se com a referenciação hospitalar, continuando a se assistir a fenómenos quer de sub-referenciação – em que não se assiste à realização do procedimento de referenciação quando a severidade da doença do utente assim o exigia –, quer de sobre-referenciação – em que se assiste a uma referenciação inapropriada entre os diversos prestadores, uma vez que a situação clínica poderia ter sido resolvida pelos prestadores de cuidados primários (Santana et al., 2014).

Destarte, deste tipo de constrangimentos procedimentais e outros resulta, em última instância, uma desadequada articulação entre os hospitais e os CSP. Neste sentido, de modo a contornar este mesmo cenário, importa apelar a melhores práticas de prevenção e, aquando da ocorrência de internamentos, a um melhor planeamento após a alta hospitalar, nomeadamente através da transmissão de informação relativa ao curso da doença, do agendamento de uma reavaliação pelo médico geral de família uma semana após a alta e de outra no hospital duas semanas após a alta e, ainda, a referenciação de doentes de risco elevado a programas de gestão integrada da doença (Brito et al., 2016).

A par da análise deste resultado, não se pode deixar de realçar a boa gestão da doença relativamente a algumas patologias, tais como a doença pulmonar obstrutiva crónica no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. – em que se assistiu a um aumento significativo do número de internamentos de 2017 a 2018 (230 internamentos), mas que acabou por resultar posteriormente numa redução acentuada do número de internamentos de 2018 a 2019 (428 internamentos) – e a hipertensão arterial no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. – uma vez que nos três anos analisados sempre apresentou números reduzidos de internamentos provocados por esta doença crónica.

Finalmente, no que diz respeito aos resultados provenientes do cálculo dos Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório, tal como se pode comprovar através do gráfico nº11, a taxa bruta, incluindo os três anos no seu todo, relativa ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (2310,6 int./100.000 hab.) foi superior à do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (799,1 int./100.000 hab.).

Embora possa haver diversos fatores socioeconómicos que possam contribuir para estes resultados, tais como o número de médicos de família por 100.000 habitantes e o número de consultas efetuadas, assim como os níveis de escolaridade e os níveis de desemprego (Sarmiento, Alves, Oliveira, Sebastião e Santana, 2015), aquele que mais parece se relacionar com a principal causa prende-se com a densidade populacional e com a localização dos hospitais de referência, pois, tal como a literatura também sugere, a proximidade ao hospital leva, muitas das vezes, a um aumento do número de internamentos, assim como também a densidade populacional e o isolamento parecem influenciar os internamentos.

Ora, tendo em conta as duas unidades hospitalares incluídas neste estudo, verifica-se que, no que toca ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., este se localiza não só numa zona central – o que leva a se considerar esta unidade de saúde uma unidade fundamental, descurando-se

as restantes unidades de saúde também elas capazes de auxiliar o utente em diversos momentos de agudização de doenças –, como também apresenta uma densidade populacional reduzida, sobretudo em comparação com a população residente em zonas periféricas, isolada e desprovida de apoio de prestadores de saúde capazes de estimular a prevenção de eventuais doenças.

Assim sendo, e tendo em conta os resultados deste Centro Hospitalar – os quais evidenciam uma dificuldade no acesso a cuidados primários, levando a intervenções diferenciadas e dispendiosas produzidas nos cuidados secundários –, pode-se concluir que o fomento à hospitalização domiciliária poderia vir a contribuir bastante para a redução deste tipo de internamentos, na medida em que graças aos avanços que a ciência e a tecnologia têm permitido à medicina, esta possibilita aos doentes, principalmente aos crónicos, receber, no seu domicílio, um serviço de qualidade e de rigor, de acordo com uma visão holística, e capaz de evitar complicações inerentes à hospitalização convencional, tais como a infeção nosocomial, a síndrome confusional agudo, o elevado risco de acamamento, a deterioração do estado funcional e, num último exemplo, a desnutrição (Rodrigues et al., 2021).

Quanto ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., atendendo aos resultados obtidos, verifica-se que os cuidados de proximidade nesta unidade e, acima de tudo, nas dos restantes níveis de cuidados, foram muito mais acentuados e eficazes, contribuindo, como o ilustra o gráfico nº11, para uma taxa de internamentos evitáveis muito mais reduzida quando comparada com a do Centro Hospitalar de Leira, E.P.E..

Relativamente ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., embora a superior densidade populacional da região de Aveiro face à região de Leiria possa ser uma justificação para a reduzida taxa de internamentos evitáveis do primeiro Centro Hospitalar, há, sem dúvida, que tomar em consideração a boa estrutura de CSP que a região desse mesmo Centro Hospitalar dispõe, sobretudo, no que toca ao número de Unidades de Saúde Familiar – 32 na região de Aveiro em oposição a 12 na região de Leiria –, uma vez que o utente nestas unidades é acompanhado por um médico de família (ou por uma equipa de família composta por médico, enfermeiro e secretário clínico), médicos estes que detêm um papel fundamental na gestão do paciente e na mediação entre os cuidados de saúde primários e os restantes níveis de cuidados de saúde, contribuindo decisivamente para a redução do número de urgências e hospitalizações (Rizza, Bianco, Pavia e Angelillo, 2007).

Contudo, é ainda de salientar que no que toca ao tratamento da angina de peito e/ou aterosclerose coronária, os cuidados de saúde da região de Aveiro foram pouco eficazes no tratamento desta patologia, visto que o número de internamentos evitáveis foram superiores aos verificados no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E..

## **Capítulo IV. Conclusão**

Dado o retratado até aqui, resta sublinhar alguns aspetos finais. Neste sentido, e atendendo ao número crescente de admissões aos serviços de urgência, fenómeno que foi salientado no presente trabalho através da referência à designação “hospitalocentrismo”, constata-se que os Hospitais acabam por despender um elevado número de recursos hospitalares e que, atualmente, muitas das situações clínicas aqui tratadas acabam por ser consideradas evitáveis, se atendidas nos cuidados de proximidade. Esta constatação é conduzida por uma ineficácia global resultante da desintegração dos cuidados e, por conseguinte, manifestando-se em muitos eventos adversos, e, sobretudo, num aumento de despesa pública que, em grande medida, se tem revelado insustentável nos últimos anos.

A par disto, é de notar que os atuais desafios às unidades de saúde se vão apresentando de forma acelerada, como o aumento da esperança média de vida e o progresso tecnológico, componentes inevitáveis no cenário externo destas unidades e que em muito contribuem também para a já existente pressão sobre os custos que a prestação de cuidados de saúde acarreta.

### **4.1 Implicações para a Administração**

Tendo em conta o referido, e tomando em consideração que o valor que é gasto em saúde depende em muito da estrutura e do financiamento das unidades do sistema de saúde, importa procurar modelos de gestão mais eficientes ou que, pelo menos, possam evitar o desperdício, seja de recursos humanos, materiais e financeiros. Neste sentido, a gestão financeira e as práticas de contratualização de serviços de saúde devem contribuir para a redução das discrepâncias de oferta e procura dos diferentes níveis de cuidados, passando-se, deste modo, a uniformizar processos – uma vez que a integração de cuidados pode, inclusive, ser somente no plano da dimensão funcional –, a praticar o mesmo tipo de incentivos e a olhar para a prestação de cuidados de saúde de forma integrada e continuada.

Para tal se atingir, no que toca às formas contratuais de pagamento aos hospitais, estas deviam assentar numa única forma, pois continua a verificar-se um conflito entre as unidades de saúde de diferentes níveis uma vez que as unidades detentoras de pagamentos

retrospectivos têm tendência a aumentar custos com o intuito de posteriormente obter uma maior remuneração – algo que por vezes contribui para o referido desperdício –, enquanto que as unidades detentoras de pagamentos prospetivos (isto é, cujo sistema de pagamento de preço é fixo) têm tendência a incentivar a manutenção de baixos custos – algo que não leva tanto ao desperdício, mas contribui para uma redução da qualidade assistencial dado que, em muitos casos, assiste-se a fenómenos de sobre-referenciação.

Assim sendo, tendo em conta o pressuposto de que os CSP possuem um papel preponderante como orientadores do utente dentro do próprio sistema de saúde – recebendo este papel, na terminologia anglo-saxónica, a denominação *gatekeeping* – torna-se fulcral que se incentive a práticas integrativas, as quais devem ter por base, desde logo, uma boa uniformização de processos, nomeadamente no que à referenciação de doentes diz respeito.

Uma boa referenciação permite uma coordenada continuidade na prestação de cuidados de saúde, uma boa comunicação entre os diferentes prestadores e a transferência de informação e de registos médicos, tudo isto contribuindo para uma melhor integração de cuidados que, em última instância, vai resultar na redução ou eliminação da duplicação de procedimentos, a qual, na maioria das vezes, leva a eventos adversos, como é o caso dos internamentos evitáveis, os quais foram objeto de estudo no presente relatório.

Posto isto, não sendo a integração de cuidados algo que se restrinja a um único e determinado aspeto, é de salientar que para um melhor incentivo à adoção desta visão organizacional dos cuidados de saúde é necessário que as mudanças a ocorrer sejam elas mudanças incrementais, as quais possibilitem uma adequada monitorização dos resultados. Neste sentido, a gestão da doença integrada, a uniformização dos processos relativos à referenciação de doentes e a promoção na prevenção da doença devem ser objetivos iniciais desta mudança.

#### **4.2. Limitações do trabalho**

Dentro destes aspetos finais, há que referir ainda a limitação do presente trabalho, nomeadamente no que toca ao caso de estudo, na medida em que o próprio é reduzido a duas unidades hospitalares e não se inclui a análise de dados relativos à diabetes e à asma, patologias consideradas na metodologia canadiana e consideradas simultaneamente

condições sensíveis a cuidados de ambulatório. Por conseguinte, para um estudo mais aprofundado, dado o facto de o cálculo dos ICSCA ser uma boa forma indireta de avaliar/analisar a acessibilidade do utente aos CSP, deve-se alargar a amostra, detalhando pormenorizadamente o máximo de fatores capazes de influenciar os ICSCA.

### **4.3. Orientações para futuros trabalhos**

Por último, resta concluir que, para futuros trabalhos, seria interessante analisar os internamentos evitáveis de diversas unidades hospitalares e aferir, desenvolvendo-se uma análise comparativa relativamente a anos anteriores, se houve uma redução significativa desse tipo de internamentos e, em caso afirmativo, que poupança financeira tal redução gerou, de forma, igualmente, a verificar a assunção de Sarmento, Alves, Oliveira, Sebastião e Santana (2015) que estimaram que uma redução de internamentos evitáveis entre os 20,3% e os 53,5%, gerava uma potencial poupança financeira para o SNS entre os 7,5 M€ e os 231,4€.

## Bibliografia

- Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Nolte, E., Balicer, R. (2021). *Handbook Integrated Care*. (2<sup>nd</sup> ed.). Switzerland: Springer International Publishing
- Andrade, A. (2016). A Regulação do Sistema de Saúde Português: Contribuição para um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *e-Pública*, 3(3), 201-221
- António, I. (2015). *As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina
- Antunes, J. (2012). *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Azevedo, P. (2020). O Desafio da Hospitalização Domiciliária. *Gazeta Médica*, 7(4), 333-334
- Barros, P. (2021). *Economia da Saúde*. (4<sup>a</sup> edição). Coimbra: Almedina
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., Booth, A. (2018). Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. *Health Services Delivery Research*, 6(29), 1-132
- Bernardino, M. (2020). *Gestão em Saúde*. Coimbra: Almedina
- Biswarkarma, V. e Wadhawan, S. (2020). Emerging role of pharmacoeconomics into clinical trials and its outcomes: An overview. *Indian Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 7(2), 66-72
- Brito, D., Fonseca, C., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., Morais, J., Cardoso, J. (2016). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal – documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(1), 1-8
- Burns P. e Elliott, C. (2016). What are the essential ingredients to successful delivery of integrated care to help keep frail and complex patients well, and out of hospital? *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 1-3
- Campos, A. (2019). *Administração Pública e Saúde: ensaios de circunstância*. Coimbra: Almedina
- Chen, B., Baur, A., Stepniak, M. e Wang, J. (2019). Finding the future of care provision: the role of smart hospitals. *Healthcare Systems and Services Practice*, 1-9
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z. e Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69-79

- Costa, C. (2005). Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 7-38
- Costa, C., Lopes, S. e Santana, R. (2008). Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 7-28
- Costa, C., Santana, R. e Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 67-102
- Christensen, J. (2018). The Emergence and Unfolding of Telemonitoring Practices in Different Healthcare Organizations. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 15(1), 1-16
- Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P. e Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Curry, N. e Ham, C. (2010). *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: The King's Fund
- Dantas, I., Santana, R., Sarmiento, J. e Aguiar, P. (2016). The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC health services research*, 16(348), 1-8
- Davenport, T. e Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Health Care Journal*, 6(2): 94–98
- Delerue, F. e Correia, J. (2018). Hospitalização domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(1), 15-17
- Dias, C. (2015). *O Valor da Inovação – criar o futuro do sistema de saúde*. Coimbra: Almedina
- DGS, (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro de Intervenção em Articulação e Continuidade de Cuidados*
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F. e Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116
- Escoval, A., Caldas, A., Félix, B., Carneiro, A., Gonçalves, C., Serrão, D., Costa, F., Marques, F., George, F., Barros, H., Carreira, H., Lopes, J., Simões, J., Almeida, J., Lopes, J., Pisco, L., Tavares, L., Antunes, M., Delgado, M., Lopes, M., Simões, M.,

- França, M., Roseira, M., Gouveia, M., Mendo, P., Barros, P., Seabra-Gomes, R., Gaspar, R. e Osswald, W. (2008). *Financiamento: inovação e sustentabilidade*. (1ª edição). Lisboa: APDH – Associação para o Desenvolvimento Hospitalar
- Escoval, A., Ribeiro, R. e Matos, T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 41-57
- Fernandes, A., Torres, A., Pinto, C., Salvado, F., Barroca, J., Carapeto, J., Silva, J., Ormonde, L., Barosa, P. e Umbelino, S. (2011). *Avaliação de Tecnologias em Saúde – a importância de escolher, decidir e gerir com base na evidência*. Loures: Diário de Bordo
- Fernandes, A., Harfouche, A., Rosa, E., Martins, J., Silveira, J., Fernandes, J., Fragata, J., Borges, L., Ribeiro, M., Barros, P. e Mello, S. (2011). *Inovação e Sustentabilidade em Saúde – Equação Impossível?* Loures: Diário de Bordo
- Fernandes, A., Rego, A., Faria, A., Arnaut, A., Alves, A., Aguiar, A., Rodrigues, A., Serrão, D., Regateiro, F., Cabral, F., Carmo, I., Martinho, I. e Sequeira, J. (2013). *Racionamento versus Racionalização em Saúde*. Loures: Diário de Bordo
- Fernandes, O., Lopes, S., Marques, A., Moita, B., Sarmiento, J. e Santana, R. (2019). Local Health Units in Portugal: the influence of chronic conditions on inpatient readmissions. *Portuguese Journal of Public Health*, 37, 91-99
- Ferreira, F. (2015). *Sistemas de saúde e seu funcionamento: sistemas de cuidados de saúde no mundo: o caso particular de Portugal; História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Figueiredo, E. (2021). *Direito e Nanobiotecnologia – Reflexões na Encruzilhada da Inovação, do Risco e da Crise do(s) Direito(s)*. Coimbra: Almedina
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I. e Ceia, F. (2017). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104
- Fragata, J., França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, S. e Barros, P. (2006). *Risco Clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina
- Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, (2010). *Cálculo de Internamentos Evitáveis por Prevenção Primária e Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório*. Alto Comissariado da Saúde

- Geraldes, S. (2020). Mais de 1500 pessoas internadas de forma inapropriada em 2020. Barómetro dos internamentos sociais. *Gestão Hospitalar*, 20, 72-77
- Gonçalves, F., Sousa, J., Joaquim, I., Baptista, F., Marques, H., Borges, A., Leal, J., Redondo, P., Guimarães, S., Santos, C., Melo, M., Garcia, M., Matos, L., Oliveira, P., Soares, L., Valadas, F., Soares, M., Marques, P., Ricardo, C., Ventura, C., Guerra, I. e Costa, F. (2020). *A Gestão da Saúde baseada no Valor – casos e experiência portuguesa*. Coimbra: Almedina
- González-Ortiz, L., Calciolari, S., Goodwin, N. e Stein, V. (2018). The Core Dimensions of Integrated Care: a literature review to support the development of a comprehensive framework for implementing integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 1-12
- Ribeiro, J., Barreto, A., Varanda, J., Penedo, J., Caiado, J., Nunes, J., Santos, N., Boto, P., Ivo, R. e Santos, T. (2011). *Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar*
- Harfouche, A., (2012). *Opções Políticas em Saúde – Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*. Coimbra: Almedina
- Stroetmann, K., Kubitschke, L., Robinson, S., Stroetmann, V., Cullen, K. e McDaid, D. (2010). *How can telehealth help in the provision of integrated care?* WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies
- Klersy, C., Silvestri, A., Gabutti, G., Raisaro, A., Curti, M., Regoli, F. e Auricchio, A. (2011). Economic impact of remote patient monitoring: an integrated economic model derived from a meta-analysis of randomized controlled trials in heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 13(4), 450-459
- Leal, S. e Taveira, A. (2019). *SNS, o Tempo de um Renascimento – contributos para a integração de cuidados de saúde primários e hospitalares*. Porto: Quântica Editora
- Lennox-Chhugani, N. (2021). Integrated Care – Defining for the Future through the Eye of the Beholder. *International Journal of Integrated Care*, 21(3), 1-4
- Leviton, A., Oppenheimer, J., Chiujea, M., Antonetty, A., Ojo, O., Garcia, S., Weas, S., Fleegler, E., Chan, E. e Loddenkemper, T. (2019). Characteristics of Future Models of Integrated Outpatient Care. *Healthcare*, 7(65), 1-18

- Lopes, L. (2010). *Direito Administrativo da Saúde. Em: Tratado de Direito Administrativo Especial – Volume III*. Coimbra: Almedina
- Lopes, S., Fernandes, O., Marques, A., Moita, B., Sarmiento, J., Santana, R. (2017). Can Vertical Integration Reduce Hospital Readmissions? A Difference-in-Differences Approach. *Medical Care*, 55(5), 506-513
- Machta, M., Maurer, A., Jones, J., Furukawa, F. e Rich, C. (2019). A systematic review of vertical integration and quality of care, efficiency, and patient-centered outcomes. *Health Care Management Review*, 44(2), 159-173
- Martins, A. e Carvalho, J. (2012). *Gestão da Mudança na Saúde – Fundamentos e Roadmap*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Maruth, M., Hasan, A. e Zeltner, T. (2015) Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. *Health Systems & Reform*, 1(4), 250-256
- Mateus, D. (2021). *Gestão, Liderança e Cultura Organizacional para Gestores Hospitalares*. Coimbra: Almedina
- Matos, T., Ferreira, A., Lourenço, A. e Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 161-180
- Nurjono, M., Valentijn, P., Bautista, M., Wei, L. e Vrijhoef, H. (2016). A Prospective Validation Study of a Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool in Singapore. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1-6
- Porter, M. e Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care – Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business Review Press
- Porter, M., Pabo, E. e Lee, T. (2013). Redesigning Primary Care: a strategy vision to improve value by organizing around patient’s needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525
- Reis, V. (2004). Gestão da Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 7-17
- Rego, G. e Nunes, R. (coordenadores) (2010). *Gestão da Saúde*. (1ª edi.). Lisboa: Prata & Rodrigues
- Ribeiro, J. (2019). *Saúde Digital: um sistema de saúde para o século XXI*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Rizza, P., Bianco, A., Pavia, M. e Angelillo, I. (2007). Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Services Research*, 7(134), 1-8

- Rocha, J. (2020). *Um Olhar sobre a Evolução da Gestão Hospitalar em Portugal*. Coimbra: Almedina
- Rocha, J., Santana, R. e Tello, J. (2020). Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: What conditions make inter-country comparisons possible? *Health Policy Open*, 2, 1-9
- Rocha, J., Marques, A., Moita, B. e Santana, R. (2020). Direct and lost productivity costs associated with avoidable hospital admissions. *BMC Health Services Research*, 20(210), 1-9
- Rodrigues, D., Correia, J., Campos, L., Sá, J., Barreto, X., Magalhães, T., Pedrosa, A., Sousa, M., Silva, A., Mestre, R., Lopes, M., Delerue, F., Nortadas, R., Azevedo, P., Cunha, V., Salvador, F., Silva, C., Belo, A., Martins, J., Presa, J., Nascimento, A. e Alves, J. (2021). *Cuidados de Saúde de Proximidade – um roteiro para a humanização e integração*. Coimbra: Almedina
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Willis, J., Snow, P. e Kugler, J. (2012). The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay, and Hospital Costs: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Evaluation & the Health Professions*, 35(1), 3-27
- Rouse, W. (2008). Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management. *The Bridge*, 38(1), 17-25
- Rubeis, G., Schochow, M. e Steger, F. (2018). Patient Autonomy and Quality of Care in Telehealthcare. *Science and Engineering Ethics*, 24(1), 93-107
- Santana, R. e Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29-56
- Santana, R., Belo, A., Gaspar, C., Almeida, C., Seringa, J. e Papança, M. (2021). *Handbook de Integração de Cuidados*. Coimbra: Almedina
- Santana, R., Marques, P., Lopes, S., Boto, P., Telles, L., Félix, S., Mestre, R., Matos, R. e Moita, B. (2017). A Influência das Características dos Prestadores e dos Utentes no Consumo de Recursos em Unidades de Cuidados Continuados. *Port J Public Health*, 35, 114-125
- Santana, R., Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Matias, T., e Ribeiro, V. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de*

*metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Ministério da Saúde

- Santana, S., Szczygiel, N. e Redondo, P. (2014). Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms. *International Journal of Integrated Care*, 14, 1-10
- Santos, A. (2008). *Gestão Estratégica: Conceitos, Modelos e Instrumentos*. Lisboa: Escolar Editora
- Sarmiento, J., Alves, C., Oliveira, P., Sebastião, R. e Santana, R. (2015). Caracterização e Evolução dos Internamentos Evitáveis em Portugal: Impacto de Duas Abordagens Metodológicas. *Acta Med Port*, 28(5), 590-600
- Sarmiento, J., Rocha, J. e Santana, R. (2020). Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. *BMC Health Services Research*, 20(754), 1-12
- Simões, J. (Coord.) (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Almedina
- Sousa, P., Pinto, F., Costa, C. e Uva, A. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 57-65
- SNS+Proximidade – Mudança Centrada nas Pessoas*. Consultado a 11 de Dezembro de 2021, [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120\\_LivroSNsProximidade-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf)
- WHO, 2013. *Health in All Policies – Seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health
- WHO, 2015. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. World Health Organization
- WHO, 2016. *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. Copenhagen
- WHO, 2016. *Integrated care models: an overview*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. e Minkman, M. (2018). Values of Integrated Care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 1-12