



NORTE2020

PROGRAMA OPERACIONAL REGIONAL DO NORTE

MAPEAMENTO DOS INVESTIMENTOS EM INFRAESTRUTURAS DE SAÚDE

OUTUBRO DE 2015

Documento elaborado com a participação da ARS-Norte – Ministério da Saúde, da Área Metropolitana do Porto e das Comunidades Intermunicipais da Região do Norte, de acordo com a deliberação relativa às “Intervenções condicionadas a Mapeamento” da CIC Portugal 2020, de 26 de março de 2015

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 5 |
| 2. A Região de Saúde do Norte | 7 |
| 2.1. População e Território..... | 7 |
| 2.2. Perfil de Saúde da Região do Norte | 10 |
| 3. Organização dos Cuidados de Saúde..... | 12 |
| 3.1. Cuidados de Saúde Primários..... | 13 |
| 3.2. Cuidados de Saúde Hospitalares | 17 |
| 4. Infraestruturas de Saúde e Investimentos em Anteriores Períodos de Programação Financeira | 20 |
| 4.1. Cuidados de Saúde Primários - Rede de Infraestruturas | 24 |
| 4.2. Rede de Urgências..... | 29 |
| 5. Estratégia Regional..... | 35 |
| 6. Necessidades de intervenção e critérios para a definição de prioridades | 38 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Delimitação das sub-regiões de nível NUTS III no território da Região do Norte | 7 |
| Figura 2 - Pirâmide etária da população residente em 2014 na Região do Norte..... | 9 |
| Figura 3 - Distribuição da população residente em 2014 na Região do Norte por NUTS III | 9 |
| Figura 4 - Delimitação do território por ACES/ULS | 17 |
| Figura 5 - Organização hospitalar da Região do Norte | 19 |
| Figura 6 - Investimento da ARSN por fonte de financiamento – 2002 a 2014..... | 24 |
| Figura 7 - Locais de prestação de cuidados de saúde primários na Região do Norte, 2015..... | 25 |
| Figura 8 - Proporção de utentes sem médico de família, na Região do Norte | 26 |
| Figura 9 - Evolução da proporção de utentes inscritos em USF, na Região do Norte | 27 |
| Figura 10 - Pontos da rede de urgências da Região do Norte, 2015..... | 31 |
| Figura 11 - Evolução do número de episódios de urgência | 33 |
| Figura 12 - Rácio: número de consultas por episódio de urgência | 33 |

Índice de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Caracterização do território (2014)..... | 8 |
| Quadro 2 - População residente por grupos etários em 2014 e evolução 2011-2014 | 8 |
| Quadro 3 - Indicadores demográficos em 2014..... | 10 |
| Quadro 4 - Território e população residente abrangida por ACES/ULS..... | 16 |
| Quadro 5 - Apoio FEDER executado no ON e aprovado no ON2 por NUTS III – Rede de cuidados hospitalares..... | 22 |
| Quadro 6 - Apoio FEDER executado no ON e aprovado no ON2 por NUTS III – Cuidados de saúde primários e Serviços de urgência básica..... | 23 |
| Quadro 7 - Número de unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários, setembro de 2015 | 26 |
| Quadro 8 - Importância crescente das USF..... | 27 |
| Quadro 9 - Distribuição dos pontos da rede de urgências por tipologia e entidade gestora..... | 32 |
| Quadro 10 - Objetivos Estratégicos..... | 36 |
| Quadro 11 - Número de intervenções e repartição do FEDER por CIM/AMP | 40 |

1. Introdução

O presente documento enquadra as necessidades de investimento em equipamentos de saúde na região de saúde do Norte – área geográfica correspondente à NUTS II Norte – para efeitos do exercício de mapeamento previsto no Acordo de Parceria, celebrado entre o Estado português e a Comissão Europeia, e no Programa Operacional (PO) Regional do Norte 2014-2020 (NORTE 2020), aprovado por Decisão de Execução da Comissão de 18/12/2014. Este PO inclui uma linha de financiamento de equipamentos de saúde. No entanto, esse financiamento está condicionado à realização do mapeamento das necessidades de intervenção e esta condicionante só se cumpre com a aceitação pela Comissão Europeia deste exercício de planeamento.

O financiamento dos equipamentos de saúde enquadra-se na Prioridade de Investimento (PI) 9.7 ou 9.a (“Investimento na saúde e nas infraestruturas sociais que contribuam para o desenvolvimento nacional, regional e local, para a redução das desigualdades de saúde, para a promoção da inclusão social através de melhor acesso aos serviços sociais, culturais e de recreio, assim como para a transição dos serviços institucionais para os serviços de base comunitária”). No NORTE 2020, a esta PI está associada ao seguinte Objetivo Específico (OE): “Qualificar e adequar a atual rede de serviços e equipamento sociais e de saúde à satisfação das necessidades da população”. Dada a sua complementaridade, os investimentos em infraestruturas de saúde e em infraestruturas sociais são tratados de forma conjunta.

No entanto, as tipologias de ação a financiar encontram-se bem delimitadas. Os financiamentos infraestruturais na área da saúde circunscrevem-se aos cuidados de saúde primários e aos serviços de urgência hospitalar. A estas duas tipologias acresce uma outra, de natureza mais imaterial, associada à aquisição e ao desenvolvimento de sistemas de informação que permitam o funcionamento em rede das instituições de saúde e uma melhor comunicação com os utentes. O exercício de mapeamento restringe-se às duas tipologias de natureza infraestrutural acima identificadas¹.

¹ As tipologias de ação elegíveis encontram-se definidas de forma mais detalhada não só no documento do PO como no Regulamento Específico do domínio da Inclusão Social e Emprego (Portaria nº 97-A/2015, de 30 de março).

A metodologia para a elaboração do mapeamento das necessidades de intervenção foi definida por deliberação da Comissão Interministerial de Coordenação (CIC) Portugal 2020, de 26 de março de 2015. Esta metodologia contempla, designadamente, os seguintes pontos:

1. Identificação da natureza das intervenções elegíveis nos termos dos PO aprovados, a cargo das respetivas autoridades de gestão.
2. Definição, a cargo do respetivo serviço desconcentrado sectorial, das prioridades de investimento no conjunto das tipologias de intervenções elegíveis;
3. Envio, à respetiva CCDR, do levantamento da oferta existente, por Comunidade Intermunicipal (CIM) e Área Metropolitana (AM) e por tipologia de intervenção elegível;
4. Elaboração, pelas CIM e AM, de propostas das intervenções concretas a financiar pelos PO aprovados, referindo sumariamente a sua natureza e os custos associados;
5. Articulação entre as CIM e AM, os serviços desconcentrados sectoriais com a CCDR respetiva, para ajustamento definitivo das intervenções a submeter a financiamento pelos PO aprovados.

Assim, nos termos da metodologia definida na Deliberação da CIC Portugal 2020, o presente documento resulta de um trabalho conjunto da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte (CCDR-N), da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte), das Comunidades Intermunicipais da Região do Norte e da Área Metropolitana do Porto.

Este documento apresenta a metodologia seguida e os resultados obtidos na realização deste exercício de planeamento de políticas públicas e de concertação dos principais atores institucionais nos domínios do desenvolvimento regional e local e da saúde. Assim, para melhor compreensão e contextualização das necessidades de intervenção, é efetuada no capítulo 2 uma caracterização da Região do Norte no que respeita à demografia e à identificação dos principais problemas e determinantes da política de saúde, seguindo-se, no terceiro capítulo, a descrição da organização dos cuidados de saúde. No capítulo 4, analisa-se as redes de infraestruturas correspondentes às tipologias elegíveis no NORTE 2020 e, portanto, sujeitas ao exercício de mapeamento. O capítulo 5 apresenta a estratégia regional para o domínio da saúde. Finalmente, conclui-se com a apresentação dos critérios para a definição das prioridades de intervenção no domínio dos equipamentos de saúde no período de programação 2014-2020.

Quadro 1 – Caracterização do território (2014)

| | Densidade Populacional (Hab./Km ²) | Concelhos | Freguesias |
|----------|--|-----------|------------|
| Portugal | 112,5 | 308 | 3 092 |
| Norte | 170,1 | 86 | 1 426 |

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente, segundo a divisão administrativa correspondente à Carta Administrativa Oficial de Portugal 2013 (CAOP2013).

Como principais tendências demográficas, a considerar neste exercício de mapeamento das necessidades de intervenção em equipamentos de saúde, avultam o progressivo envelhecimento da população, a crescente concentração demográfica nos principais centros urbanos e na parte mais ocidental da Região do Norte (urbanização e litoralização da população residente) e um declínio demográfico mais acentuado no interior. Na última década, registou-se um evidente processo de recomposição territorial, marcado pelo reforço acentuado dos fenómenos de urbanização, de litoralização e de metropolitanização.

Quadro 2 - População residente por grupos etários em 2014 e evolução 2011-2014

| NUTS | Total | 0-14 anos | 15-24 anos | 25-64 anos | 65-74 anos | 75 e + anos | 2011 | 2014/2011 |
|--------------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|
| Portugal | 10 374 822 | 1 490 241 | 1 105 481 | 5 673 933 | 1 071 532 | 1 033 635 | 10 542 398 | -1,6% |
| Norte | 3 621 785 | 504 861 | 410 881 | 2 038 464 | 347 323 | 320 256 | 3 687 224 | -1,8% |
| Alto Minho | 237 997 | 29 488 | 24 787 | 127 239 | 26 007 | 30 476 | 244 149 | -2,5% |
| Cávado | 407 420 | 61 208 | 50 014 | 233 184 | 33 212 | 29 802 | 411 028 | -0,9% |
| Ave | 419 826 | 59 404 | 51 459 | 242 280 | 35 582 | 31 101 | 425 661 | -1,4% |
| AMP | 1 731 354 | 245 090 | 187 017 | 985 379 | 172 617 | 141 251 | 1 758 991 | -1,6% |
| Alto Tâmega | 90 211 | 9 382 | 9 060 | 46 015 | 11 429 | 14 325 | 93 615 | -3,6% |
| Tâmega e Sousa | 425 588 | 64 444 | 56 579 | 241 065 | 33 094 | 30 406 | 432 946 | -1,7% |
| Douro | 197 210 | 24 040 | 21 484 | 105 344 | 21 248 | 25 094 | 204 121 | -3,4% |
| Terras de Trás-os-Montes | 112 179 | 11 805 | 10 481 | 57 958 | 14 134 | 17 801 | 116 713 | -3,9% |

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente.

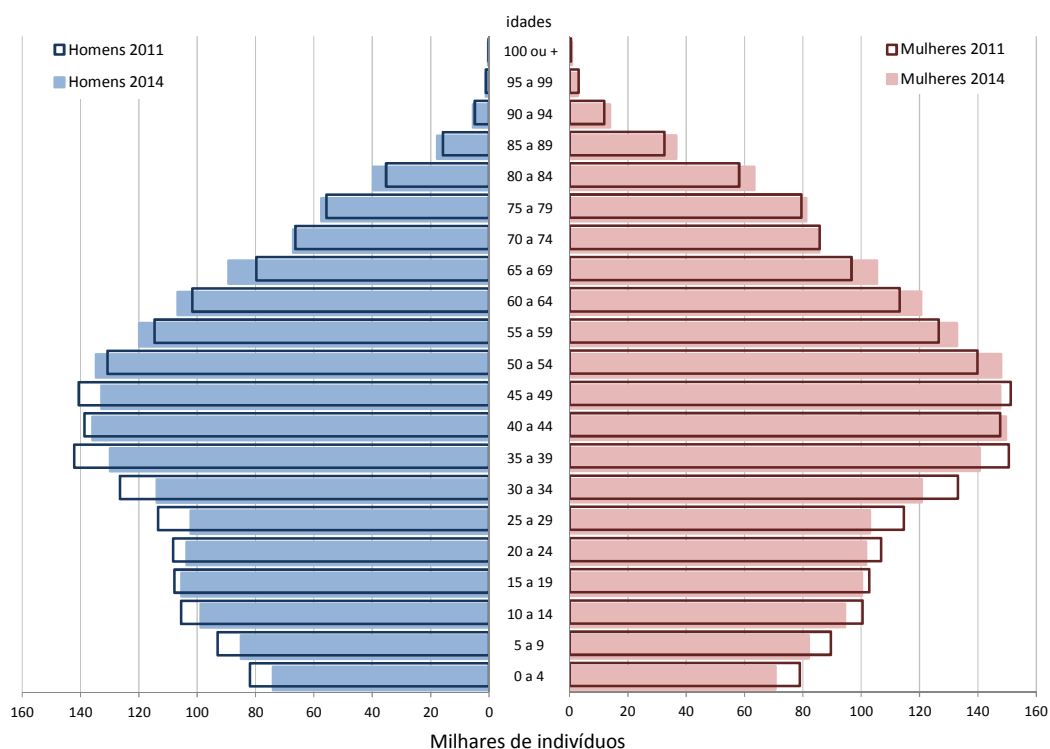


Figura 2 - Pirâmide etária da população residente em 2014 na Região do Norte

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente.

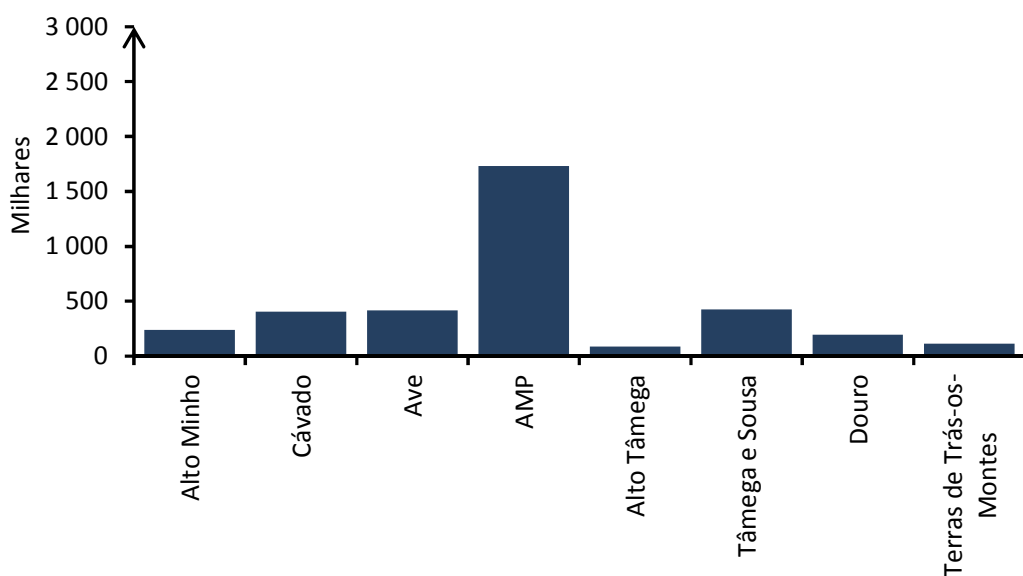


Figura 3 - Distribuição da população residente em 2014 na Região do Norte por NUTS III

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente.

Quadro 3 - Indicadores demográficos em 2014

| NUTS | Índice de dependência de jovens | Índice de dependência de idosos | Índice de envelhecimento | Índice de longevidade |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Portugal | 22,0 | 31,1 | 141,3 | 49,1 |
| Norte | 20,6 | 27,3 | 132,2 | 48,0 |
| Alto Minho | 19,4 | 37,2 | 191,5 | 54,0 |
| Cávado | 21,6 | 22,3 | 103,0 | 47,3 |
| Ave | 20,2 | 22,7 | 112,3 | 46,6 |
| AMP | 20,9 | 26,8 | 128,1 | 45,0 |
| Alto Tâmega | 17,0 | 46,8 | 274,5 | 55,6 |
| Tâmega e Sousa | 21,7 | 21,3 | 98,5 | 47,9 |
| Douro | 19,0 | 36,5 | 192,8 | 54,1 |
| Terras de Trás-os-Montes | 17,2 | 46,7 | 270,5 | 55,7 |

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente.

2.2. Perfil de Saúde da Região do Norte

No documento “Perfil de Saúde da Região Norte”, elaborado pela ARS Norte, é efetuado um diagnóstico da situação da saúde da população da Região do Norte, que sustenta as principais prioridades de política pública estabelecidas no respetivo Plano Regional de Saúde (“PRSN 2014-2016”).

No triénio 2008-2010 e observando as taxas de mortalidade padronizadas pela idade (TMP), as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica do coração constituem, para todas as idades, as duas principais causas de morte específicas da Região do Norte, seguindo-se os tumores dos brônquios e pulmão, a pneumonia e a diabetes.

A carga global de doença permite quantificar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade para as principais doenças ou grupos de doenças, usando como medida-resumo de saúde da população o DALY (anos de vida saudável perdidos). Na Região do Norte, de acordo com o “PRSN 2014-2016”, as doenças cerebrovasculares são as que mais contribuem

para o total de DALY, seguidas pelos episódios depressivos, pela doença isquémica do coração, diabetes *mellitus* e perda de audição.

Foram também identificados nesse plano os principais determinantes da saúde, ou seja, os fatores que, por si só ou combinados com outros, têm capacidade para alterar a probabilidade de ocorrência de doença e de morte evitável ou prematura. A hipertensão arterial, o consumo de tabaco, a obesidade e a inatividade física são os principais fatores indutores de alterações nos resultados de saúde, dependentes fundamentalmente das escolhas de estilos de vida, mais ou menos saudáveis, pelos cidadãos.

No PRSN 2014-2016, hierarquizam-se os cinco principais problemas de saúde, por ordem decrescente de importância, da seguinte forma:

1. Tumores malignos.
2. Doenças cerebrovasculares.
3. Diabetes.
4. Depressão.
5. Doença crónica do fígado e cirrose.

Foram definidos também objetivos quantificados (metas) para as cinco necessidades de saúde mais significativas na Região do Norte, medidos em termos de mortalidade, morbilidade e determinantes de saúde. Estas metas consideram a realidade regional e a necessidade de alinhamento da região com os objetivos nacionais definidos no Plano Nacional (PN) 2012-2016.

3. Organização dos Cuidados de Saúde

A atual configuração do sistema de saúde português resulta de um longo processo histórico, que nasce com a assistência e a beneficência dirigidas aos carenciados e evolui até à afirmação da saúde como prioridade das políticas públicas e como bem público.

O direito à proteção da saúde apenas teve consagração constitucional no ordenamento jurídico português em 1976. No capítulo dos direitos e deveres sociais da Constituição da República, afirma-se que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (CR, art.º 64, n.º 1), cabendo ao Estado o dever de garantir “o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica” (CR, art.º 64, n.º 3, alínea a)).

É com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que é dado o impulso decisivo para a criação de um sistema de saúde, que abrange não só todos os cidadãos (universalidade) como todos os aspetos da saúde (compreensivo ou geral), tal como hoje o conhecemos. Assim, o SNS, enquanto seguro de saúde público, consubstanciado na proteção contra doença e na prestação de cuidados de saúde a todos os portugueses, é ainda muito recente, comparativamente com os sistemas de proteção dos restantes países da União Europeia.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, “o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades”. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem, desta forma, a porta de entrada no SNS, conforme é característico de um sistema de tipo *beveridgiano*. A rede de CSP é composta de unidades de saúde próximas das populações geridas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Integram ainda a rede de prestação de cuidados de saúde do SNS os cuidados secundários (hospitalares), os cuidados continuados integrados, que funcionam no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, e os cuidados de saúde convencionados, mediante acordos celebrados com o SNS. Fazem ainda parte do sistema de saúde português os subsistemas de saúde públicos e os subsistemas privados de saúde e seguros de saúde.

Dado o âmbito do presente mapeamento, descrito no primeiro capítulo, segue-se a caracterização dos cuidados primários e hospitalares.

3.1. Cuidados de Saúde Primários

A matriz organizacional dos CSP foi sendo reestruturada, desde meados da década de 2000, com o objetivo de recentrar o sistema de saúde neste nível de cuidados. A reforma dos CSP – processo não concluído – visa a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, o aumento da acessibilidade, o acréscimo do nível de satisfação dos utilizadores dos serviços e dos profissionais e a melhoria da eficiência e da produtividade. Constituem marcos fundamentais desta reforma a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), em 2007, e dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), em 2008.

A criação dos ACES alterou significativamente a matriz organizacional dos CSP², substituindo um modelo de gestão verticalizado, em que as ARS dispunham do comando direto dos centros de saúde, através dos seus serviços sub-regionais distritais, por um outro assente na contratualização de objetivos e de resultados e implicando delegação do poder de decisão e maior responsabilização. Com esta desconcentração, pretende-se criar condições para tomadas de decisões mais próximas da comunidade, maior celeridade e melhor adequação nas respostas às necessidades identificadas.

O ACES pode integrar um ou mais centros de saúde, que, por sua vez, têm a sua estrutura assente em cinco tipos de unidades funcionais: Unidade de Saúde familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). As unidades funcionais que compõem o ACES dispõem de autonomia administrativa, são constituídas por equipas multiprofissionais, funcionam em rede e assumem compromissos assistenciais devidamente contratualizados.

Premissas epidemiológicas, geodemográficas e de escala para gestão de recursos determinam a delimitação geográfica dos ACES. Daí que no processo de criação não tenha havido coincidência com a área geográfica das NUTS III então em vigor. O ACES pode corresponder a

² Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

uma região NUTS III, a um agrupamento de concelhos, a um concelho ou a um grupo de freguesias, tendo em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes fatores geodemográficos: a) número de pessoas residentes na área do ACES, que não deve, em regra, ser inferior a 50 000 nem superior a 200 000; b) estrutura de povoamento; c) índice de envelhecimento; d) acessibilidade da população ao hospital de referência.

A criação das USF assumiu particular importância e visibilidade também na reforma dos CSP³, em virtude do carácter inovador introduzido no processo de criação e de gestão destas unidades funcionais. Cada USF é criada a partir de candidaturas voluntárias da iniciativa dos profissionais de saúde, constituindo-se como uma “célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares”, formada por “equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais”⁴. O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF prevê três modelos de desenvolvimento - A, B e C – em função do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento⁵. No caso específico do Modelo B das USF, os seus profissionais beneficiam de um regime remuneratório especial, que inclui um sistema de incentivos. No presente, apenas existem USF do Modelo A e B em funcionamento.

A arquitetura dos CSP resultante da criação dos ACES levou a que as unidades de prestação de cuidados ao indivíduo e à família não transformadas em USF fossem reconfiguradas em UCSP.

Dado o objetivo do presente documento, merecem ainda destaque as Unidades de Cuidados Continuados (UCC). Estas unidades prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou de dependência física e funcional ou de doença, que necessite de acompanhamento de proximidade, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

³ Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto

⁴ Despacho normativo do Ministro da Saúde n.º 9/2006, de 12 de janeiro

⁵ Despacho n.º 24100/2007 do Ministro da Saúde, de 8 de outubro.

As equipas das UCC são compostas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. É através das UCC que os ACES participam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. Através das UCC, os ACES desempenham um papel importante na inclusão social, nomeadamente articulando a sua ação com outros serviços e atores fundamentais para o combate aos problemas de exclusão social.

Por fim, refira-se que os ACES podem estar inseridos numa Unidade Local de Saúde. A ULS consiste num modelo organizativo de integração de cuidados que incorpora, sob a égide da mesma estrutura de gestão, unidades hospitalares e unidades de cuidados de saúde primários, com objetivo de melhorar a articulação e a integração entre os diferentes níveis de cuidados.

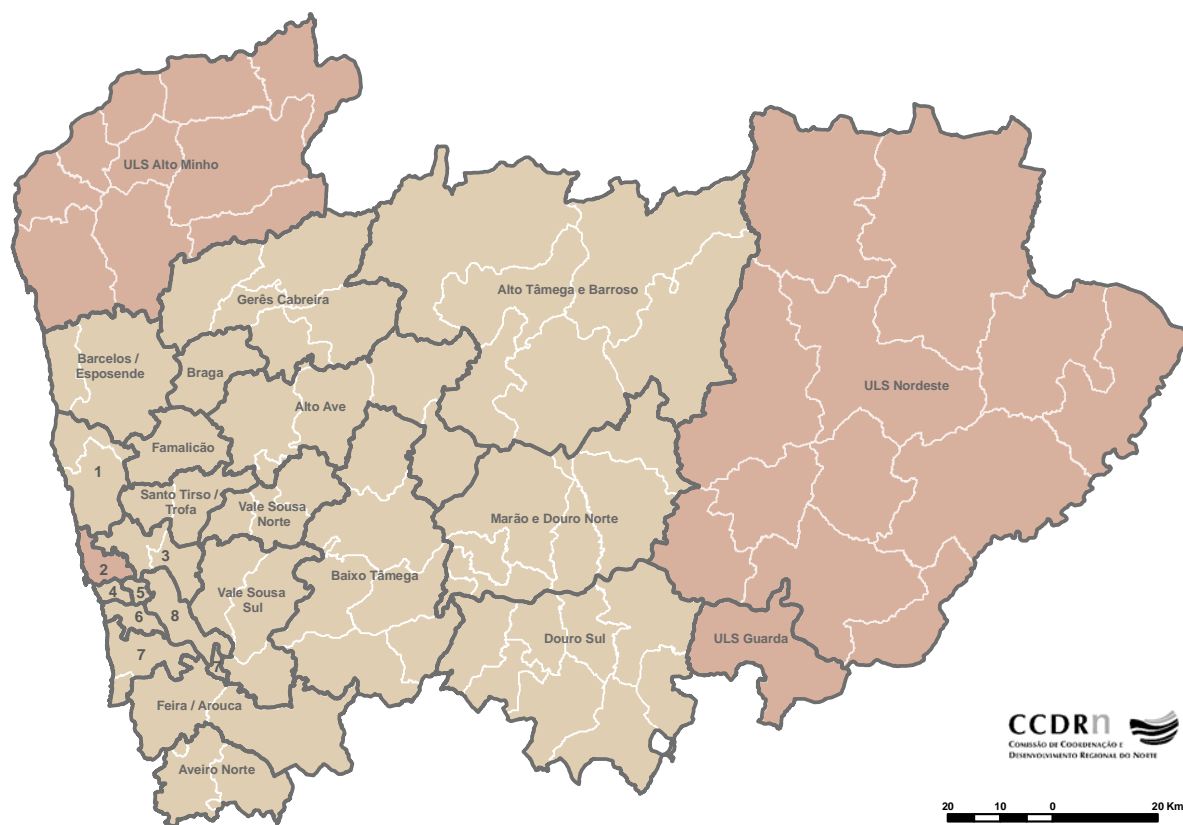
A rede de CSP da Região do Norte é atualmente constituída por 24 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo 21 administrados pela ARS Norte e 3 integrados em Unidades Local de Saúde (ULS). Apresenta-se, no quadro seguinte, a descrição detalhada da divisão do território da Região do Norte segundo os Agrupamentos de Centros de Saúde e as Unidades Locais de Saúde, bem como a respetiva população residente.

Quadro 4 - Território e população residente abrangida por ACES/ULS⁶

| ACES/ULS | CONCELHOS | População Residente 2014 |
|---|--|--------------------------|
| ALTO AVE | Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto, Guimarães, Fafe, Vizela | 252.365 |
| ALTO TÂMEGA E BARRROSO | Boticas, Chaves, Montalegre, Ribeira de pena, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar | 90.211 |
| AVEIRO NORTE | Oliveira de Azeméis, São João da Madeira, Vale de Cambra | 111.020 |
| BAIXO TÂMEGA | Amarante, Baião, Celorico de Basto, Cinfães, Marco de Canaveses, Resende | 176.874 |
| BARCELOS ESPOSENDE | Barcelos, Esposende | 153.136 |
| BRAGA | Braga | 181.553 |
| DOURO SUL | Armamar, Lamego, Moimenta da Beira, Penedono, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço e Tarouca | 71.489 |
| ESPINHO GAIA – (Censos 2011) Nota: Concelho de Espinho, INE Estimativas 2014 = 30.056 | Espinho freguesias de Gaia (Arcozelo, Canelas, União das Freguesias de Grijó e Sermonde, União das Freguesias de Gulpilhares Valadares, Madalena, União das Freguesias de Pedroso Seizezelo, União das Freguesias de Sandim, Olival, Lever e Crestuma, São Félix da Marinha, União das Freguesias de Serzedo e Perosinho) e Lomba, freguesia de Gondomar | 182.019 |
| FAMALICÃO | Famalicão | 133.277 |
| FEIRA AROUCA | Arouca e Santa Maria da Feira | 161.138 |
| GAIA – valores Censos 2011 Nota: Concelho de Vila Nova de Gaia, INE Estimativas 2014 = 301.918 | Freguesias do concelho de Vila Nova de Gaia: Avintes, Canidelo, União das Freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso, Oliveira do Douro, Vilar do Andorinho, União das Freguesias de Santa Marinha e São Pedro da Afurada | 152.062 |
| GERÊS CABREIRA | Amare, Póvoa de Lanhoso, Vieira do Minho e Vila Verde | 106.915 |
| GONDOMAR | Gondomar, exceto freguesia de Lomba | 166.841 |
| MAIA/VALONGO | Maia, Valongo | 230.904 |
| MARÃO E DOURO NORTE | Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real | 101.188 |
| PORTO OCIDENTAL – Censos 2011 Nota: Concelho Porto, INE Estimativas 2014 = 218.231 | União das Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória, União das Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos, Ramalde | 136.369 |
| PORTO ORIENTAL – Censos 2011 Nota: Concelho Porto, INE Estimativas 2014 = 218.231 | Bonfim, Campanhã e Paranhos | 101.222 |
| PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE | Póvoa de Varzim e Vila do Conde | 142.225 |
| SANTO TIRSO/TROFA | Santo Tirso, Trofa | 108.407 |
| ULS ALTO MINHO | Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo, Vila Nova de Cerveira | 237.997 |
| ULS MATOSINHOS | Matosinhos | 174.045 |
| ULS NORDESTE | Alfândega da Fé, Bragança, Carraceda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso, Vinhais | 105.276 |
| VALE SOUSA NORTE | Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira | 161.571 |
| VALE SOUSA SUL | Castelo de Paiva, Paredes, Penafiel | 173.811 |

Fonte: ARS-Norte e INE, Estimativas Anuais a População Residente e Recenseamento da População 2011.

⁶ Refira-se que em maio de 2014, nos termos do DL nº 59/2014 de 16 de abril (DR, 1ª série, nº 75), as atribuições e competências da ULS Nordeste no que se refere à prestação de cuidados de saúde à população do concelho de Vila Nova de Foz Côa foram transferidos para a ULS da Guarda, na esfera da ARS do Centro.



ACES e ULS da Região do Norte, 2015

- Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)
- Unidades Locais de Saúde (ULS)

1- ACES Póvoa de Varzim/ Vila do Conde | 2- ULS Matosinhos | 3- ACES Maia/ Valongo | 4- ACES Porto Ocidental
5- ACES Porto Oriental | 6- ACES Gaia | 7- ACES Espinho/ Gaia | 8- ACES Gondomar

Fonte dos registos: Base de dados da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte), consultada em setembro de 2015.

Figura 4 - Delimitação do território por ACES/ULS

3.2. Cuidados de Saúde Hospitalares

Os hospitais públicos que integram a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde podem, em função do modelo de gestão adotado, assumir quatro figuras jurídicas: (a) hospitais integrados no sector público administrativo (SPA); (b) hospitais entidades públicas empresariais (EPE); (c) hospitais sociedade anónima (SA); (d) estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos⁷. A possibilidade conferida pela

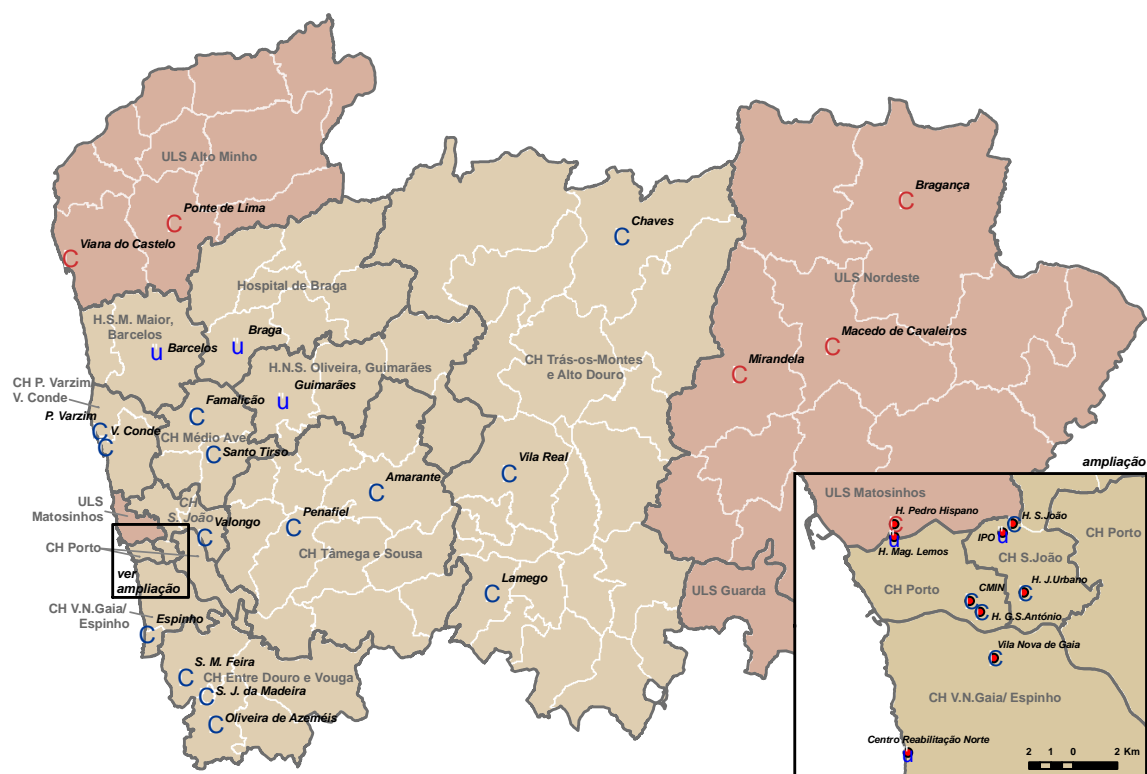
⁷ Regime Jurídico da Gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

lei de adoção de novos modelos de gestão pretendeu disponibilizar mecanismos de gestão mais flexíveis e incentivadores de maior racionalização de recursos e de mais eficiência.

A organização da rede pública hospitalar da Região do Norte sofreu alterações significativas entre 2005 e 2011. Das 30 instituições hospitalares existentes em 2005, passou-se para 20, em 2008, e para 15, em 2011. Esta reorganização visou a obtenção de melhorias na acessibilidade, na eficiência e na relação custo-efetividade, antecipando, de certa forma, o que viria a ser estabelecido no “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidade de Política Económica”, acordado entre o Estado português e o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia. Entre o conjunto de medidas direcionadas para o setor da saúde, com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia do sistema, o Memorando estabeleceu o objetivo de “prosseguir com a reorganização e racionalização da rede hospitalar através da especialização, concentração e redimensionamento (downsizing) de serviços hospitalares e de urgência, bem como da gestão conjunta dos hospitais (em conformidade com o Decreto-Lei n.º 30/2011) e do funcionamento conjunto dos hospitais”.

Dado o trabalho já desenvolvido, na Região do Norte procurou-se aprofundar a parceria estratégica com o sector social da saúde, em especial com a União das Misericórdias, tendo em vista a devolução de unidades hospitalares aos seus proprietários e a respetiva contratualização de serviços.

A rede de hospitais públicos da Região do Norte, em função do modelo de gestão/regime jurídico, compõe-se, presentemente, de quinze entidades públicas empresariais, correspondentes a vinte e nove unidades hospitalares, e de dois estabelecimentos geridos por entidades privadas, um na modalidade de Contrato de Gestão (regime de Parceria Pública Privada), outro na modalidade de Acordo de Gestão com Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). A rede de hospitais públicos integra cinco unidades hospitalares especializadas nas seguintes áreas: oncologia, saúde mental, reabilitação, doenças infecciosas e saúde materno-infantil. A rede pública hospitalar é complementada por estabelecimentos de saúde pertencentes a IPSS, mediante contratualização de serviços, estando em vigor onze Acordos de Cooperação com as Santas Casas de Misericórdia.



Organização Hospitalar da Região do Norte, 2015

- CH Centro Hospitalar (CH)
- H Hospital (H)
- Hospital integrado em Unidade Local de Saúde (ULS)
- Área de influência de 1ª linha de uma Unidade Hospitalar
- Territórios abrangidos por Unidades Locais de Saúde (ULS)
- Territórios abrangidos por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)

CCDRn
Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte

20 10 0 20 Km

Fonte dos registos: Base de dados da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte), consultada em outubro de 2015. Apenas se consideram unidades hospitalares da rede pública. Não foram consideradas unidades associadas a acordos de cooperação.

Figura 5 - Organização hospitalar da Região do Norte

4. Infraestruturas de Saúde e Investimentos em Anteriores Períodos de Programação Financeira

A efetivação do direito dos cidadãos à proteção da saúde, no respeito pelo princípio da universalidade consagrado na Constituição de 1976, obrigou a profundas transformações e avultados investimentos na rede de infraestruturas da saúde. Ao nível dos cuidados de saúde primários, a rede de unidades disponível, além de muito insuficiente, não respondia aos requisitos dos serviços que devem ser prestados nesse nível de cuidados, tal como decorre da Declaração de Alma-Ata formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em setembro de 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde. Nesta Declaração, é afirmada a importância dos cuidados de saúde primários na viabilização da universalidade dos cuidados e a responsabilidade dos governos na promoção da saúde.

No que respeita aos cuidados hospitalares, a rede refletia a assunção tardia pelo Estado da responsabilidade no financiamento e no funcionamento dos hospitais. Até à implantação do regime democrático, em 1974, os cuidados hospitalares eram predominantemente prestados por rede de carácter assistencial (das Misericórdias), que foi constituída por motivos de beneficência. Após 1974, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde nesses hospitais passou para a esfera do Estado português. A necessidade de garantir uma oferta adequada no mais curto espaço de tempo obrigou, muitas vezes, a recorrer a infraestruturas disponíveis, ainda que nem sempre com as condições adequadas, e a soluções provisórias.

Com a adesão de Portugal à, então, Comunidade Económica Europeia, também na Região do Norte se passou a contar com a importante participação dos Fundos Estruturais no financiamento da oferta de serviços de saúde, nomeadamente através da construção, reabilitação e ampliação de infraestruturas. Destacam-se, neste contexto específico, os dois anteriores Programas Operacionais Regionais, correspondentes aos períodos de programação 2007-2013 e 2014-2020.

Através da Medida 3.8 – “Saúde”, do Programa Operacional Regional do Norte 2000-2006 (ON – “Operação Norte”), foram apoiadas intervenções de melhoria das condições físicas

(infraestruturas e equipamentos) dos centros de saúde e hospitais⁸, envolvendo uma contrapartida FEDER de aproximadamente 71,6 milhões de euros. Neste âmbito, foram apoiadas:

- 127 intervenções de construção, remodelação e adequação de instalações de centros de saúde;
- 84 intervenções em equipamentos de centros de saúde (apetrechamento);
- 25 intervenções de remodelação e adequação de instalações hospitalares, incluindo hospitais de dia;
- 21 intervenções em equipamento de instalações hospitalares, incluindo hospitais de dia (apetrechamento);
- 1 ampliação de estabelecimento hospitalar.

No Programa Operacional Regional do Norte 2007-2013 (ON.2 – “O Novo Norte”), ao abrigo do Regulamento Específico das “Infraestruturas e Equipamentos de Saúde”, foram apoiados projetos de reconfiguração e requalificação de serviços de saúde, envolvendo uma comparticipação FEDER de aproximadamente 129 milhões de euros, nomeadamente:

- 7 intervenções de remodelação, ampliação e/ou equipamento de unidades de saúde dos cuidados primários;
- 12 intervenções de construção e equipamento de unidades de saúde dos cuidados primários;
- 7 intervenções de remodelação, ampliação e equipamento de unidades hospitalares;
- 4 intervenções de construção de novas unidades hospitalares.

No período de programação 2007-2013, verificou-se uma significativa concentração dos apoios na construção de quatro novos estabelecimentos hospitalares

Foram construídos dois hospitais gerais de área de influência local - Novo Hospital de Proximidade de Lamego e Unidade Hospitalar de Amarante - e dois hospitais especializados (com uma área de influência extensível a toda a região NUTS II) - Centro de Reabilitação do

⁸ No que se refere aos cuidados hospitalares, os apoios concentraram-se exclusivamente na remodelação de infraestruturas existentes.

Norte (CRN) e Centro Materno Infantil do Norte (CMIN). Com exceção do CRN, todos os hospitais construídos são, na verdade, hospitais de substituição. A necessidade de proceder à construção de raiz destes equipamentos, resultou, designadamente da antiguidade dos anteriores edifícios, da sua disposição e *layouts*/fluxos, incompatíveis com a evolução da medicina, e dos custos fixos muito elevados que acarretavam. O CRN, por sua vez, veio cobrir uma lacuna assistencial da Região do Norte, pois trata-se de um hospital especializado e diferenciado, dedicado ao tratamento de situações graves e complexas que exigem intervenção de equipas de reabilitação multidisciplinares. As outras regiões de saúde já dispunham de equipamento desta natureza.

Quadro 5 - Apoio FEDER executado no ON e aprovado no ON2 por NUTS III – Rede de cuidados hospitalares

Unidade: €

| NUTS | Cuidados Hospitalares | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|-------------|
| | QCAIII - ON (Med.3.8) | QREN - ON.2 | Total |
| Norte | 14 932 749 | 115 634 190 | 130 566 939 |
| Alto Minho | 1 248 719 | 0 | 1 248 719 |
| Cávado | 615 013 | 0 | 615 013 |
| Ave | 181 365 | 2 915 429 | 3 096 794 |
| AMP | 11 951 684 | 68 406 108 | 80 357 792 |
| Alto Tâmega | 94 406 | 0 | 94 406 |
| Tâmega e Sousa | 0 | 16 446 117 | 16 446 117 |
| Douro | 468 813 | 26 626 072 | 27 094 885 |
| Terras de Trás-os-Montes | 372 749 | 1 240 464 | 1 613 213 |

Fonte: ARS-Norte (dados do ON.2 de 13/05/2015).

A concentração dos recursos no apoio aos equipamentos hospitalares limitou a possibilidade de financiamento de intervenções na área dos cuidados de saúde de proximidade (cf. Quadro 6). Sendo assim, as restrições orçamentais do Estado português, associadas à prioridade conferida no ON.2, levaram ao adiamento de intervenções programadas nessa área.

Quadro 6 - Apoio FEDER executado no ON e aprovado no ON2 por NUTS III – Cuidados de saúde primários e Serviços de urgência básica

Unidade: €

| NUTS | Cuidados de Saúde primários e Serviços de Urgência Básica | | | |
|--------------------------|---|-------------|------------|--|
| | QCAIII - ON (Med.3.8) | QREN - ON.2 | Total | € por residente (Pop. Estimada 2013) |
| Norte | 52 530 778 | 13 412 860 | 65 943 638 | 18,1 |
| Alto Minho | 3 404 174 | 2 775 094 | 6 179 267 | 25,7 |
| Cávado | 3 181 569 | 2 790 998 | 5 972 567 | 14,6 |
| Ave | 10 138 873 | 1 277 115 | 11 415 989 | 27,1 |
| AMP | 15 140 792 | 2 825 110 | 17 965 903 | 10,3 |
| Alto Tâmega | 424 215 | 156 903 | 581 117 | 6,4 |
| Tâmega e Sousa | 5 916 904 | 1 731 655 | 7 648 558 | 17,9 |
| Douro | 3 856 915 | 0 | 3 856 915 | 19,3 |
| Terras de Trás-os-Montes | 10 467 336 | 1 855 985 | 12 323 322 | 108,5 |

Fonte: ARS-Norte (dados do ON.2 de 13/05/2015).

* Valores de aprovação indicados pela CCDRN em 13/05/2015 / Nota: no ON não são considerados projetos de abrangência sub-regional por englobarem vários municípios e, nalguns casos, mais de uma NUTS III.

Os investimentos realizados conjugados com as reformas empreendidas nos últimos anos permitiram progressos assinaláveis na acessibilidade e na qualidade dos serviços prestados. Mas, decorridas mais de três décadas desde o início da implementação do SNS no terreno, continuam a existir carências nas infraestruturas físicas.

Existem unidades de saúde a funcionar em edifícios não adequados à prestação de cuidados (edifícios pré-fabricados e outras soluções de recurso), que não obtiveram ainda uma resposta apropriada. Nos últimos anos, a situação económico-financeira do país e as finanças públicas dificultaram a realização dos investimentos necessários. Esta situação é bem notória quando se verifica a execução financeira de projetos de investimento na área dos CSP da ARSN no período de 2002 a 2014 (cf. Figura 6). O investimento sofreu uma quebra assinalável no período de 2011, coincidindo com o pedido de ajuda financeira do Estado português e com o fim do Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central (PIDDAC).

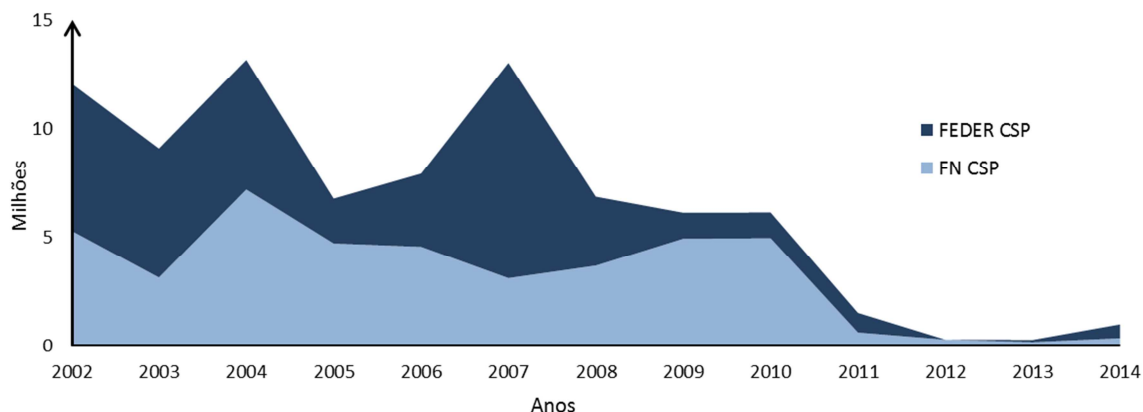


Figura 6 - Investimento da ARSN por fonte de financiamento – 2002 a 2014

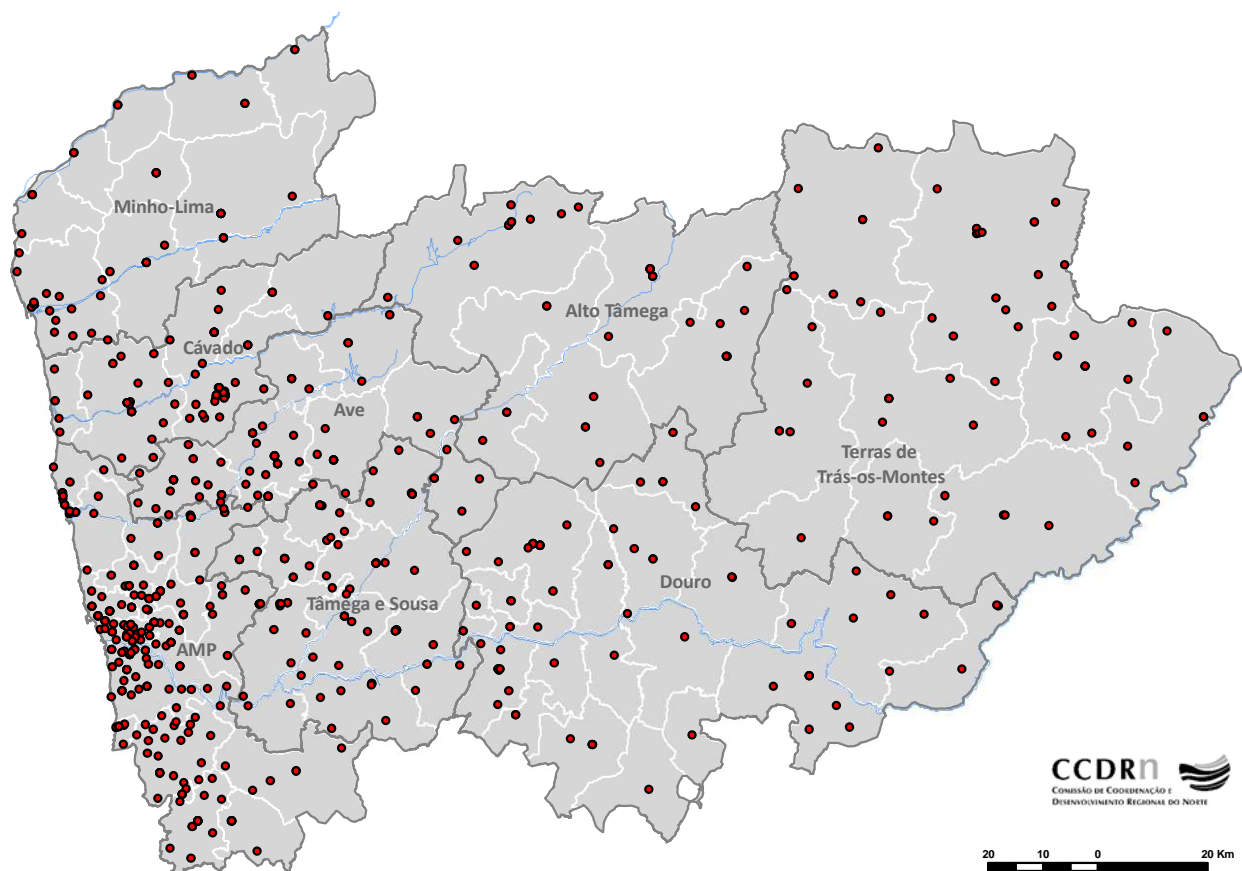
Fonte: ARSN - 2002 a 2011 PIDDAC, 2012 a 2014 Orçamento de Investimento

A continuação do processo de reforma dos cuidados de saúde primários e hospitalares, que visa essencialmente a manutenção da sustentabilidade do SNS, exige a beneficiação e requalificação de infraestruturas. Quanto aos cuidados de saúde primários, é necessário garantir as condições físicas adequadas ao desenvolvimento do trabalho de equipas multiprofissionais próximas das populações; já no que diz respeito aos cuidados hospitalares, para além da necessidade de garantir as condições físicas para a prestação de cuidados de qualidade, são exigidos investimentos que permitam a concentração de serviços, a otimização das estruturas existentes e a requalificação de espaços, que apresentam atualmente elevados custos de manutenção.

Tendo por referência as tipologias elegíveis no NORTE 2020 sujeitas a mapeamento, segue-se análise mais pormenorizada da rede dos CSP e da rede de Urgências.

4.1. Cuidados de Saúde Primários - Rede de Infraestruturas

Nas últimas três décadas foi possível dotar a Região do Norte de uma efetiva rede de CSP. Realizaram-se significativos investimentos na construção e remodelação de unidades de saúde, de modo a proporcionar o acesso e a qualidade exigidos a um sistema de saúde assente nos CSP.



Locais de Prestação de Cuidados de Saúde Primários na Região do Norte, 2015

● Localizações/Equipamentos com pelo menos 1 Unidade Funcional

Fonte dos registos: Base de dados da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte), consultada em setembro de 2015.

Figura 7 - Locais de prestação de cuidados de saúde primários na Região do Norte, 2015⁹

No seguimento das reformas empreendidas, a arquitetura organizacional dos CSP na Região do Norte sofreu profundas alterações.

⁹ Cada ponto deste mapa representa uma localização onde é prestado um serviço de cuidados de saúde primários. Poderá ser prestado mais do que um serviço em cada ponto. A georreferenciação foi realizada a partir das moradas das Unidades Funcionais de uma base de dados da ARS-Norte consultada em setembro de 2015. Poderão registar-se imprecisões na marcação de alguns pontos a uma escala subconcelhia.

Quadro 7 - Número de unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários, setembro de 2015

| NUTS | UCSP | USF | UCC |
|--------------------------|------|-----|-----|
| Norte | 147 | 217 | 88 |
| Alto Minho | 12 | 14 | 9 |
| Cávado | 11 | 24 | 9 |
| Ave | 15 | 27 | 9 |
| AMP | 40 | 121 | 29 |
| Alto Tâmega | 12 | 6 | 7 |
| Tâmega e Sousa | 27 | 18 | 5 |
| Douro | 18 | 7 | 11 |
| Terras de Trás-os-Montes | 12 | 0 | 9 |

Fonte: ARS-Norte

Os investimentos realizados e as reformas empreendidas nos últimos anos permitiram alcançar progressos significativos na acessibilidade aos cuidados de saúde, como mostra a redução da população sem médico de família.

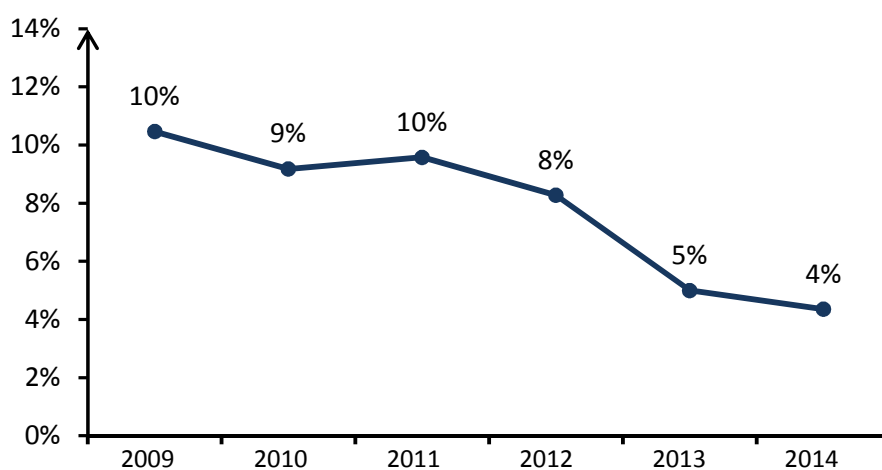


Figura 8 - Proporção de utentes sem médico de família, na Região do Norte

Fonte: ARS-Norte

Quadro 8 - Importância crescente das USF

| Indicador | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Número de USF | 0 | 83 | 113 | 140 | 172 | 186 | 200 | 214 |
| Número de total de inscritos | 4 054 357 | 4 085 644 | 4 098 865 | 4 061 980 | 4 057 684 | 4 011 497 | 3 811 829 | 3 835 433 |
| Número de inscritos em USF | | 980 555 | 1 369 021 | 1 689 784 | 2 065 361 | 2 246 438 | 2 334 703 | 2 507 087 |
| Média de utentes inscritos por USF | | 11 814 | 12 115 | 12 070 | 12 008 | 12 078 | 11 674 | 11 715 |
| Percentagem de utentes inscritos em USF | | 24,0% | 33,4% | 41,6% | 50,9% | 56,0% | 61,2% | 65,4% |

Fonte: ARS-Norte

O novo modelo organizativo permitiu, assim, a atribuição de médico de medicina geral e familiar a muito portugueses até aí sem essa assistência. A criação das USF contribuiu de forma significativa para essa evolução positiva. Na Região do Norte, em 2014, 65,4% da população encontra-se coberta por USF.

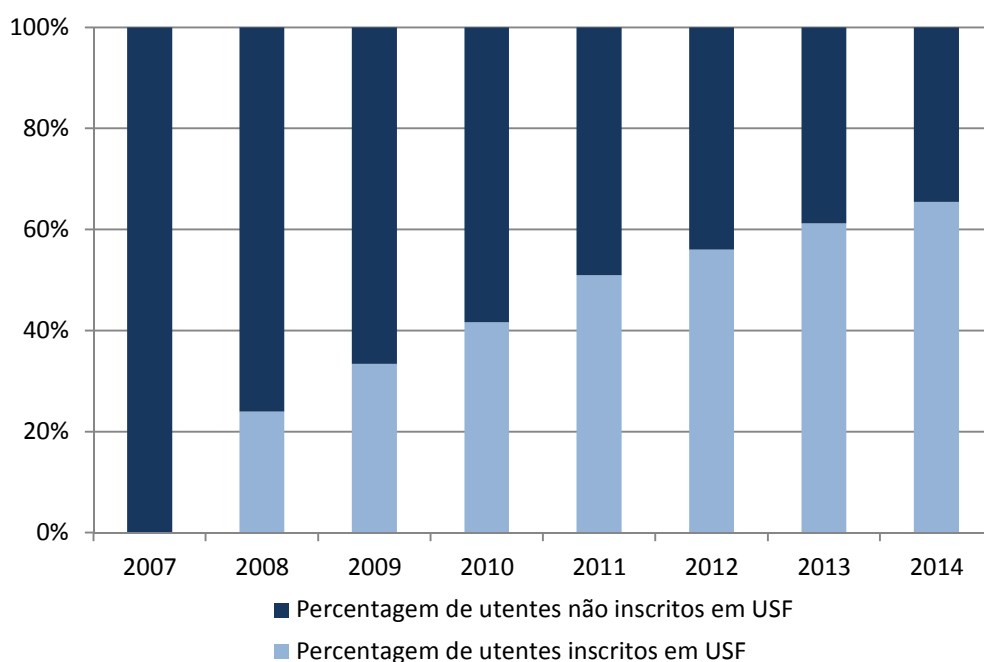


Figura 9 - Evolução da proporção de utentes inscritos em USF, na Região do Norte

Fonte: ARS-Norte

Não obstante a evolução muito favorável, continuam a existir carências que deverão ser colmatadas no contexto da reforma dos CSP. A nova organização destes cuidados pretende um mais eficiente exercício das funções que, de acordo com os peritos, devem ser assumidas atualmente a este nível: primeiro ponto de contacto para todas as novas necessidades de saúde; prestação de cuidados contínuos ao longo do tempo focados na pessoa e não na doença; prestação de cuidados compreensivos; coordenação de cuidados. A reconfiguração

das unidades prestadoras em USF e UCC encontra-se alinhada com o conceito atual de cuidados de saúde primários, tal como definido pelo painel de peritos da Comissão Europeia: “...the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) considers primary care to be the provision of universally accessible, person-centered, comprehensive health and community services, provided by a team of professionals accountable for addressing a large majority of personal health needs. These services are delivered in a sustained partnership with patients and informal care givers, in the context of family and community and play a central role in the overall coordination and continuity of people's care.”¹⁰

A consolidação e o fortalecimento da rede de prestação de cuidados de saúde primários justificam-se ainda mais no contexto atual de crise económica e social, na medida em que esta rede proporciona cuidados de proximidade e permite intervir junto dos grupos de cidadãos mais vulneráveis, designadamente por motivos de baixos rendimentos.

Os pagamentos diretos em Portugal (pagamento total ou parcial efetuado pelo utente no momento da utilização dos serviços), em 2011, ascenderam a 27,3% da despesa total da saúde, que compara com uma média de 19,6% na OCDE, e representam 4,3% do consumo das famílias, face a uma média de 2,9 % na OCDE. Comparando com os restantes países da UE, no primeiro indicador mencionado, apenas a Grécia tem pior resultado do que Portugal e, no segundo indicador, o nosso país tem o pior resultado. Os pagamentos diretos em Portugal situam-se bem acima do limiar de 15-20% considerado aceitável pela OMS. Estes dados são demonstrativos do esforço financeiro dos utentes portugueses na obtenção de serviços de saúde e conferem aos CSP um papel ainda mais relevante em função da dimensão de proximidade que contêm.

Os investimentos nas infraestruturas são umas das componentes necessárias para a consolidação e a conclusão da reforma dos CSP. Deverão ser proporcionadas as condições físicas aos profissionais e aos utentes que viabilizem a constituição de novas USF. Grande parte dos ACES da Região do Norte tem assinaladas necessidades de intervenção nas condições físicas de edifícios tendo em vista a funcionalidade atualmente exigida para a prestação de cuidados.

¹⁰ European Commission's Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, fev. 2014, http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm

4.2. Rede de Urgências

A conjugação do imperativo constitucional, que obriga o Estado a garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e em unidades de saúde, com a necessidade de adaptação à evolução das necessidades e dos recursos existentes e com a expectativa dos cidadãos de ter acesso a cuidados urgentes tem tornado o tema da requalificação da rede de urgências uma constante das prioridades da política de saúde portuguesa. A arquitetura da rede foi definida pelas disposições legais publicadas entre 2006 e 2008, contemplando as características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, os critérios, as condições de acesso e a localização de Pontos de Rede de Urgência, em resultado de trabalhos desenvolvidos por Comissões/Grupos de peritos nesta matéria nomeados pelo Estado português.

Em 2011 foi criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), com “a missão de avaliar o estado de implementação daquela Rede, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso e a composição das respostas existentes, propor alterações à Rede e sugestões para a sua evolução, bem como propor a estratégia de desenvolvimento da resposta de Emergência Pré-Hospitalar e da Rede de Urgência, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU)”. O Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, acolhendo os contributos da CRRNEU, “determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”. Uma das preocupações subjacentes à nova legislação é a disponibilização de uma resposta articulada para o doente em situação urgente ou emergente, em que existe coordenação dos dois sistemas – SU e CSP. De acordo com a CRRNEU, “só a coordenação permitirá adequar a oferta, identificar os papéis de cada um dos sistemas, percebendo as expectativas do cidadão e a cultura das estruturas clínicas, e reduzir a redundância, ganhando qualidade e eficiência.”

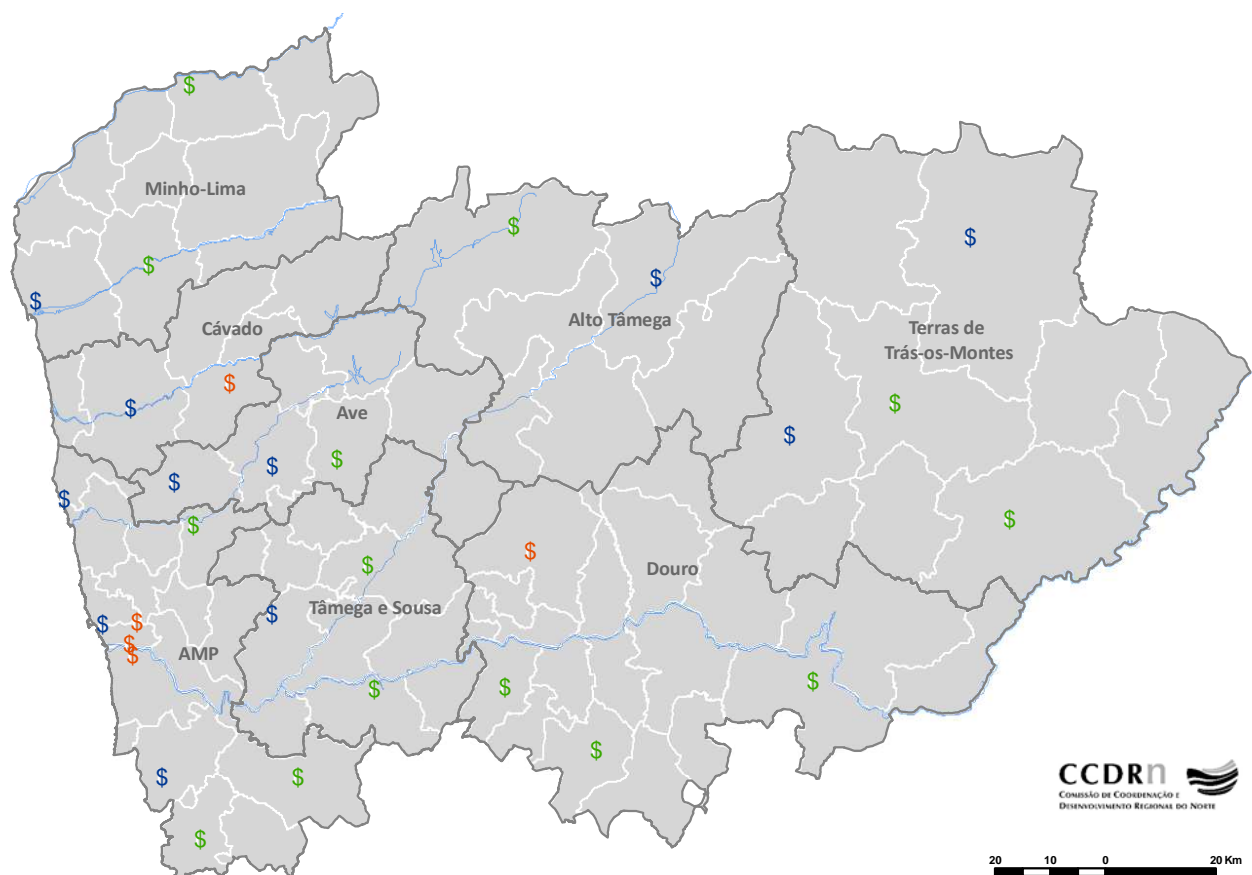
Os serviços de urgência da Região do Norte estão organizados de acordo com a rede de referência da Urgência/Emergência que se encontra estruturada em três níveis de resposta:

- Serviço de Urgência Básico (SUB).
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O primeiro nível de atendimento é assegurado pelos SUB, que garantem a abordagem e a resolução das situações mais simples e mais comuns. Este serviço deve existir quando a população de uma determinada área territorial não tenha assegurado um nível de SU superior (SUMC ou SUP) num tempo máximo de acesso de 60 minutos. Na Região do Norte existem 14 serviços de urgência básica que prestam serviços de proximidade à população e que são assegurados por dois médicos e dois enfermeiros em presença física. Os SUB estão localizados em meio hospitalar ou nos CSP.

O segundo nível de acolhimento das situações de urgência é assegurado pelas urgências médico-cirúrgicas, que prestam o apoio diferenciado à rede de SUB e referenciam para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou do apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência. Na Região do Norte existem 11 urgências médico-cirúrgicas

O nível mais diferenciado de acolhimento às situações de urgência e emergência é assegurado pelas urgências polivalentes, existindo nesta região NUTS II cinco urgências desta tipologia.



Pontos da Rede de Urgências da Região do Norte, 2015

- \$ SUP – Serviço de Urgência Polivalente
- \$ SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- \$ SUB - Serviço de Urgência Básico

Fonte dos registos: Base de dados da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte), consultada em setembro de 2015.

Figura 10 - Pontos da rede de urgências da Região do Norte, 2015¹¹

¹¹ Cada ponto deste mapa representa uma localização onde é prestado um serviço de urgência. A georreferenciação foi realizada a partir das moradas destes serviços constantes numa base de dados da ARS-Norte, consultada em setembro de 2015.

Quadro 9 - Distribuição dos pontos da rede de urgências por tipologia e entidade gestora

| Entidade Gestora | Serviço de Urgência Polivalente | Serviço de Urgência Médico-cirúrgica | Serviço de Urgência Básica |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Centro Hospitalar de São João, EPE | x | | |
| Centro Hospitalar do Porto, EPE | x | | |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE | x | | |
| Hospital de Braga, PPP | x | | |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE Unidade de Vila Real Unidade de Chaves Unidade de Lamego | x | x | x |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE | | x | |
| Hospital de Fafe | | | x |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE Unidade de Famalicão Unidade de Santo Tirso | | x | x |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE Unidade de Santa Maria da Feira Unidade de Oliveira de Azeméis | | x | x |
| Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE | | x | |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE Unidade de Penafiel Unidade de Amarante | | x | x |
| Hospital Santa Maria Maior, EPE | | x | |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE Unidade de Bragança Unidade de Mirandela Unidade de Macedo de Cavaleiros Centro de Saúde de Mogadouro | | x x | x x |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE | | x | |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE Unidade de Viana do Castelo Unidade de Ponte de Lima Centro de Saúde de Monção | | x | x x |
| ACES Alto Tâmega e Barroso Centro de Saúde de Montalegre | | | x |
| ACES Feira Arouca Centro de Saúde de Arouca | | | x |
| ACES Baixo Tâmega Centro de Saúde de Cinfães | | | x |
| ACES Douro Sul Centro de Saúde de Moimenta da Beira | | | x |
| ULS Guarda, EPE Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa | | | x |

Fonte: ARS-Norte

Nos últimos anos a ARSN tem apostado fortemente no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde programados, conseguindo, por esta via, diminuir os episódios de urgência. Essa tendência pode ser verificada nos dados apresentados de seguida:

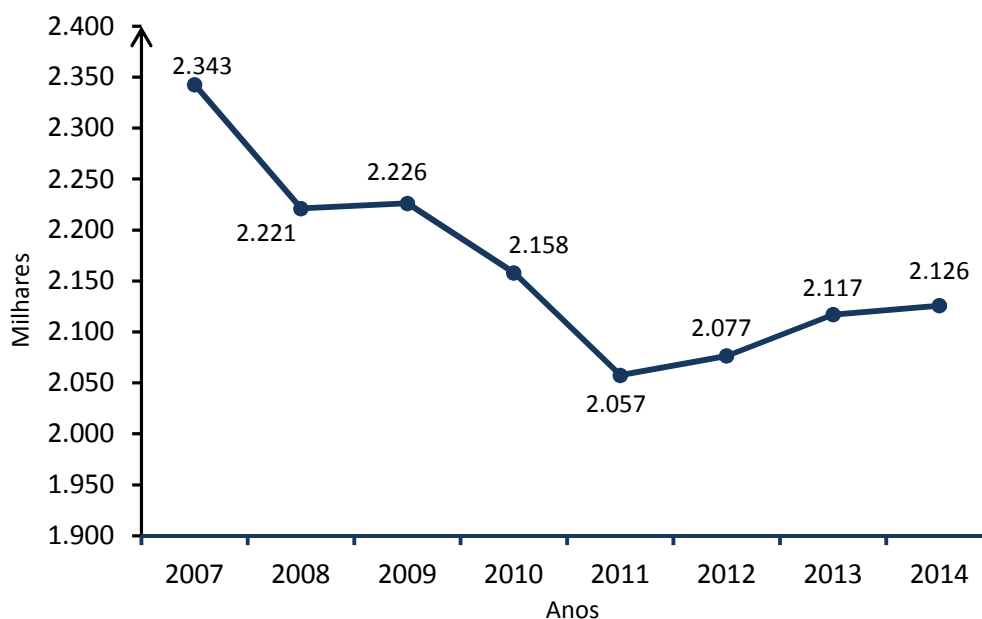


Figura 11 - Evolução do número de episódios de urgência

Fonte: ARS-Norte

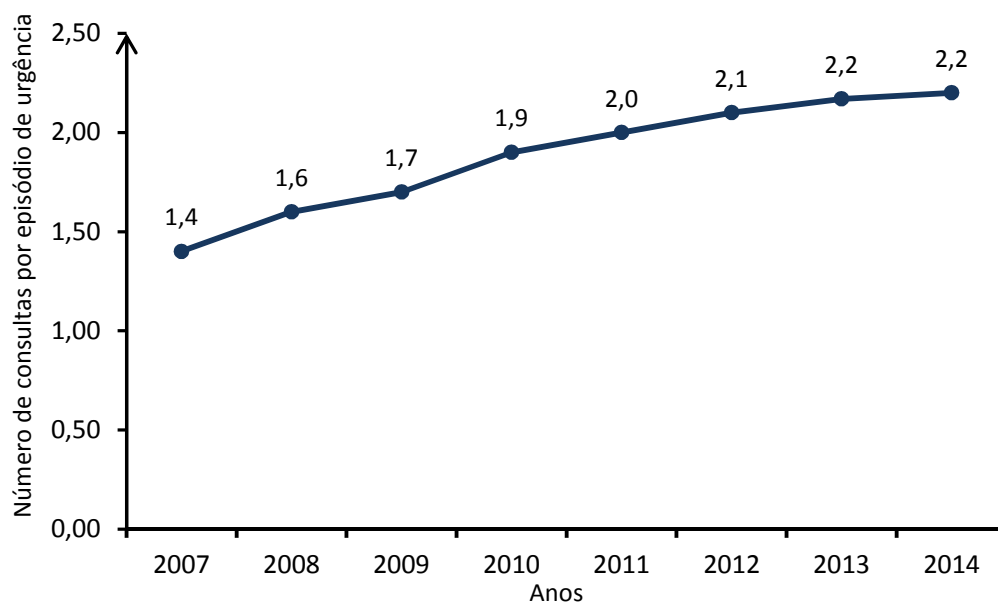


Figura 12 - Rácio: número de consultas por episódio de urgência

Fonte: ARS-Norte

Considera-se, no entanto, que a procura deste tipo de cuidados de saúde tende a estabilizar, conforme demonstram os dados de 2013 e 2014, pelo que será necessário manter os serviços em condições físicas que permitam assegurar cuidados de qualidade. Embora se persista no esforço de encaminhamento das situações não urgentes para os cuidados de proximidade, é essencial que as instituições hospitalares disponham de espaços físicos adequados às exigências técnicas das urgências/emergências e à dignidade da condição humana.

O cumprimento do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, atrás mencionado, pelos estabelecimentos gestores de pontos de urgência exige, em muitos casos, intervenções nas estruturas físicas. Destacam-se algumas das necessidades:

- reestruturações físicas que permitam a correta definição de percursos lógicos para a avaliação, tratamento e encaminhamento dos doentes;
- melhoria das condições de conforto para os doentes e seus acompanhantes, assegurando condições de privacidade que, muitas vezes, não estão garantidas;
- garantia do acesso fácil a meios complementares de diagnóstico e, no caso do SMUC e do SUP, também do bloco operatório;
- funcionamento das Urgências Pediátricas de Hospitais com SUMC ou SUP em áreas específicas para o atendimento em idade pediátrica, dispondo de salas de observação ou internamento de curta duração, com capacidade adequada às condições de cada serviço;
- beneficiação dos serviços de urgência, no que respeita aos equipamentos e às valências médicas obrigatórias.

Existem ainda situações de desajustamento de estruturas físicas para as atuais e futuras necessidades. Num contexto de envelhecimento da população, e consequente aumento das doenças crónicas, e perante hábitos enraizados de recurso às urgências, que levarão o seu tempo a modificar, não podem deixar de ser realizados investimentos nas infraestruturas sob pena de comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

5. Estratégia Regional

A estratégia da Região do Norte para a área da saúde encontra-se plasmada nos documentos de planeamento da Administração Regional de Saúde do Norte e tem tradução operacional e financeira, em algumas áreas de intervenção, no Programa Operacional Regional do Norte 2014-2020.

A Administração Regional de Saúde do Norte tem por missão garantir à população da sua área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde. Compete-lhe, nessa medida, contribuir para o reforço da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, concentrando a ação gestionária nas seguintes áreas definidas como prioritárias pelos decisores políticos:

- assegurar a cobertura populacional, com particular atenção aos grupos mais vulneráveis da sociedade;
- reorganizar as plataformas de prestação de cuidados;
- reforçar o processo de contratualização no âmbito da rede de cuidados primários;
- controlar a taxa de crescimento das despesas em medicamentos e meios complementar de diagnóstico;
- reduzir os custos operacionais, designadamente as despesas de pessoal;
- otimizar os processos de negócios, através da implementação dos serviços partilhados.

O Plano Estratégico da ARS Norte para o biénio 2014-2016 encontra-se, assim, alinhado com o Programa do XIX Governo Constitucional, o Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC), o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, o Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016 e as Grandes Opções do Plano para 2014. Está estruturado em três grandes linhas estratégicas:

1. Garantir o acesso aos cuidados de saúde considerados adequados à satisfação das necessidades da população da Região do Norte.
2. Garantir um SNS sustentável e bem gerido.
3. Melhorar a comunicação interna e externa, em ordem à prestação de um serviço mais próximo do cidadão/cliente.

A primeira linha estratégica está na génese da missão da ARS, ou seja, a promoção de mais e melhor saúde e de um acesso equitativo; a segunda apela a uma gestão eficiente e eficaz dos recursos humanos, materiais e financeiros; a terceira visa melhorar a transparência da organização, agilizando formas de comunicação expeditas, proporcionando melhor cidadania em saúde. Cada linha estratégica é concretizada por seis objetivos estratégicos, espelhando a amplitude de intervenção desejada e permitindo a construção da matriz com os objetivos operacionais (cfr. quadro abaixo).

Quadro 10 - Objetivos Estratégicos

| LINHA ESTRATÉGICA | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS |
|---|---|
| Garantir o acesso aos cuidados de saúde considerados adequados à satisfação das necessidades da população da região norte | <ul style="list-style-type: none"> • Garantir o cumprimento dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde • Consolidar a reforma dos Cuidados de Saúde Primários • Promover a realização de rastreios de base populacional • Melhorar a resposta a necessidades de saúde emergentes (cuidados no domicílio, cuidados continuados integrados, cuidados paliativos) • Promover contextos favoráveis à saúde e desenvolver abordagens de prevenção e controlo de doenças • Melhorar a equidade no acesso aos serviços e cuidados de saúde |
| Garantir um SNS sustentável e bem gerido | <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a eficiência económica e operacional • Desenvolver e aprofundar o processo de contratualização • Racionalizar o uso do medicamento e MCDT • Dotar os serviços centrais de instrumentos de gestão geradores de maior eficiência • Valorizar o capital humano da organização • Adequar a oferta e melhorar a eficiência e qualidade dos serviços hospitalares |
| Melhorar a comunicação interna e externa, em ordem à prestação de um serviço mais próximo do cidadão/cliente | <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a capacitação do cidadão para escolhas saudáveis • Promover a cidadania em saúde e a responsabilidade social • Alargar e consolidar experiências de cooperação com parceiros do sector social e privado, nas áreas da promoção, prevenção e tratamento e reabilitação que reforcem a complementaridade de respostas às necessidades do cidadão. • Criar ferramentas interativas que promovam a partilha de informação entre os serviços da ARS e destes com o cidadão • Incentivar a governação clínica em cuidados de saúde primários, garantindo um compromisso de qualidade, partilhado entre profissionais e a administração em ordem a prestar um melhor serviço ao cidadão • Promover a integração dos serviços do IDT/SICAD na rede de prestação da ARS Norte, melhorando a capacidade de resposta aos problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências |

Fonte: ARS-Norte

Como se referiu no capítulo inicial deste documento, o financiamento dos equipamentos de saúde enquadra-se na Prioridades de Investimento (PI) 9.7 ou 9.a (“Investimento na saúde e

nas infraestruturas sociais que contribuam para o desenvolvimento nacional, regional e local, para a redução das desigualdades de saúde, para a promoção da inclusão social através de melhor acesso aos serviços sociais, culturais e de recreio, assim como para a transição dos serviços institucionais para os serviços de base comunitária”). No NORTE 2020, a esta PI está associada o seguinte Objetivo Específico (OE): “Qualificar e adequar a atual rede de serviços e equipamento sociais e de saúde à satisfação das necessidades da população”. Tendo em consideração este OE, estabelece-se o seguinte indicador de resultado:

- percentagem de utentes inscritos em USF, tendo como objetivo evoluir de um valor de referência de 61% (em 2013) para um valor-alvo de 90%, a atingir no ano de 2023.

Os financiamentos infraestruturais na área da saúde circunscrevem-se aos cuidados de saúde primários e aos serviços de urgência hospitalar. A estas duas tipologias acresce uma outra, de natureza mais imaterial, associada à aquisição e desenvolvimento de sistemas de informação que permitam o funcionamento em rede das instituições de saúde e uma melhor comunicação com os utentes. Tendo em consideração estas tipologias de ação, estabelecem-se os seguintes indicadores de realização (um deles específico da área da saúde e outro partilhado com a área social, dada a complementaridade das intervenções a financiar):

- população abrangida por equipamentos de saúde melhorados, tendo como valor-alvo o número de 250 mil pessoas, a atingir em 2023;
- número de equipamentos sociais e de saúde apoiados, tendo como valor-alvo um total de 116 equipamentos, a atingir em 2023.

A articulação da dimensão estratégica, estabelecida nos instrumentos de planeamento da ARS Norte, com a dimensão financeira e operacional, inscrita no NORTE 2020, tendo em consideração as duas tipologias de ação sujeitas a mapeamento, permite destacar os três pontos seguintes.

Em primeiro lugar, a consolidação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários é um objetivo central da estratégia regional, em consonância com as prioridades de política de saúde, envolvendo o reordenamento da rede das unidades prestadoras com a finalidade de racionalizar os recursos existentes e configurar a rede de acordo com a nova matriz organizacional. Este processo implica o encerramento de unidades, a criação de novas e

agregação de outras, a reafecção dos profissionais e a reorganização das estruturas de informação e comunicação. Fundamentalmente, a consolidação da reforma deve propiciar o surgimento de mais unidades de saúde familiar (USF), bem como de Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC), sedimentar o papel dos ACES, enquanto órgãos desconcentrados de tomada de decisão, e contribuir para a melhoria e reestruturação de alguns equipamentos de saúde, proporcionando aos cidadãos que utilizam os serviços de saúde o conforto e as condições físicas desejáveis.

Em segundo lugar, a melhoria da equidade no acesso aos serviços de saúde constitui um objetivo estratégico fundamental, envolvendo o aumento da oferta de cuidados e a melhoria da articulação entre os vários níveis de cuidados. O incremento das USF assume um papel importante neste contexto. São também relevantes os objetivos de agilizar a entrada nos cuidados hospitalares (subida da taxa de primeiras consultas hospitalares), aumentar a oferta nas várias tipologias da Rede de Cuidados Continuados, incrementar as visitas domiciliárias médicas e diminuir os tempos de espera para a primeira consulta hospitalar nas especialidades médicas e cirúrgicas.

Em terceiro lugar, concluído o processo de reordenamento das unidades hospitalares em centros hospitalares, o enfoque nos cuidados hospitalares é colocado na adequação da oferta e na melhoria da eficiência e da qualidade dos hospitais. Em simultâneo promover-se-á a ampliação do leque de respostas de proximidade ao cidadão que procura este nível de cuidados, a melhoria da operacionalização das redes de referência à luz da nova carta hospitalar e a identificação de atividades desempenhadas pelos hospitais passíveis de serem asseguradas pelos cuidados de saúde primários.

6. Necessidades de intervenção e critérios para a definição de prioridades

Foram alcançados progressos nos últimos 35 anos, com ganhos significativos na saúde da população. Nos principais indicadores de saúde, foram atingidos, ou mesmo superados, os padrões internacionais. Estes progressos exigiram um considerável esforço do Estado português e contaram com o importante contributo da União Europeia.

Apesar de tudo, continuam a verificar-se necessidades de intervenção na rede de equipamentos de saúde, quer nos cuidados de saúde primários, quer no que se refere à rede de serviços de urgência. Em vários casos, existem ainda unidades de saúde a funcionar em instalações de recurso que não oferecem as condições mínimas exigidas para a prestação de cuidados de saúde.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, é necessário garantir as condições físicas adequadas ao desenvolvimento do trabalho de equipas multiprofissionais próximas das populações, pelo que os investimentos nas infraestruturas são uma das componentes necessárias para a consolidação e conclusão da reforma dos CSP. Deverão ser proporcionadas as condições físicas aos profissionais e aos utentes que viabilizem a constituição de novas USF. Grande parte dos ACES da Região do Norte tem assinaladas necessidades de intervenção nas condições físicas de edifícios tendo em vista a funcionalidade atualmente exigida para a prestação de cuidados.

No que respeita aos cuidados hospitalares, para além da necessidade de garantir as condições físicas para a prestação de cuidados de qualidade, são exigidos investimentos que permitam a concentração de serviços, a otimização das estruturas existentes e a requalificação de espaços que apresentam atualmente elevados custos de manutenção. Perante a persistência de algumas situações de desajustamento de estruturas físicas às necessidades atuais e previsíveis, não podem deixar de ser realizados investimentos nas infraestruturas da rede de urgências, sob pena de se comprometer a qualidade dos cuidados.

As necessidades de intervenção que acabam de ser sumariamente descritas terão de ser atendidas num contexto de envelhecimento crescente da população, com o consequente aumento de doenças crónicas, e de alteração da distribuição da população no território. Estas condicionantes constituem critérios para a definição de prioridades, pois as necessidades de intervenção elencadas ultrapassam a dotação financeira disponível.

A existência de necessidades superiores aos recursos disponíveis conduziu, no contexto da concretização da metodologia de mapeamento estabelecida na deliberação da CIC Portugal 2020, de 26 de março, à identificação de dois níveis de prioridade. Estes dois níveis de prioridade também se justificam por precaução, pois o exercício de identificação de potenciais operações e dos respetivos custos não pode deixar de assumir um carácter previsional. Não é garantido, desde já, que as operações que venham a ser apresentadas cumpram as condições

de admissibilidade e de mérito absoluto e relativo. Os resultados deste exercício, que envolveu a CCDR-N, a ARS-Norte e as oito entidades intermunicipais da Região do Norte, são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 11 - Número de intervenções e repartição do FEDER por CIM/AMP

| CIM/AMP | Intervenções de 1ª prioridade | | Intervenções de 2ª prioridade | | Total | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | Nº de intervenções | FEDER (%) | Nº de intervenções | FEDER (%) | Nº de intervenções | FEDER (%) |
| Norte | 23 | 100,0 | 17 | 100,0 | 40 | 100,0 |
| Alto Minho | 2 | 5,0 | 2 | 13,8 | 4 | 6,5 |
| Cávado | 2 | 6,1 | 4 | 22,4 | 6 | 9,0 |
| Ave | 2 | 6,8 | 2 | 17,1 | 4 | 8,6 |
| AMP | 12 | 67,9 | 2 | 16,8 | 14 | 58,9 |
| Alto Tâmega | 1 | 3,5 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 |
| Tâmega e Sousa | 1 | 2,2 | 5 | 23,5 | 6 | 5,9 |
| Douro | 2 | 3,5 | 1 | 3,6 | 3 | 3,5 |
| Terras de Trás-os-Montes | 1 | 5,0 | 1 | 2,9 | 2 | 4,7 |

Fonte: CIM/AMP; ARS-Norte

Destas 40 intervenções, há 72,5% que correspondem a infraestruturas prestadoras de cuidados de saúde primários, enquanto os restantes 27,5% dizem respeito a serviços de urgências hospitalares.

As operações envolvidas são compatíveis com a dotação orçamental disponível e com os indicadores de realização e de resultado do NORTE 2020 para este Objetivo Específico. No entanto, as estimativas, quer das necessidades de intervenção, quer, dentro destas, das prioritárias, não foram – nem podiam ter sido – efetuadas com base em projetos técnicos de execução, tal como não estão instruídos os respetivos dossiers de candidatura. Assim, só em sede de apresentação de candidaturas, devidamente instruídas, será possível efetuar a seleção definitiva das intervenções a financiar. As candidaturas terão de respeitar as condições que venham a ficar estabelecidas nos procedimentos concursais a abrir, nomeadamente as condições de elegibilidade das operações, dos beneficiários e da despesa, estabelecidas no Regulamento Específico do domínio da Inclusão Social e Emprego (Portaria nº 97-A/2015, de 30 de março), e o mérito absoluto e relativo, calculado com base nos critérios de seleção das operações aprovados pelo Comité de Acompanhamento do Programa Operacional Regional do Norte 2014-2020.