

## UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE 2.0: DUAS MÃOS CHEIAS DE NADA

**Nuno Gonçalves da Silva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Médico Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Santo António, ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende

Nos últimos anos, poucas temáticas do âmbito da saúde têm sido mais abordadas do que a integração de cuidados. De certo modo, o mote foi dado pela Organização Mundial de Saúde, em 2015, com o relatório *Global Strategy on People Centred and Integrated Care Service*,<sup>1</sup> no qual estão sistematizados os principais desafios da atualidade e a necessidade de se operar uma mudança no paradigma dos serviços de saúde. O modelo sugerido coloca o indivíduo, a família e a comunidade no centro, fomentando a integração dos diferentes níveis de cuidados ao serviço do cidadão e, naturalmente, não ignora o papel fundamental dos cuidados de saúde primários e das funções essenciais da Saúde Pública.

Em Portugal, mais do que uma oportunidade, a integração de cuidados é uma inevitabilidade. A fragilidade económica perene do país, o inverno demográfico que também se aplica aos profissionais de saúde, o facto de mais de 40% dos portugueses padecerem de, pelo menos, uma doença crónica,<sup>2</sup> os encargos descontrolados com as terapêuticas medicamentosas (que aumentaram 24,9% nos últimos cinco anos)<sup>3</sup> e a falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde mais básicos (mais de um milhão e seiscentos mil residentes não têm médico de família)<sup>4</sup> constituem uma tempestade perfeita que exigirá de todos um enorme esforço de mudança.

Em resposta a estes problemas, há muito identificados, o Governo português planeou uma reforma estrutural que implicará a criação de 31 novas Unidades Locais de Saúde (ULS) em janeiro de 2024, a somar às oito já existentes. Reconhecidamente, esta receita não é nova, já que a primeira ULS do país foi criada em Matosinhos, no ano de 1999, como meio de integração vertical de cuidados sob uma gestão conjunta. Durante a minha curta carreira, tive a oportunidade de conhecer a realidade da ULS Matosinhos (quatro anos como Interno da Formação Especializada e mais de dez como utente) e a do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, fora do contexto de ULS. Julgo ter uma noção abrangente da aplicação real e das potencialidades dos dois modelos, quer na ótica do utente, quer do profissional, e por isso partilharei a minha análise das diferentes variáveis em oposição.

Conceptualmente, o modelo ULS é uma ideia tentadora para quem gere, porque alinha diferentes entidades na procura de uma maior eficiência, sendo esta uma dimensão sensível no paradigma nacional de cobertura universal, com o Estado no papel de principal prestador e de subfinanciador crónico. A integração vertical de cuidados facilita a logística, a eliminação de redundâncias, a transversalidade dos processos de suporte e também capacita para a criação de planos locais integrados, porque há uma partilha inerente dos desafios demográficos, socioeconómicos e epidemiológicos da população servida. Na prática, uma ULS propõe-se a aproveitar toda a capacidade instalada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) numa determinada área geográfica, no sentido de diminuir os encargos com exames, tratamentos e seguimentos convencionados e de possibilitar a continuidade e a harmonia na transição da informação entre os diferentes níveis de cuidados.

Contudo, torna-se necessário realçar que não é possível diminuir custos com entidades convencionadas sem integrar todos os processos burocráticos e técnicos inerentes no seio das equipas do SNS, ou seja, este aproveitamento da capacidade instalada dá-se à custa da transição de obrigações para as várias unidades funcionais, nomeadamente o agendamento, a colheita, o transporte, a avaliação e a disponibilização de resultados. Perante a maior procura poderá gerar-se uma demora indesejável na resposta hospitalar aos pedidos de exames complementares, o que não é tão evidente em ACeS fora das ULS, pela existência de múltiplos parceiros convencionados. Evidentemente, o impacto desta particularidade depende da criação, ou não, de meios que permitam desviar pedidos de exames para o exterior em situações de manifesto atraso no tempo de resposta. Noutra perspetiva, o circuito dos utentes dentro das unidades torna-se forçosamente mais complexo com a integração dos exames complementares e a sobrecarga das áreas administrativas aumenta.

Na vertente clínica, a integração em ULS também possibilita oportunidades interessantes. Neste modelo de organização, é perfeitamente enquadrável a consultoria de diferentes especialidades nas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, o que

fomenta a partilha de conhecimentos e a avaliação das diferentes realidades. Nas dimensões formativa e científica, a gestão por uma só entidade facilita a criação de planos conjuntos e a partilha de meios, com o envolvimento dos diferentes níveis de cuidados.

Enumeradas as características fundacionais das ULS, a principal questão que se coloca prende-se com a demora na sua disseminação. Vinte e quatro anos depois da criação da ULS Matosinhos, o atraso na multiplicação destas unidades deve-se a inépcia, a uma espécie de paralisia de análise endémica no nosso país, ou à falta de uma avaliação rigorosa deste modelo? Na minha visão, as três hipóteses são verdadeiras e complementares.

Começando pelo fim, nas últimas décadas não se realizou nenhum estudo rigoroso e continuado sobre o desempenho das ULS em comparação com outros modelos e os poucos dados existentes – como os do relatório da Entidade Reguladora da Saúde, de 2015<sup>5</sup> – não demonstraram a superioridade das ULS. Aliás, quando se analisou a eficiência ao nível da interação entre cuidados primários e hospitalares, através do indicador de internamentos por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), constatou-se que, à exceção da ULS do Baixo Alentejo, todas as demais apresentaram valores superiores aos exibidos por toda a ARS na qual se inseriam. À luz do conhecimento atual, parece, por isso, lícito afirmar-se que a generalização das ULS é verdadeiramente um tiro no escuro.

No que concerne à inépcia, todos os atores envolvidos, nos diversos níveis, partilham responsabilidades. Os decisores das políticas porque não viram e os restantes (médicos incluídos) porque não mostraram. E deveriam.

Independentemente da estratificação dos níveis de cuidados, da sistematização e realocação dos serviços prestados ou do elemento que queiramos colocar no centro do sistema de saúde, parece relativamente consensual que o panorama atual da saúde em Portugal é insustentável no médio e longo prazo com o trajeto que estamos a desenhar, com ou sem Unidades Locais de Saúde.

A Administração Central do Sistema de Saúde pode veicular, a propósito da integração de cuidados com ponderação da complexidade dos utentes, que *“ao prestador de cuidados será indiferente ter na sua lista utentes com elevado risco ou com baixo risco de consumo de cuidados, na medida em que o ajustamento pelo risco garante uma adequação dos recursos financeiros em função das características do utente”*, mas um clínico percebe com clareza que na vida real os seus recursos são finitos, desde logo porque a capacidade de trabalho dos profissionais envolvidos tem os limites aplicáveis aos restantes mortais. Sabe-se que, independentemente de qualquer reforço do financiamento, nunca será igual ter 500 ou 700

utentes complexos numa lista de utentes. A dinâmica que se sugere vai desviar os recursos para níveis de prevenção mais elevados enquanto ignora os aspetos preventivos basilares, num círculo vicioso de doença oposto ao que se pretende e forçosamente ingerível.

Apesar de os profissionais despenderem uma parte significativa do seu tempo a introduzir dados clínicos passíveis de análise, em tempo real, surpreende a dificuldade em apurar e estratificar as prioridades que dali resultam, de forma a gizar planos estruturados. No nosso país, a esperança média de vida à nascença é um ano superior à média da União Europeia, mas a estimativa de anos de vida saudável à nascença é cinco anos mais curta do que a média dos nossos parceiros, o que significa que os portugueses vivem mais, mas pior.<sup>6</sup> Incidindo nos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença e incapacidade, os destaques mantêm-se relativamente inalterados há mais de dez anos: doença cerebrovascular, doença cardíaca isquémica, lombalgia, diabetes *mellitus*, DPOC, depressão, tumor maligno do pulmão, infeções respiratórias inferiores, tumor maligno do cólon e reto e doença de Alzheimer.<sup>6</sup>

Neste apanhado global, salta à vista o retumbante insucesso dos níveis de prevenção primordial, primária e secundária, aplicáveis de forma transversal aos principais problemas de saúde dos portugueses. Mais do que isso, confirma-se igualmente uma noção que é clara para a generalidade dos médicos, há muitos anos: a saúde não se esgota no Ministério com o mesmo nome, devendo ser alvo de uma estratégia concertada de várias áreas fundamentais como a Educação, a Agricultura e Alimentação, assim como o Trabalho, a Solidariedade e a Segurança Social.

Pelo que é conhecido, não há nada no projeto de reforma para 2024 que sugira uma visão rejuvenescida e vagamente integrada da saúde. Em janeiro, surgirão entidades com a ilusão de fazer melhor com os mesmos recursos, dentro de um SNS esmagado pelo peso da doença e sem força para a prevenir. Continuará a ser normal esperar meio ano por uma consulta de Nutrição, mais de um ano por uma consulta de Psicologia, ou vários meses para o início da reabilitação após um acidente vascular cerebral ou a amputação de um membro. Os cuidados a dependentes em situação de particular vulnerabilidade continuarão entregues ao setor social ou a equipas depauperadas de apoio domiciliário, de forma completamente desarticulada de todo o sistema, se não ficarem sob a alçada de um qualquer hospital por falta de melhor resposta. Os cuidados de saúde primários são e manter-se-ão deficitários, porque não é possível contratar os profissionais necessários nas diferentes áreas até janeiro, mesmo que fosse esse o plano. E falharão, porque não há maneira de alcançar o sucesso com a sobrecarga de utentes aliada ao cumprimento concomitante de

rituais organizacionais distópicos, que retiram tempo às atividades de prevenção relevantes, nas quais se investe menos em Portugal do que a média dos países europeus.

O modelo de ULS no qual acredito baseia-se na integração de níveis de cuidados fortes, sem interesses conflitantes e com a dotação financeira e o tempo necessários para levar a cabo um programa plurianual e para avaliar os resultados em saúde. Ainda assim, para diminuir o impacto da doença e para promover o bem-estar das populações de forma sustentável, estas unidades teriam que ser suportadas por políticas coerentes em vertentes como: benefício das opções alimentares saudáveis e melhor resposta na intervenção alimentar; incentivos ao exercício e programas específicos para populações de risco; aposta estruturada local para os comportamentos aditivos; criação de uma resposta pública alargada no âmbito da reabilitação, dentro do SNS; reforço e integração dos equipamentos sociais dedicados a utentes dependentes; inclusão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nas plataformas de registo dos restantes serviços de saúde; reorganização da resposta comunitária e reforço dos recursos alocados à saúde mental, em todas as fases do ciclo vital; reforço dos cuidados paliativos em todo o território; e integração completa entre as áreas da saúde e da assistência social em todos os níveis de cuidados, como no exemplo escocês, com inequívoco sucesso.

Esta visão pressupõe uma estrutura integrada que possibilita um leque completo de cuidados preventivos a uma população, ao longo da vida, sendo a exceção o recurso a outras entidades para procedimentos particularmente diferenciados. O impacto desta dinâmica abrangente seria tão mais exuberante num país com um nível elevado de despesa não reembolsável, que recai diretamente sobre as famílias, na ordem dos 30,5% (o dobro da média europeia).<sup>2</sup>

Lamentavelmente, não se afigura como exequível a ocorrência de tal revolução. Desde logo porque mesmo num país com uma gestão predominantemente hospitalocêntrica, teremos ULS que incluem hospitais altamente diferenciados e de referência para toda a sua região e outras sem valências de Psiquiatria, Endocrinologia, Neurologia, Cardiologia, Obstetrícia, Ginecologia ou Urologia, só para citar algumas áreas com necessidades comuns na população portuguesa. Com o novo modelo de financiamento em função da capitação e da complexidade dos utentes, aliado à transferência financeira nas situações em que os cuidados são prestados noutras instituições, Unidades Locais de Saúde como São João, Santo António, Vila Nova de Gaia/Espinho, Coimbra, Lisboa Norte e Lisboa Central tenderão a fagocitar as restantes, que pagarão pelo que não têm ao invés de investir no que deveriam ter. Num mundo idealizado, talvez tivesse

sido prudente deixá-las num patamar superior, fora do modelo ULS, de forma a evitar o impacto direto noutros níveis de cuidados. Infelizmente, não vivemos nessa realidade, como veremos a partir de janeiro.



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- WHO. Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. 2015
- 2- OECD. Estado da Saúde na UE. Portugal. Perfil de saúde do país 2021
- 3- PORDATA. Encargos com medicamentos [Internet]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/sns+encargos+com+medicamentos+++continente-327>
- 4- Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários [Internet]. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios>
- 5- Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. 2015 [Internet]. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1298/Estudo\\_sobre\\_o\\_Desempenho\\_das\\_ULS\\_-\\_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf)
- 6- Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. 2022