

2020  
setembro

# Acesso ao Sistema Regional de Saúde – Região Autónoma dos Açores

RELATÓRIO FINAL

PIEIDADE LALANDA

CICS-NOVA-UAC – UNIVERSIDADE DOS AÇORES



# Índice

<b>0. Introdução</b>	<b>14</b>
<b>1. Abordagem metodológica</b>	<b>18</b>
<b>2. A saúde - um bem inestimável</b>	<b>21</b>
<b>3. O acesso à saúde como direito</b>	<b>31</b>
<b>4. Perfil demográfico</b>	<b>34</b>
4.1 - <i>População residente</i>	34
4.1.1 - População residente por ilha	36
4.1.2 – Natalidade/Fecundidade	38
4.1.3 – Emigração	39
4.1.4 - Mortalidade	40
4.1.4.1 - Mortalidade infantil	41
4.1.4.2 - Mortalidade por doenças (do aparelho circulatório, tumores malignos)	45
4.1.5 - Envelhecimento	47
4.1.6 – Esperança média de vida	49
4.2 - <i>Em síntese</i>	53
<b>5. Principais problemas de Saúde na Região Autónoma dos Açores (de acordo com o 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2015))</b>	<b>56</b>
5.1 – <i>Saúde e desigualdades sociais</i>	59
5.1.1 - Literacia em saúde	61
5.1.2 – Órgãos de participação cívica sobre a Saúde	67
<b>6. Políticas de saúde – Políticas sociais</b>	<b>70</b>
6.1 - <i>Breve história da implementação do Sistema de Saúde em Portugal</i>	71
<b>7. O Serviço Regional de Saúde no contexto do SNS – leitura dos programas de governo (1976/80 a 2016/20)</b>	<b>74</b>
7.1 – <i>Planos estratégicos – Plano regional de saúde (2014-2016, com extensão a 2020)</i>	80
7.1.1– Avaliação dos planos estratégicos	81
7.1.2 - O Centro Oncológico dos Açores	86
7.2 – <i>Orçamentos regionais – área da saúde</i>	91
<b>8. Serviços de saúde na Região Autónoma dos Açores (1969-2018)</b>	<b>98</b>
8.1 – <i>A localização dos serviços de saúde na RAA</i>	98
8.2 – <i>Os recursos humanos nos Serviços de Saúde da RAA</i>	103
8.2.1 - Recursos humanos na Saúde em Portugal (Médicos e Enfermeiros) no contexto europeu	105
8.2.2 - Rácio Enfermeiros/médicos na Região Autónoma dos Açores – e por ilha	109
8.2.3 – Centros de Saúde	114
8.2.3.1 - Médicos nos Centros de Saúde da RAA	114
8.2.3.2 - O médico de família nos Centros de Saúde	116

8.2.3.3 - Do Clínico geral ao Clínico de Medicina Geral e Familiar .....	119
8.2.3.4 - Distribuição dos médicos de clínica geral ou Medicina Geral e Familiar por ilha .....	121
8.2.3.5 - Enfermeiros nos Centros de Saúde da RAA .....	123
8.2.4 – Médicos e Enfermeiros nos Hospitais da RAA .....	126
8.2.4.1 – Médicos nos Hospitais da RAA .....	126
8.2.4.2 - Enfermeiros nos Hospitais da RAA.....	128
8.3 – <i>Outros recursos nos hospitais e centros de saúde</i> .....	128
8.3.1 - Camas em hospitais e centros de saúde com internamento .....	128
8.3.2 - Tempo médio de estadia nos Hospitais .....	132
8.4 – <i>A prestação de serviços de saúde por ilha – Centros de saúde</i> .....	135
8.4.1 – Consultas de Medicina Geral e Familiar nos centros de saúde – total da RAA .....	136
8.4.2 - Relação entre médicos de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar e Nº de consultas..	139
8.4.3 – Consultas nos centros de saúde/ilha por especialidade .....	140
8.4.3.1 - Santa Maria (Centro de Saúde de Vila do Porto) .....	141
8.4.3.2 - São Miguel (Centros de Saúde de Lagoa, Nordeste, Ponta Delgada, Povoação, Ribeira Grande e Vila Franca do Campo).....	143
8.4.3.3 - Terceira .....	156
8.4.3.4 - Graciosa .....	160
8.4.3.5 - São Jorge .....	162
8.4.3.6 - Pico.....	168
8.4.3.7 - Faial.....	174
8.4.3.8 - Flores.....	175
8.4.3.9 - Corvo.....	178
8.4.4 - Número médio de consultas por ano/médico.....	179
8.4.5 – Consultas nos Hospitais por especialidade .....	181
8.4.5.1 - Hospital de Divino Espírito Santo – Ponta Delgada (HDES).....	181
8.4.5.2 - Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT).....	183
8.4.5.3 - Hospital da Horta (HH).....	186
8.4.6 - Cirurgias nos Hospitais da RAA .....	189
8.4.6.1 – Cirurgias – médicos e salas de operações .....	192
8.4.7 – Listas de espera para cirurgia.....	194
8.4.7.1 -Inscritos para Cirurgia nos Hospitais da RAA .....	198
8.4.7.2 -Operados nos Hospitais da RAA.....	199
8.4.7.3 - Tempos médios de Espera na LIC (Lista de inscritos para Cirurgia) e nos Operados..	201
8.4.7.4 - Programas de combate às Listas de Espera .....	203
8.4.7.5 - Listas de espera por especialidades (Anos 2017, 2018 e 2019/nov.) .....	206
8.4.7.6 - Tempo médio de espera (TME).....	208
8.4.7.7 - Tempo médio de espera (em dias) dos doentes operados nos Hospitais da RAA por especialidade (2017-2019).....	210
8.4.8 - Serviço de urgência.....	212
8.5 - <i>Cuidados preventivos e recurso a meios auxiliares de diagnóstico</i> .....	217
8.5.1 – Ações complementares de Diagnóstico ou de Tratamento nos Centros de Saúde da RAA	219
8.5.1.1. - Análises clínicas nos Centros de Saúde da RAA .....	219
8.5.1.2 – Ecografias nos Centros de Saúde da RAA.....	221
8.5.1.3 – Eletrocardiogramas nos Centros de Saúde da RAA.....	223
8.5.1.4 – Exames radiológicos nos Centros de saúde da RAA .....	225
8.5.1.5 – Tratamentos Fisiátricos realizados nos Centros de Saúde da RAA.....	227
8.5.2 - Ações complementares de diagnóstico ou terapêutica realizadas nos Hospitais da RAA..	229
8.5.2.1 – Análises clínicas realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) .....	233
8.5.2.2 – Ecografias realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH).....	235
8.5.2.3 – Exames radiológicos realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) .....	236
8.5.2.4 – Exames complementares de terapêutica/Fisioterapia realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH).....	237
8.6 – <i>Rede integrada de Cuidados Continuados na Região Autónoma dos Açores</i> .....	239
8.6.1 – Cuidados continuados na RAA .....	239

8.6.2 – Cuidados paliativos .....	244
<i>8.7 - A deslocação de profissionais de saúde (especialistas) entre ilhas e Deslocação de doentes na RAA e para fora da RAA.....</i>	<i>246</i>
8.7.1 - Doentes deslocados do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) .....	250
8.7.2 – Doentes deslocados do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT).....	253
8.7.3 – Doentes deslocados do Hospital da Horta (HH).....	255
8.7.4 – Doentes deslocados dos hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) .....	256
8.7.5 – Evacuações entre ilhas e para o continente (Lisboa e Porto) .....	258
<b>9. Principais questões relacionadas com o Acesso aos Serviços de Saúde na Região Autónoma dos Açores.....</b>	<b>267</b>
9.1 - <i>Como caracterizar o acesso aos serviços de saúde na Região Autónoma dos Açores?.....</i>	<i>267</i>
9.2 - <i>Em que medida o Serviço Regional de Saúde se distingue do Serviço Nacional de Saúde e com este se articula?.....</i>	<i>270</i>
9.3 - <i>Em que medida a localização geográfica constitui uma variável determinante na (des)igualdade de acesso aos serviços de saúde?.....</i>	<i>272</i>
9.4 - <i>Que perspetivas futuras podem ser traçadas, a partir da análise da realidade vivida na Região Autónoma dos Açores nos últimos anos?.....</i>	<i>275</i>
<b>10. Sugestões .....</b>	<b>277</b>
10.1 - <i>Determinantes da Saúde .....</i>	<i>277</i>
10.2 - <i>Recursos humanos.....</i>	<i>280</i>
10.3 - <i>Recursos materiais.....</i>	<i>283</i>
10.4 - <i>Governança .....</i>	<i>286</i>
<b>11. Síntese conclusiva .....</b>	<b>298</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>306</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>311</b>

## Índice de Figuras

Figura 1- Autoapreciação do estado de saúde na população com 16 e mais anos de idade, por sexo. Portugal -2004 e 2014 (%) .....	23
Figura 2 - Distribuição da perceção do estado de saúde dos utentes do Sistema de Saúde - Portugal continental - 2015 (%).....	23
Figura 3 - Grau de satisfação com a vida (população residente com 15 e mais anos) - 2014 .....	24
Figura 4 - Autoapreciação do estado de Saúde - Portugal e Regiões - 2018 e 2019 (%).....	25
Figura 5 - Satisfação com a vida, segundo a Idade .....	27
Figura 6 - População com doença crónica ou problema de saúde prolongado - 2018 e 2019 (%) .....	28
Figura 7 - Estado de Saúde da População - limitação na realização de atividades - Portugal e Regiões - 2018 e 2019 (%) .....	29
Figura 8 - Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde.....	33
Figura 9 - Evolução da população residente nos Açores desde 1900 (Censos) .....	34
Figura 10 - Taxa de crescimento anual médio 2008-2018 (RAA).....	35
Figura 11 - Índice de envelhecimento, Nuts II, 1991-2080 (estimativas e projeções - cenário central).....	36
Figura 12 - População residente na RAA/ilha - 1900-2011 - Censos .....	37
Figura 13 - Taxa de natalidade na RAA/ilha - 1981 e 2018 (‰) .....	38
Figura 14 - Taxa de fecundidade geral na RAA/ilha - 2001 e 2018 (‰) .....	38
Figura 15 - Evolução do número de emigrantes dos Açores para os E.U.A. Canadá e Bermuda (1900-2007)- (cit.Rocha, Ferreira e Mendes, 2011) .....	39
Figura 16 - Número de emigrantes dos Açores para os E.U.A. e Bermuda - 2005 a 2019 .....	40
Figura 17 - Taxa de mortalidade infantil (Portugal, continente e RAA) - 1960-2019 (%0) .....	42
Figura 18- Evolução da taxa de mortalidade infantil - RAA, continente e Portugal - 2004-2018 (%0) .....	43
Figura 19 - Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Mortalidade Neonatal (RAA) - 2004-2018 (%0) .....	44
Figura 20 - Taxa de Mortalidade Infantil na RAA - São Miguel, Terceira e Faial - 2004-2008 (%0) .....	45
Figura 21 - Taxa de Mortalidade por doenças do aparelho circulatório - 2004-2007 (%0).....	46
Figura 22- Taxa de mortalidade por tumores malignos - 2004-2017 (%0).....	46
Figura 23 - Índice de envelhecimento na RAA/ilha - 2001-2018.....	47
Figura 24 - Índice de envelhecimento na RAA/concelhos 2001 e 2018 .....	48
Figura 25 - Esperança média de vida à nascença (anos) - Portugal, continente e regiões NUT's II - 2008/10 e 2016/18 .....	50
Figura 26 - Esperança média de via à nascença (anos) na RAA e em Portugal - 2008/10 a 2016/18.....	50
Figura 27 - Esperança média de vida aos 65 anos - RAA e Portugal - 2008/10 a 2016/18 .....	51
Figura 28- Esperança média de vida à nascença por género (anos) - RAA e Portugal - 2008/10 a 2016/18 .....	52
Figura 29 - Esperança média de vida aos 65 anos por género - RAA e Portugal - 2008/10 e 2016/18 .....	53
Figura 30 - Mapa do arquipélago dos Açores - distâncias em Km entre ilhas com e sem hospital. ....	55
Figura 31- Índices de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa - de acordo com o Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU) .....	62
Figura 32- Taxa de analfabetismo na RAA - 1991 e 2011 (Censos) .....	64
Figura 33 - Taxa de analfabetismo na RAA/concelho - 1991 e 2011 (Censos) .....	64
Figura 34 - Distribuição da população com 15 e mais anos da RAA, continente e Portugal, por nível de escolaridade (1998 e 2019) %.....	65
Figura 35 - Distribuição da população em idade escolar por nível de escolaridade (Censos 1991 e 2011) .....	66
Figura 36 - Evolução do número de Enfermeiros (Hospitais e Centros de Saúde com e sem internamento), Parteiras e Auxiliares de Enfermagem entre 1969 e 1984 .....	74
Figura 37 - Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 mil habitantes (nº) por local de residência (NUTS 2013) – Total (HM) – RAA e Portugal .....	83
Figura 38- Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 mil habitantes (nº) por local de residência (NUTS 2013) – homens e mulheres – RAA e Portugal .....	84

Figura 39 – os 10 cancros mais frequentes – homens – RAA – 1997-2016 .....	87
Figura 40- Os dez casos mais frequentes de cancro nas mulheres – 1997-2016 .....	88
Figura 41 - Novos casos por sexo e grupo etário - 1997-2016 .....	89
Figura 42 - Principais cancros nos homens - por ilha - 1996-2016 (%).....	90
Figura 43 - Distribuição das dez principais patologias oncológicas nas mulheres -por ilha – 1996-2016 ..	91
Figura 44 - Despesa orçamentada para o SRS (euros) e % da despesa com o SRS no total do orçamento regional (2002 a 2020).....	92
Figura 45 - Despesas orçamentadas na Função Saúde (euros) e % dessa função no total do Orçamento Regional - 2002 - 2020 .....	93
Figura 46 - Agentes financiadores da despesa corrente em cuidados de saúde (Portugal) - 2000 - 2018 (%).....	96
Figura 47 - Equipamentos de Saúde na RAA (Hospitais, Centros de Saúde com e sem internamento e Casas de Saúde e Clínicas Particulares) - 1985 - 2018 .....	98
Figura 48 - Número de Médicos em Estabelecimentos de Saúde Públicos (Total, Hospitais e Centros de Saúde com e sem internamento) - RAA - 1969-2018.....	104
Figura 49- Número de Enfermeiros em Estabelecimentos públicos (Total, Hospitais e Centros de Saúde com e sem internamento) - RAA - 1969-2018 .....	104
Figura 50 - Rácio médico por 100 mil habitantes - Europa - 2018 .....	106
Figura 51 - Médicos por 1000 habitantes - países da OCDE - 2000 e 2017 .....	106
Figura 52 - Número de Enfermeiros por 100 mil habitantes - Países europeus - 2018.....	107
Figura 53 - Enfermeiros por 1000 habitantes - OCDE - 2000 e 2017.....	108
Figura 54 - Rácio Enfermeiros por Médico - OCDE - 2017 .....	109
Figura 55 - Rácio Enfermeiros por Médico na RAA - 1969 - 2018 .....	110
Figura 56 - Rácio Enfermeiros/médico por ilha - 2017 .....	111
Figura 57 - Rácio médicos por 1000 habitantes (Portugal, continente, RAA e ilhas) - 2004-2018 .....	112
Figura 58 - Rácio Enfermeiros por 1000 habitantes (Portugal, continente, RAA e Ilhas) - 2004-2018....	113
Figura 59 - Número de médicos a trabalhar nos Centros de Saúde com internamento por Ilha - 1985-2018 .....	114
Figura 60 - Número de médicos a trabalhar em Centros de Saúde sem internamento (Ilhas com Hospital) - São Miguel, Terceira e Faial - 1985-2018.....	115
Figura 61 - Rácio total de Médicos em Centros de Saúde/1000 habitantes (2018).....	116
Figura 62 - Número de médicos de Clínica Geral e de Medicina Geral e Familiar a trabalhar nos Centros de Saúde da RAA - 1986-2018.....	122
Figura 63 - Número de Enfermeiros nos Centros de Saúde da RAA/Ilha - 1996-2018 .....	124
Figura 64 - Rácio Enfermeiro em Centro de Saúde/1000 habitantes, por Ilha - 2018.....	124
Figura 65 - Rácio Enfermeiros em Centros de Saúde/habitante - concelhos da RAA - 2018.....	126
Figura 66 – Distribuição da % de médicos pelos três Hospitais da RAA (1985-2018) .....	127
Figura 67 - Número de médicos nos cuidados hospitalares dos três hospitais da RAA - 1985-2018 .....	127
Figura 68 - Número de Enfermeiros em Cuidados hospitalares no HDES, HSEIT e HH - 1984-2018 .....	128
Figura 69 - Número de camas/1000 habitantes - OCDE - 2000 e 2017 .....	129
Figura 70 - Número de Camas nos Hospitais, Centros de Saúde com internamento, Casas de Saúde e Estabelecimentos Privados - RAA - 1969-2018 .....	130
Figura 71 - Rácio número de Camas por 1000 habitantes (Portugal, continente, RAA e Ilhas) - 2004-2018 .....	131
Figura 72 - Taxa de ocupação das camas (%) - Portugal, continente, RAA e Ilhas - 2004-2018 .....	132
Figura 73 - Tempo médio de estadia nos Hospitais - OCDE - 2000 e 2017.....	132
Figura 74 - Tempo médio de estadia (dias) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1996-2018 .....	134
Figura 75 - Total de consultas realizadas nos Centros de Saúde da RAA nas áreas da Medicina Geral e Familiar - 1996-2018 .....	137
Figura 76 - Consultas de Especialidade nos Centros de Saúde - 1996-2012 .....	138
Figura 77 - Médicos nos Centros de Saúde (Total, de Medicina Geral e Familiar e Medicina Dentária) - 1999-2018.....	139
Figura 78 - Número de médicos de Medicina Geral (e Familiar) nos Centros de Saúde da RAA e Número total de Consultas (Medicina Geral, Saúde da Mulher e Saúde Infantil) - 1996-2018.....	139
Figura 79 - Número de médicos de Medicina Geral (e familiar) nos Centros de Saúde e Número médio de consultas por médico/ano - 1996-2018.....	140

Figura 80 - Número total de consultas - Centro de Saúde de Vila do Porto/Santa Maria - Medicina Geral, Saúde da Mulher e Saúde Infantil - 1996-2018 .....	141
Figura 81 - Número de consultas nas áreas materno-infantil e taxas de natalidade e fecundidade na Ilha de Santa Maria -2000-2018 .....	142
Figura 82 - Consultas de especialidade no Centro de Saúde de Vila do Porto - 1996-2012.....	142
Figura 83 - Número de consultas nas áreas da Medicina Geral e Familiar - Centro de Saúde da Lagoa - 1996-2014.....	143
Figura 84 - Consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Lagoa - 2000-2012.....	144
Figura 85 - Número de consultas das áreas da Medicina Geral e Familiar - Centro de Saúde do Nordeste - 1996-2018.....	144
Figura 86 - Número de consultas de Medicina Geral, Número de Médicos de Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar e Índice de Envelhecimento - Centro de Saúde/Nordeste - 2000-2018 .....	145
Figura 87 - Consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde do Nordeste - 1996-2018.....	146
Figura 88 - Número de consultas em Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2018.....	147
Figura 89 - Número total de Consultas de Medicina Geral (e familiar), Número de médicos de Medicina Geral e Familiar - Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2018.....	147
Figura 90 - Número de médicos de Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico no Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2018.....	148
Figura 91 - Número de consultas de outras Especialidades - Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2012 .....	149
Figura 92 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Povoação. 1996-2018 .....	149
Figura 93 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Povoação (1996-2018) .....	150
Figura 94 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e número de consultas médio/ano/médico no Centro de Saúde da Povoação - 1996-2018.....	150
Figura 95 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Povoação - 1996-2012 .....	151
Figura 96 - Número de consultas na área da Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2018.....	151
Figura 97 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar (Saúde materna e Infantojuvenil) no Centro de Saúde da Ribeira Grande e Taxa de Natalidade no Concelho da Ribeira. Grande - 1996-2018 .....	152
Figura 98 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número total de Médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2018 .....	153
Figura 99 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número de consultas/ano/médico no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2018 .....	153
Figura 100 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2012.....	154
Figura 101 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Vila Franca do Campo - 1996-2018 .....	154
Figura 102 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar, Número de Médicos de Medicina Geral e Familiar - 1996-2018.....	155
Figura 103 - Número de médicos e Número médio de consultas de Medicina Geral e Familiar/ano/médico no Centro de Saúde de Vila Franca do Campo - 1996-2018.....	155
Figura 104 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo - 1996-2018 .....	156
Figura 105 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número total de Médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo - 1996-2018 .....	157
Figura 106 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico - 1996 - 2018.....	157
Figura 107 - Consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo - 1996-2012 .....	158
Figura 108 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996 - 2018 .....	158

Figura 109 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e número total de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996-2018.....	159
Figura 110 - Número total de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996-2018.....	159
Figura 111- Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996-2018.....	160
Figura 112 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Graciosa - 1996-2018 .....	160
Figura 113 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Graciosa - 1996-2018 .....	161
Figura 114 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico - 1996-2018.....	161
Figura 115 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Graciosa - 1996-2018 .....	162
Figura 116 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Calheta - São Jorge - 1996-2018 .....	163
Figura 117 - Taxa de natalidade e índice de envelhecimento no concelho da Calheta de São Jorge - 2000-2018 .....	163
Figura 118 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Calheta de São Jorge - 1996-2018.....	164
Figura 119 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e número médio de consultas/ano/médico no Centro de Saúde da Calheta de São Jorge - 1996-2018 .....	164
Figura 120 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Calheta de São Jorge - 1996-2018.....	165
Figura 121 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Velas de São Jorge - 1996-2018 .....	166
Figura 122 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Velas de São Jorge - 1996-2018 .....	166
Figura 123 – Número de consultas de Medicina Geral e Familiar/ano/médico e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar – 1996-2018 .....	167
Figura 124 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde de Velas - 1996-2018.....	167
Figura 125 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes do Pico - 1996-2018.....	168
Figura 126 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar - 1996-2018.....	168
Figura 127 - Número de consultas médio/ano/médico e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes do Pico - 1996-2018 .....	169
Figura 128 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde das Lajes do Pico - 1996-2012 .....	169
Figura 129 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Madalena - Pico - 1996-2018.....	170
Figura 130 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Madalena- Pico - 1996-2018 .....	170
Figura 131 - Número de consultas/ano/médico no Centro de Saúde no Centro de Saúde da Madalena - Pico - 1996-2018 .....	171
Figura 132 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Madalena - Pico - 1996-2018.....	171
Figura 133 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018 .....	172
Figura 134 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018.....	172
Figura 135 - Número médio de consultas/ano/médico e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018.....	173
Figura 136 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018.....	173
Figura 137- Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Horta – 1996-2018 .....	174



Figura 138 – Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de Médicos de Medicina Geral e Familiar – 1996-2018.....	175
Figura 139 - Número médio de consultas de Medicina Geral e Familiar/ano/médico e Número de Médicos de Medicina Geral e Familiar - 1996-2018 .....	175
Figura 140 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes das Flores - 1996-2018.....	176
Figura 141- Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes das Flores - 1996-2018 .....	176
Figura 142 - Número médio de consultas/ano/médico e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes das Flores - 1996-2018 .....	177
Figura 143 - Índice de envelhecimento na Ilha das Flores (Concelhos de Sta. Cruz e Lajes) - 2001-2018.....	177
Figura 144 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde do Corvo - 2011-2018 .....	178
Figura 145 - Número total de consultas de Medicina geral e Familiar e número de médicos de Medicina Geral e Familiar e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde do Corvo - 2011-2018.....	178
Figura 146 - Número médio de consultas/ano/médico de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde da Região - 2018.....	180
Figura 147 - Número total de consultas de Especialidades (cirúrgicas e médicas) nos três hospitais da RAA - 2000-2018 .....	181
Figura 148 - Número total de consultas das Especialidades Cirúrgicas no HDES - 1999-2018.....	182
Figura 149 - Total de consultas das Especialidades médicas no Hospital do Divino Espírito Santo - 1999-2018 .....	182
Figura 150 - Consultas no HDES segundo o género do paciente/utente - 1999-2018 .....	183
Figura 151 - Número de consultas de Especialidades (cirúrgicas e médicas) no Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira - 1999-2018 .....	184
Figura 152 - Número de consultas das Especialidades Cirúrgicas no HSEIT - 1999-2018.....	184
Figura 153 - Número de consultas das Especialidades médicas no HSEIT - 1999-2018 .....	185
Figura 154 - Consultas de Especialidades (cirúrgicas e médicas) no HSEIT - segundo o género - 1999-2018 .....	185
Figura 155 - Número de consultas de Especialidades (Cirúrgicas e Médicas) no Hospital da Horta – 1999-2018 .....	186
Figura 156 – Número de consultas de Especialidades cirúrgicas no Hospital da Horta – 1999-2018 .....	186
Figura 157 - Número de consultas de Especialidades médicas no Hospital da Horta - 1999-2018.....	187
Figura 158- Número total de operações (grande, média e pequena cirurgia) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1986-2018.....	189
Figura 159 – Número total de operações de Grande e Média Cirurgia realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018 .....	190
Figura 160 - Número de operações de Pequena Cirurgia nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1986-2018 .....	190
Figura 161- Número total de Anestésias (gerais e outras) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018.....	191
Figura 162- Número de anestésias gerais e Número de operações de média e grande cirurgia nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1999-2018.....	191
Figura 163 – Número de médicos e número total de cirurgias nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018.....	192
Figura 164 - Número total de operações (de pequena, média e grande cirurgia e número de salas de operações (bloco) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1986-2018 .....	193
Figura 165- Número de salas de operações (bloco) e número de anestésias gerais nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018 .....	194
Figura 166 – Número de doentes inscritos na LIC (Lista de inscritos para Cirurgia) em Dezembro de cada ano nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 2015 - 2019.....	198
Figura 167 - Número total de doentes inscritos em Dezembro/ano; total de doentes operados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)/ano e Total de operações canceladas - 2015-2019 .....	200
Figura 168 - Número total de doentes operados por ano nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2015-2019.....	200

Figura 169 - Tempo médio de espera (dias) na LIC/ano e Tempo médio de espera dos Operados (dias)/ano nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2017-2019 .....	202
Figura 170 - Doentes operados no TMRG (Tempos Máximos de Resposta Garantidos) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 2017-2019.....	202
Figura 171- Número de inscritos na LIC por especialidade nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - Dezembro/ano - 2017-2019.....	208
Figura 172 - Tempo médio de espera (dias) na LIC por especialidade e Hospital da RAA (HDES, HSEIT, HH) - 2017-2019.....	210
Figura 173 - Tempos médios de espera dos operados (dias) - Dezembro/ano - por especialidade cirúrgica nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2017-2019 .....	212
Figura 174- Atendimentos urgente e não urgente de acordo com a Triagem de Manchester, no HDES - 2015-2019 (%).....	214
Figura 175 - Atendimentos urgentes e não urgentes, de acordo com a Triagem de Manchester, no HSEIT - 2016-2018.....	215
Figura 176 - Atendimentos urgentes e não urgentes, de acordo com a Triagem de Manchester, no HH - 2017-2019.....	215
Figura 177- Atendimentos urgentes e não urgentes nos SU dos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2015-2019.....	216
Figura 178 - Número de análises clínicas realizadas nos Centros de Saúde da RAA - 1999-2018.....	220
Figura 179 - Número de análises clínicas realizadas nos Centros de Saúde da RAA/ilha - 1999-2018....	220
Figura 180 – Número de análises clínicas realizadas nos Centros de Saúde da RAA/concelho – 1999-2018 .....	221
Figura 181- Número de ecografias nos Centros de Saúde da RAA – 1999-2018.....	222
Figura 182 – Número de Ecografias realizadas nos Centros de Saúde da RAA – 1999-2018 .....	222
Figura 183 - Número de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde da RAA - 1999-2018.....	223
Figura 184 - Número de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde/Ilha - 1999-2018.....	224
Figura 185 – Número de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde da RAA/concelhos – 1999-2018 .....	225
Figura 186 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde da RAA - 1999-2018 ...	226
Figura 187 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde da RAA/ilha - 1999-2018 .....	226
Figura 188 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde da RAA/concelho - 1999-2018 .....	227
Figura 189 – Número de tratamentos fisiátricos realizados nos Centros de Saúde da RAA – 1999-2018 .....	228
Figura 190 – Número de tratamentos fisiátricos realizados nos Centros de Saúde da RAA/ilha – 1999-2018 .....	228
Figura 191 - Número de tratamentos fisiátricos nos Centros de Saúde da RAA/concelho - 1999-2018.	229
Figura 192 - Número total de exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados nos Hospitais da RAA - 1999-2018.....	231
Figura 193 - Exames realizados no internamento hospitalar ou noutros locais (Consulta externa, Serviço de Urgência ou no Exterior) nos Hospitais da RAA - 1999-2018.....	232
Figura 194 - Número de exames complementares de diagnóstico e de terapêutica nos Hospitais da RAA - 1999-2018.....	232
Figura 195- Análises Clínicas no total dos Exames complementares de diagnóstico (%) - 1999-2018 ...	233
Figura 196 - Número de Análises Clínicas realizadas nos Hospitais da RAA (1999-2018) .....	234
Figura 197 - Número total de Análises Clínicas realizadas nos Centros de saúde e nos Hospitais da RAA - 1999-2018.....	234
Figura 198 - Número de ecografias realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1999-2018 .	235
Figura 199 – Número total de Ecografias realizadas nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA – 1999-2018 .....	235
Figura 200- Número de Exames radiológicos realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1999-2018 .....	236
Figura 201 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA. 1999-2018.....	237
Figura 202 – Número de exames de Fisioterapia realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1999-2018.....	237

Figura 203 – Número de exames complementares de terapêutica – Fisioterapia – nos Hospitais da RAA por tipo de doentes (no internamento ou noutros locais) – 1999-2018 .....	238
Figura 204 - Número total de exames complementares de terapêutica - Fisioterapia - nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA - 1999-2018 .....	239
Figura 205 - Número de deslocações para o exterior da RAA - 2004-2019 - HDES .....	250
Figura 206 - Número de deslocações do HDES para fora da ilha, por especialidade - 2014-2018 .....	251
Figura 207 - Número de deslocações do HDES para outros Hospitais - 2014-2018 .....	252
Figura 208 - Total de doentes deslocados do HSEIT - 2015-2018 .....	253
Figura 209 - Número de doentes deslocados do HSEIT por Especialidade - 2014-2018 .....	254
Figura 210 - Total de deslocações dentro e para fora da RAA e total das evacuações a partir do HSEIT - 2014-2018 .....	255
Figura 211 - Número total de doentes deslocados do Hospital da Horta - 2015-2019 .....	255
Figura 212 - Número de deslocações dentro da RAA e para fora da RAA a partir do HH - 2015-2019 ...	256
Figura 213 - Número total de Doentes deslocados dos hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2014-2018 .....	257
Figura 214 - Número de doentes deslocados dos Hospitais da RAA para Hospitais do continente português - por zona de Destino - 2015-2018 .....	258
Figura 215- Número total de evacuações na RAA/ilha de origem do doente evacuado - 2014-2018 ....	261
Figura 216 - Evolução do número de evacuações, em função do Destino - 2014-2018.....	262

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tópicos a desenvolver e fontes a consultar .....	18
Tabela 2 - Grau de satisfação com a vida - Portugal e RAA - 2014 .....	24
Tabela 3 - Cenários de projeção da evolução da população residente na RAA.....	35
Tabela 4 - Distâncias (km) entre as ilhas do Arquipélago dos Açores .....	55
Tabela 5 - Dados sobre o Estado de Saúde na RAA - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) - 2015.....	57
Tabela 6 - Dados sobre os Determinantes de Saúde na RAA - INSEF – 2017, por sexo – Açores-Portugal	58
Tabela 7 - Número de estabelecimentos de saúde vocacionados para o combate à tuberculose - 1969- 1984 .....	72
Tabela 8 - Principais iniciativas inscritas na área da Saúde dos programas dos Governos Regionais, com vista ao Reforço do Acesso dos cidadãos residentes ao SRS (por legislatura) - 1976/80-2016/20 ..	76
Tabela 9 - Principais diplomas na construção do SRS.....	78
Tabela 10 - Equipamentos de Saúde na RAA/ilha (Hospitais, Centros de Saúde com e sem internamento e Casas de Saúde e Clínicas privadas) - 1985-2018.....	99
Tabela 11 - Localização dos Equipamentos de Saúde da RAA/ilha.....	100
Tabela 12 - Número total de Enfermeiros e de Médicos, Rácio Enfermeiros/médicos por ilha - 2017 ..	110
Tabela 13 - População residente, médicos nos Centros de Saúde (com e sem internamento) e rácio médicos/1000 habitantes - 2018 .....	115
Tabela 14 - População residente (31.12.18), número de médicos nos Centros de Saúde e rácio médicos/1500 utentes - 2018.....	118
Tabela 15 - Medicina Geral e familiar - Legislação .....	119
Tabela 16 - População residente, Médicos de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde e distribuição da população residente (1500) por médico de família - 2018 .....	123
Tabela 17 - Número de Enfermeiros nos Centros de Saúde/concelho; População residente (31.10.18) e Rácio Enfermeiros/1000 habitantes - 2018 .....	125
Tabela 18 – Número médio de consultas/médico nos Centros de saúde da RAA - 2018 .....	179
Tabela 19 - Total de consultas de especialidade nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2018.....	188
Tabela 20 - Número total de inscritos em Dezembro, total de operados/ano e total de operações canceladas - HDES (2015 a 2019).....	199
Tabela 21 - Número total de inscritos em Dezembro, total de operados/ano e total de operações canceladas - HSEIT (2015 a 2019) .....	199
Tabela 22 - Número total de inscritos em Dezembro, total de operados/ano e total de operações canceladas - HH (2015 a 2019) .....	199
Tabela 23 - Doentes inscritos na LIC em Dezembro nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) por especialidade cirúrgica. 2017-2019 .....	207
Tabela 24 - Tempo médio de espera (dias) dos doentes na LIC nos Hospitais da RAA por especialidade (2017-2019) .....	209
Tabela 25 - Tempo médio de espera (dias) dos doentes operados nos Hospitais da RAA por Especialidade (2017-2019) .....	211
Tabela 26 - Atendimentos no Serviço de Urgência do HDES segundo a Triagem de Manchester (número) - 2015-2019.....	214
Tabela 27- Atendimentos no Serviço de Urgência do HSEIT, de acordo com a Triagem de Manchester (número) - 2016-2018.....	214
Tabela 28- Atendimentos no Serviço de Urgência do HH, de acordo com a Triagem de Manchester (número) - 2017-2019.....	215
Tabela 29 - Situações de atendimento nos S. de Urgência dos Hospitais da RAA classificadas com a cor branca (2015-2019).....	216
Tabela 30 - Número de camas em funcionamento na RRCCI - 2020 .....	240
Tabela 31 - Número de camas de cuidados continuados segundo a duração do internamento a que se destinam .....	241
Tabela 32 - Número de utentes referenciados pela RRCCI/Ilha - 2019 .....	242
Tabela 33 - Número de utentes admitidos na Rede Regional de Cuidados continuados/ilha - 2019 .....	242
Tabela 34 - Encaminhamento dos utentes após alta da Unidade de Cuidados Continuados - Janeiro- Agosto 2019.....	243

Tabela 35- Número de camas em cuidados continuados por natureza da instituição - 2020 .....	244
Tabela 36- Número de camas vocacionadas para a prestação de Cuidados Paliativos nos Três hospitais da RAA .....	245
Tabela 37 - Doentes deslocados do HDES para outros hospitais do continente português ou estrangeiro – 2015-2018 .....	251
Tabela 38 - Doentes deslocados do HDES para o HSEIT- 2017-2018.....	252
Tabela 39 - Doentes deslocados dos hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) para outros hospitais do continente português ou estrangeiro – 2015-2018.....	257
Tabela 40 - Doentes evacuados para os Hospitais da RAA ou para um Hospital em Lisboa ou Porto - 2014-2018.....	261

## Siglas utilizadas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados ou CH – Cuidados Hospitalares

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

HH – Hospital da Horta

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

LIC – Lista de inscritos para cirurgia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PRS – Plano Regional de Saúde

RAA – Região Autónoma dos Açores

SIGICA – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Serviço Regional de Saúde

TME – Tempo médio de espera

TMRG – Tempo máximo de resposta garantido

USI – Unidade de Saúde de Ilha

## 0. Introdução

O presente estudo insere-se numa prestação de serviços, ao abrigo do ajuste direto nº4/2020, datado de 20 julho 2020, acordado entre a Provedoria da Justiça e a Fundação Gaspar Frutuoso da Universidade dos Açores.<sup>1</sup>

Entendeu a Provedoria da Justiça solicitar um estudo que respondesse a um conjunto de necessidades de informação sistematizada, nomeadamente sobre:

- História do Serviço Regional de Saúde.
- Criação de unidades de prestação de cuidados de saúde
- Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados ou hospitalares.
- Cuidados continuados
- Cuidados paliativos
- Recursos humanos e técnicos nas diferentes ilhas (evolução)
- Consultas e outras práticas clínicas por ilha (evolução)
- Serviço de emergência e de evacuação em situação de urgência na RAA.
  - Pessoal afeto
  - Meios aéreos, marítimos e terrestres
  - Número de casos atendidos em ilhas sem estrutura hospitalar
- Mobilidade dos utentes/doentes, entre ilhas. Meios de resposta, perante situações em que é necessário evacuar/internar doentes por não existirem recursos na ilha de residência;
- Mobilidade dos recursos humanos especializados entre ilhas e entre o continente e a Região A. Açores;
- Consultas de especialidade nas ilhas onde não existe hospital (deslocação de especialistas às ilhas sem esses recursos em permanência)
- Articulação do SRS com o SNS ao longo do tempo

---

<sup>1</sup> Ver documento da Provedoria – anexo 2

- a. Variáveis sociodemográficas da população e acesso à saúde:
- b. Idade, género e outras determinantes sociais no acesso à saúde.

Com base no conjunto de dados acima referenciados, pretende a Provedoria da Justiça compreender o estado do “Acesso aos serviços de saúde” na Região Autónoma dos Açores e recolher sugestões de melhoria, que possam corrigir as lacunas de informação ou dificuldades do sistema identificadas.

Em resposta ao solicitado o presente estudo estrutura-se em 11 pontos, a saber:

- 1. Abordagem metodológica**
- 2. A saúde - um bem inestimável**
- 3. O acesso à saúde como um direito**
- 4. Perfil demográfico da Região Autónoma dos Açores**
- 5. Principais problemas de saúde na RAA**
- 6. Políticas públicas no domínio da saúde**
- 7. O Serviço Regional de Saúde no contexto do SNS – programas de governo (1976 a 2016) e planos estratégicos**
- 8. Serviços de saúde na Região Autónoma dos Açores**
- 9. Principais questões relacionadas com o acesso aos serviços de Saúde**
- 10. Sugestões de melhoria com impacto no acesso aos serviços de saúde.**
- 11. Síntese conclusiva.**

O relatório procurará levantar algumas questões ao longo da apresentação dos dados, de modo a que no ponto 9 possa ser feita uma síntese das principais dúvidas que se colocam para a concretização de um Acesso aos Serviços de Saúde, equitativo, eficiente e eficaz. No ponto 10, serão elencadas algumas sugestões de melhoria, tendo em conta os aspetos identificados anteriormente.

### **Relatórios entregues**

Após a entrega do Relatório Preliminar (julho 2020), foi entregue um Relatório Intercalar (agosto 2020), onde se acrescentou e completou a informação estatística referente aos



capítulos 1 a 8, a que foi possível ter acesso, por estar disponível através da internet ou por ter sido enviada pelo Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA).

O presente relatório final (setembro 2020) constitui o último documento, a que nos comprometemos neste contrato de prestação de serviço, onde se incluem os dados anteriormente enviados, acrescidos e corrigidos, bem como as análises que os mesmos permitiram realizar.

Lamentamos ter de voltar a referir que, apesar de várias insistências, e conscientes do impacto que a pandemia do Covid19<sup>2</sup> possa ter provocado nos serviços da Direção Regional de Saúde, chegamos ao final de setembro sem ter tido acesso aos dados abaixo referenciados:

- Evacuações sanitárias (2000 -2019) /por ano/ilha/motivo;
- Deslocações de médicos inter-ilhas por especialidade (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Internamentos de doentes oriundos de outras ilhas, por Hospital da RAA (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Internamentos em Cuidados continuados/concelho/ilha (2013-2019);
- Deslocações de profissionais de saúde do continente (médicos) por área de especialização e Hospital (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Mobilizações de doentes entre Açores e Continente por área de especialidade e ilha de origem do doente (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Internamentos sociais (idosos ou pessoas dependentes que não encontram vaga em cuidados continuados ou lares) (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Dados sobre o consumo de medicamentos/ilha (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);

---

<sup>2</sup> Em anexo deste relatório colocamos as mensagens enviadas e a única resposta recebida por escrito do Gabinete da Direção Regional de Saúde.

- Dados sobre Saúde mental, nomeadamente, taxa de suicídio; doentes internados em unidades de saúde mental (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Informação sobre consultas por telemedicina (por ilha e especialidade) - (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação).

O presente relatório (final) corresponde à conclusão do Estudo, que visa conhecer e compreender melhor o funcionamento do SRS e o acesso que é facultado aos cidadãos, nas diferentes ilhas da Região Autónoma dos Açores.

## 1. Abordagem metodológica

Para a concretização do presente estudo procurou-se coligir os dados referentes ao **Acesso à saúde na Região Autónoma dos Açores**, tendo por base o seguinte plano de trabalho:

*Tabela 1 - Tópicos a desenvolver e fontes a consultar*

<b>Tópicos</b>	<b>Fontes a consultar</b>
História do Serviço Regional de Saúde.	<b>Fontes bibliográficas</b> <b>Programas dos governos regionais desde 1976</b>
Criação de unidades de prestação de cuidados de saúde Cuidados de saúde primários Cuidados Diferenciados ou hospitalares. Cuidados continuados Cuidados paliativos	<b>Fontes bibliográficas</b> – desenho do sistema nacional e regional de saúde. <b>Programas dos governos regionais</b> – prioridade da saúde nos programas. <b>Orçamentos regionais</b> – verbas atribuídas ao financiamento da Saúde. <b>Planos de saúde</b> Dados estatísticos publicados pelo SREA (Serviço Regional de Estatística)
Recursos humanos e técnicos nas diferentes ilhas (evolução)	Dados estatísticos publicados pelo Serviço Regional de Estatística
Consultas e outras práticas clínicas por ilha (evolução)	Dados estatísticos publicados pelo Serviço Regional de Estatística por ilha
Serviço de emergência e de evacuação em situação de urgência na RAA. Pessoal afeto Meios aéreos, marítimos e terrestres Número de casos atendidos em ilhas sem estrutura hospitalar	<b>Dados publicados pelo Serviço</b> Regional de Estatística por ilha  <b>Entrevista com o responsável pela Unidade de Evacuações e Deslocações dos Açores</b>  <b>Relatórios dos Hospitais da RAA</b>
Mobilidade dos utentes/doentes, entre ilhas. Meios de resposta, quando é necessário internamento e não existem recursos na ilha de residência	<b>Relatórios dos Hospitais da RAA</b> <b>Entrevistas com responsáveis pela Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Provedor do Utente.</b>

Mobilidade dos recursos humanos especializados entre ilhas. Consultas de especialidade nas ilhas onde não existe hospital (deslocação de especialistas às ilhas sem esses recursos em permanência)	
Articulação do SRS com o SNS ao longo do tempo	<b>Relatórios da atividade dos hospitais</b>
Variáveis sociodemográficas da população e acesso à saúde: Idade, género e outras determinantes sociais no acesso à saúde.	Planos regionais de saúde Inquéritos à saúde. Recenseamentos

Numa primeira etapa, desenvolveu-se uma pesquisa a fim de coligir todos os dados publicados, disponíveis nas bases de dados estatísticas ou em publicações sobre a saúde, de âmbito regional e nacional. Foram ainda solicitados outros dados, não publicados, aos serviços estatísticos competentes na área da Saúde.

Na tentativa de conhecer o fenómeno da mobilidade de doentes entre ilhas, foram analisados os dados publicados nos Relatórios e Contas dos Hospitais da RAA, disponíveis desde 2016, estando contemplado, no Relatório de 2018 do HSEIT, informação sobre o sistema de evacuação e situações de emergência, com recurso a meios aéreos, através da Unidade de Evacuações e Deslocações dos Açores.

Foram concretizadas entrevistas a quatro entidades regionais com responsabilidade na concretização do SRS, no sentido de melhor compreender os dados recolhidos e esclarecer diversos procedimentos. Foram então entrevistados:

- ✓ Dra. Isabel Cácio – Ordem dos Médicos
- ✓ Enf<sup>o</sup> Pedro Soares – Ordem dos Enfermeiros
- ✓ Dr. Rui Bettencourt – Unidade de Deslocações e Evacuações dos Açores
- ✓ Dr. Carlos Arruda – Provedor do Utente do SRS

Lamentavelmente não conseguimos concretizar a entrevista com o Diretor Regional de Saúde, que é também a Autoridade de Saúde Regional, nomeadamente para melhor compreender a relação entre o SRS e o SNS.

## Questões de partida para a realização do presente relatório

- ✓ Como caracterizar o acesso aos serviços de saúde na Região Autónoma dos Açores?
- ✓ Em que medida o Serviço Regional de Saúde se distingue do Serviço Nacional de Saúde e com este se articula?
- ✓ Em que medida a localização geográfica constitui uma variável determinante na (des)igualdade de acesso aos serviços de saúde?
- ✓ Que perspetivas futuras podem ser traçadas, a partir da análise da realidade vivida na Região Autónoma dos Açores nos últimos anos?

Estas são questões centrais às quais se pretende responder, partindo da análise dos dados publicados, confrontados com as políticas de saúde veiculadas nos programas dos diferentes governos regionais e nos Planos regionais de Saúde.

Serão ainda considerados documentos de enquadramento teórico, que explicam o desenho do Serviço Regional de Saúde e as opções que, ao longo das últimas décadas, tem vindo a ser adotadas pela Região, bem como outras publicações onde se avaliam os indicadores de saúde, nomeadamente os Inquéritos Nacionais e Regionais da Saúde.

Difícilmente podemos compreender a realidade atual do Sistema de Saúde na Região Autónoma dos Açores, sem recuar no tempo, procurando o fio condutor que acompanha o processo histórico de implementação dos sistemas de saúde, a nível europeu, nacional e regional. Nesse sentido será feita uma breve história da construção do SNS em Portugal e sua implantação na RAA.

## 2. A saúde - um bem inestimável

A saúde é um bem inestimável, um valor prioritário e a sua perceção depende, não apenas dos cuidados recebidos, mas do sentimento de bem-estar subjetivamente percecionado.

De acordo com o Eurobarómetro<sup>3</sup> (fevereiro 2020)

*“A saúde e a segurança social são os temas que mais preocupam os portugueses, sendo referidos por 44% dos inquiridos, mais 11 pontos percentuais do que no período homólogo de 2018: enquanto no Outono de 2018, Portugal surgia como o décimo país a elencar este problema, neste Eurobarómetro é o terceiro país mais preocupado com a saúde e a segurança social, atrás da Finlândia (48%) e da Eslováquia (45%).”*

“A saúde não é apenas o resultado do desenvolvimento, mas um caminho para o conseguir (United Nations, 2000). É a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e do bem-estar intelectual, físico e emocional. (...) Uma política de saúde efetiva requer a compreensão de que as condições ecológicas, sociais, demográficas, económicas e políticas afetam a saúde e precisam de ser abordadas segundo uma estratégia de saúde pública” (Loureiro & Miranda, 2018:19).

O acesso à saúde tem sido um dos objetivos inseridos, de forma recorrente, em documentos internacionais, nomeadamente os que são emanados pela Organização das Nações Unidas (ONU), como os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) projetados para serem concretizados até 2030. Entre outros aspetos, os ODS reforçam a necessidade de se melhorar os determinantes da saúde, nomeadamente “a pobreza, o acesso aos bens e serviços, tendo por base políticas que promovam a democracia, ambientes saudáveis, rendimentos económicos capazes de satisfazer, pelo menos, as necessidades básicas, serviços de saúde próximos das pessoas e um nível de literacia habilitante para opções fundamentadas” (Loureiro & Miranda, 2018:21).

Quando os serviços de saúde não estão acessíveis a todos os cidadãos, configura-se um quadro de desigualdades sociais, que reforça a discriminação, por razões diversas, sejam

---

<sup>3</sup> [https://ec.europa.eu/portugal/news/public-opinion-report-portugal-autumn-2019\\_pt](https://ec.europa.eu/portugal/news/public-opinion-report-portugal-autumn-2019_pt)

níveis de literacia, rendimentos, origem étnica ou contexto cultural de origem, local de residência entre outros.

“A Saúde faz parte do Estado Social” (Carmo & alter, 2012:2) o que, por sua vez, significa uma sociedade baseada na igualdade dos cidadãos. E, o acesso à saúde “não é uma dádiva dos que têm poder, mas uma forma de combater as desigualdades” (Idem, p.6). A saúde é um bem, um valor, que depende não apenas das organizações, mas envolve uma forte componente individual, onde se convoca o comportamento do cidadão, expresso no estilo de vida, na gestão que faz da sua saúde ou na forma como reage à doença.

A perceção que cada indivíduo tem da saúde reflete por isso, uma experiência particular e um olhar sobre o sistema de saúde que o serve, num determinado contexto social, económico e cultural.

Como percebem os portugueses a sua Saúde e a satisfação com a vida?

Diferentes inquéritos, realizados a nível nacional, regional e até europeu, permitem-nos concluir que, de um modo geral, a avaliação dos portugueses é maioritariamente positiva, aliás, tem vindo a melhorar de acordo com o Estudo sobre “A Saúde dos Portugueses” (2015), o “Inquérito Nacional de Saúde” (2014), o “Retrato da Saúde” (2018) ou mesmo o “Inquérito Regional da Saúde” (2014).

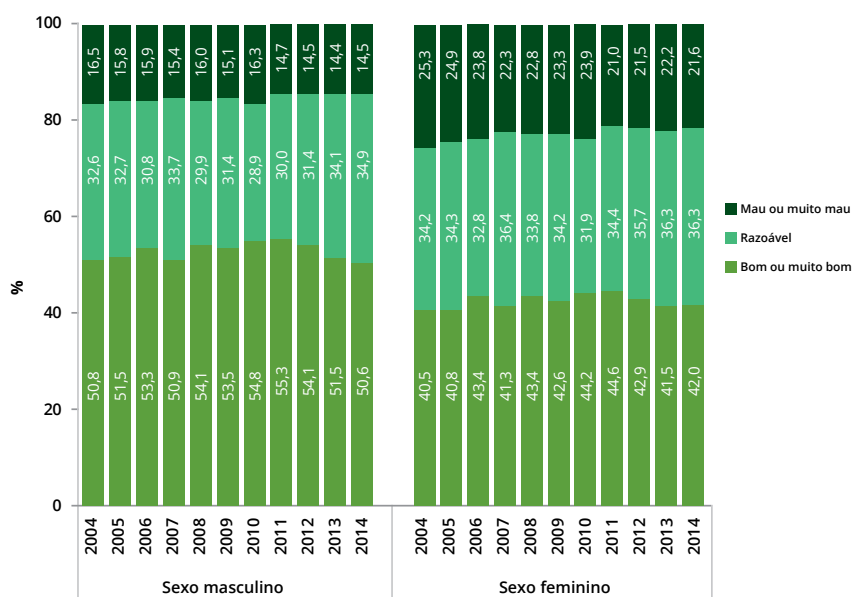
No estudo “A saúde dos Portugueses” (2015)<sup>4</sup> (Fig.1), a população avalia a sua saúde de forma positiva (Bom ou Muito bom), numa tendência de melhoria, mesmo que ligeira, nos últimos dez anos (2004 – 40,5% para 2014 – 42%).

Podemos ainda verificar que, a perceção do estado de saúde dos utentes do Sistema de Saúde registada em 2015 é maioritariamente positiva (56,2% boa, muito boa ou mesmo ótima) (Fig.2).

---

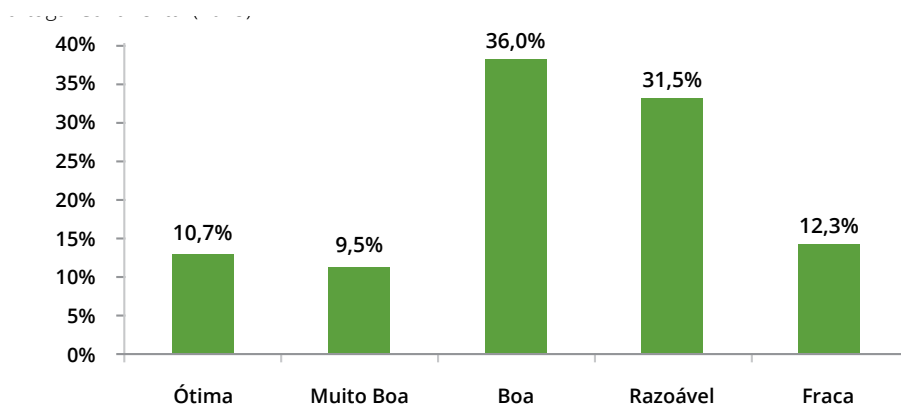
<sup>4</sup> *A saúde dos portugueses – perspetiva 2015*, Direção Geral de Saúde - <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>

Figura 1- Autoapreciação do estado de saúde na população com 16 e mais anos de idade, por sexo. Portugal -2004 e 2014 (%)



Fonte: INE, 2015

Figura 2 - Distribuição da percepção do estado de saúde dos utentes do Sistema de Saúde - Portugal continental - 2015 (%)



Nota: Respostas à pergunta seguinte: «Em geral, como classifica a sua saúde neste momento?»

Fonte: DGS, 2015

Relacionado com a percepção de saúde, o Inquérito Nacional da Saúde (INE, 2014) avalia o grau de “satisfação com a vida” (Tabela 2), registando para a maioria dos residentes em Portugal uma avaliação positiva (50,6% considera estar Satisfeito ou Bastante Satisfeito com a Vida), particularmente na Região Autónoma dos Açores (54,8%) (Fig.3).

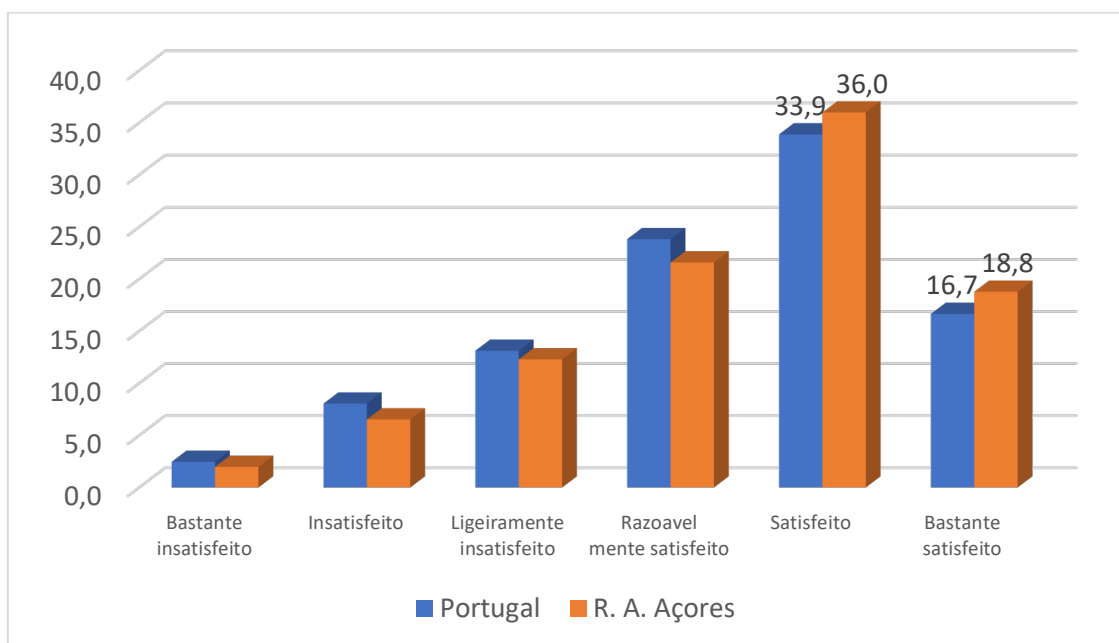


Tabela 2 - Grau de satisfação com a vida - Portugal e RAA - 2014

	Avaliação	Bastante insatisfeito	Insatisfeito	Ligeiramente insatisfeito	Razoável mente satisfeito	Satisfeito	Bastante satisfeito
Portugal	Total	2,5	8,1	13,1	23,8	33,9	16,7
	Homens	1,7	7,5	12,3	25,1	34,7	16,8
	Mulheres	3,1	8,6	13,8	22,7	33,1	16,5
R. A. Açores	Total	2,0	6,5	12,3	21,6	36,0	18,8
	Homens	0,0	6,3	12,6	18,8	36,2	21,0
	Mulheres	0,0	6,8	12,0	24,2	35,8	16,7

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde, 2014

Figura 3 - Grau de satisfação com a vida (população residente com 15 e mais anos) - 2014



Fonte: Inquérito à Saúde, INE, 2014

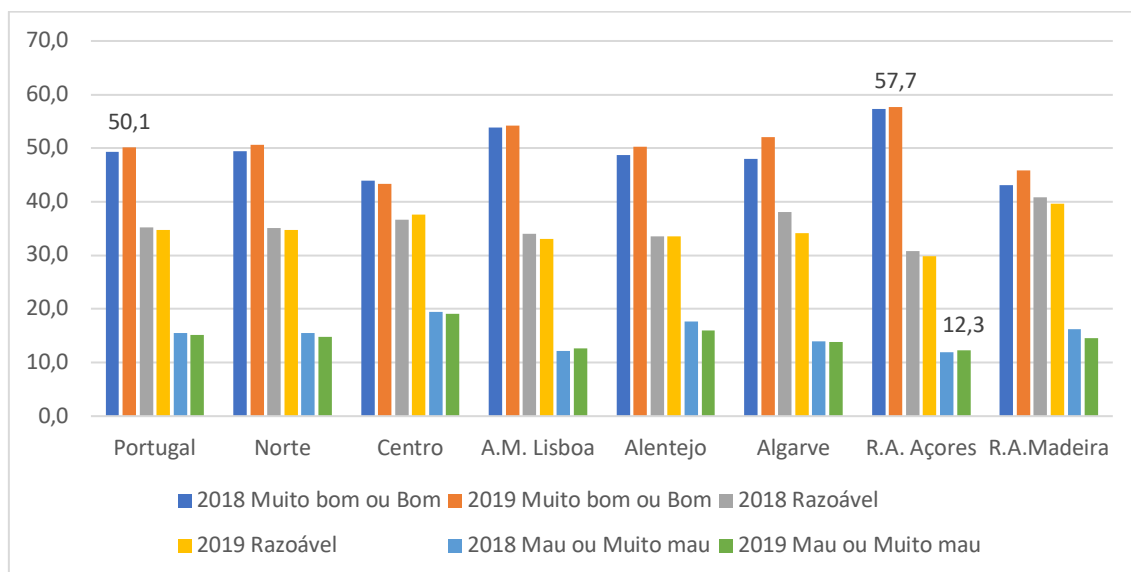
Analisando os resultados publicados no Inquérito às Condições de vida e Rendimento (2019), no indicador “Autoapreciação da saúde dos portugueses”<sup>5</sup>, a RAA melhorou a sua avaliação, reforçando o número dos que apreciam a sua saúde com “muito bom ou bom” (de 57,3% em 2018 para 57,7% em 2019), sendo os Açores a região do País com

<sup>5</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2)

melhores resultados em 2019, quando comparada com a média nacional (50,1% avalia como bom ou muito bom) (fig.4).

Apesar destes resultados, há a registar um ligeiro aumento dos que avaliam o seu estado de saúde como muito mau ou mau (que passa de 11,9% em 2018 para 12,3% em 2019), apesar de abaixo da média nacional registada (15,5% em 2018 e 15,1% em 2019).

Figura 4 - Autoapreciação do estado de Saúde - Portugal e Regiões - 2018 e 2019 (%)



Fonte: INE/Inquérito às Condições de vida e rendimento<sup>6</sup>

Os resultados acima apresentados contrariam a tendência registada no Inquérito Regional de Saúde com dados de 2014<sup>7</sup>, que foi aplicado a uma população com idades entre os 20 e os 74 anos. De acordo com esses dados, 51,3% da população inquirida avaliava o seu estado de saúde, como razoável (43,5%), mau (6,3%) ou muito mau (1,5%). As apreciações positivas situavam-se sobretudo no “bom” (39,7%) e apenas 8,8% avaliou o seu estado de saúde como “muito bom”. Infelizmente não existem dados mais recentes a nível do inquérito regional.

<sup>6</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2)

<sup>7</sup>Inquérito Regional de Saúde (2014) disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/inquerito-regional-de-saude-dos-acoeres-pdf.aspx>, consulta a 21 abril 2020.

## Autoapreciação da saúde/ idade ou género

Quando se analisa a autoapreciação da saúde da população portuguesa, de acordo com a idade ou o género, verifica-se que esta é menos positiva entre os mais velhos e para as mulheres, como se verifica no Inquérito às condições de vida e rendimento (2019)<sup>8</sup>. Enquanto 50,1% da população entre os 14 e os 64 anos considera a sua saúde como muito boa ou boa, para a população com 65 e mais anos, este nível de avaliação apenas é registado em 14,8%. Por sua vez, 58,2% das mulheres e 66,6% dos homens, entre os 16 e 64 anos, apreciaram a sua saúde como muito boa ou boa.

A nível regional, e tendo por base os resultados do Inquérito Regional da Saúde de 2014, pode ler-se que “a proporção de pessoas a referir-se ao seu estado de saúde como Muito Bom ou Bom decresce com o aumento do escalão etário, constatando-se que o decréscimo mais relevante ocorre entre os escalões dos 35-39 anos (69,6%) e dos 40-44 anos (46,7%)”. Ainda segundo o mesmo relatório, “a menção ao estado de saúde como “mau” ou “muito mau” aumenta nos escalões etários mais avançados, designadamente para idades superiores a 60 anos” (Inquérito Regional de Saúde, 2014:16). Em relação ao género, apenas 44,7% das mulheres apreciava em 2014 a sua saúde como boa ou muito boa, menos 8% do que os homens (53%)

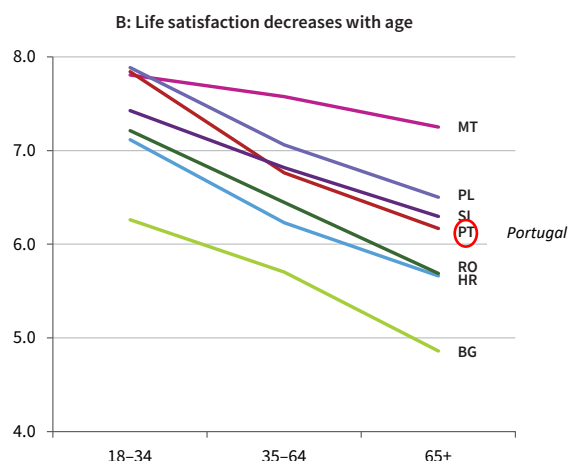
Estes resultados aproximam-se das conclusões do Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida (2016)<sup>9</sup> (Fig.5). Apesar de Portugal registar um aumento dos níveis de satisfação e otimismo, nomeadamente com a qualidade da saúde, a satisfação com os serviços públicos, entre 2011 com 2016, o país faz parte de um grupo de sete, onde esse grau de satisfação diminui de forma significativa com a idade.

---

<sup>8</sup> Dia mundial da saúde – 7 abril /INE – Destaque, 6 abril 2020 – consultado em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=411264201&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=411264201&DESTAQUESmodo=2)

<sup>9</sup> Eurofound (2017), *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Figura 5 - Satisfação com a vida, segundo a Idade



Fonte: European Quality of life/Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida (2016:15)

A análise do indicador “autoapreciação da saúde” permite-nos concluir da relevância dos determinantes individuais na experiência dos cidadãos (ex. idade, género), os quais devem ser relacionados com outras variáveis de contexto (território, condições ambientais e habitacionais; acesso a recursos básicos como água e saneamento básico). A este propósito convém referir que “o ser saudável no pensamento leigo pode não ser coincidente com o “ser saudável” na perspetiva médica, desde logo, porque nesse pensamento, os comportamentos são factos sociais que se inscrevem numa lógica subjetiva imbuída de simbolismos que integram outros valores que se impõem ao valor saúde. A conceção de saúde nele implícita é a conceção negativa em que ter saúde é não ter sintomas de doença que justifiquem que se submetam à medicina os atos do quotidiano” (Alves, F., 2013:176,177)

Para além dos determinantes<sup>10</sup> de natureza individual, social e económica, há que ter em conta o estado de saúde do cidadão, nomeadamente, se é ou não portador de patologias crónicas.

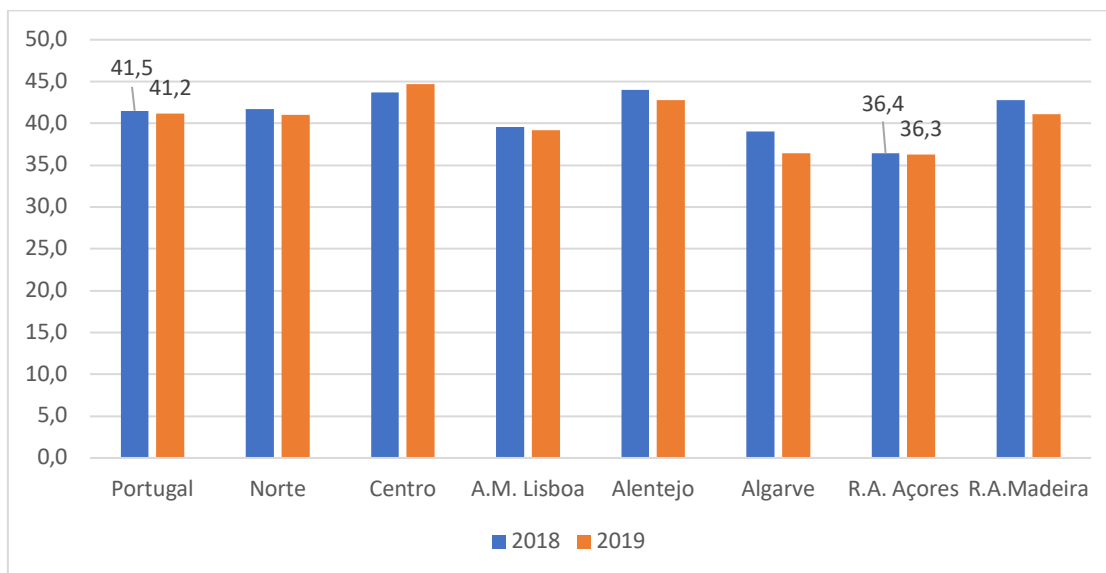
Os dados publicados sobre o estado de Saúde dos portugueses (2019)<sup>11</sup>, comparam as regiões do país, com base nas respostas à questão sobre a existência de morbilidade crónica ou doença prolongada. Nesse contexto, a RAA regista uma das mais baixas

<sup>10</sup> O conceito de “determinantes” como fatores que influenciam o estado de saúde de um indivíduo (Loureiro & Miranda, 2018) será posteriormente abordado neste relatório.

<sup>11</sup> Inquérito às Condições de vida e Rendimento, 2019

percentagens de pessoas que referem ser portadoras de doença crónica ou problema de saúde prolongado (Fig.6), tendo registado uma ligeira redução entre 2018 e 2019, tendência igualmente verificada a nível nacional.

Figura 6 - População com doença crónica ou problema de saúde prolongado - 2018 e 2019 (%)



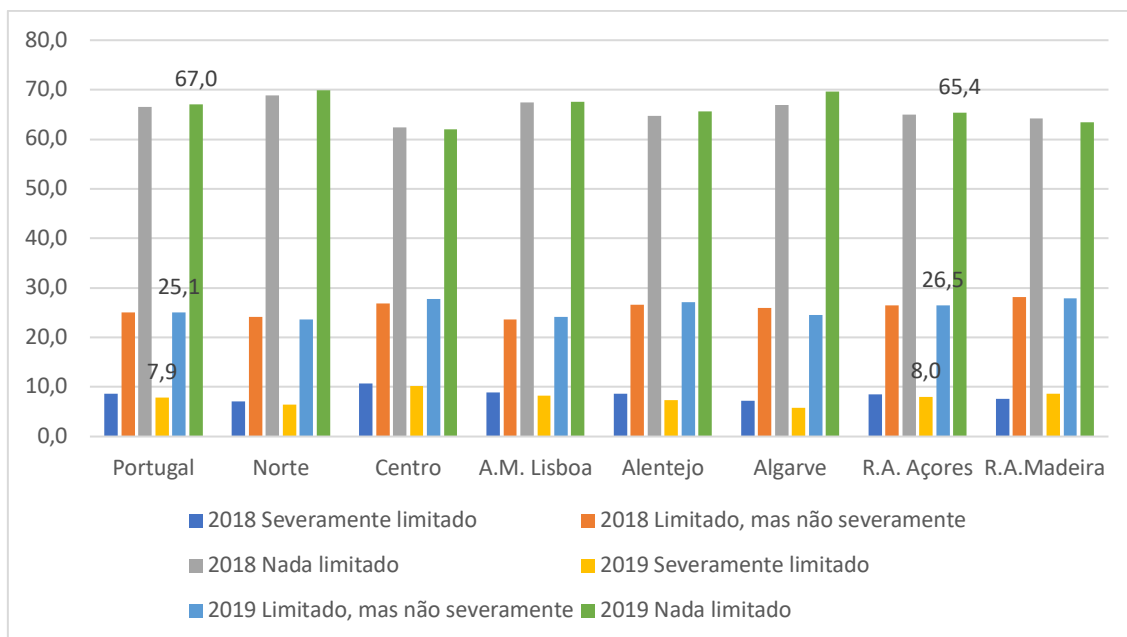
Fonte: INE/Inquérito às Condições de vida e Rendimento, 2019<sup>12</sup>

Ainda considerando a avaliação do Estado de Saúde da população, o INE publicou um outro indicador que relaciona o impacto que esse estado pode provocar na realização das atividades de vida diária (fig.7).

De acordo com esses dados, a RAA registava em 2019 uma % ligeiramente superior à média nacional em termos da população que se considera severamente limitada (8% contra 7,9%) ou limitada, mas não severamente (26,5% contra 25,1%). Em consequência, a % da população que se considera “nada limitada” é ligeiramente inferior à nacional (65,4% contra 67%).

<sup>12</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2)

Figura 7 - Estado de Saúde da População - limitação na realização de atividades - Portugal e Regiões - 2018 e 2019 (%)



Fonte: Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, 2019<sup>13</sup>

A autoapreciação do Estado de Saúde resulta de uma visão subjetiva do bem-estar e da identificação das condições de vida, neste caso do estado de morbilidade crónica, aparentemente menos reconhecido na RAA, ou das limitações que o estado de saúde provoca nas atividades diárias.

Se tivermos em conta a % dos que consideram não sentir limitações na realização das atividades, devido ao estado de saúde (65,4%) e os que avaliaram a sua saúde como boa ou muito boa (57,7%) podemos concluir que 7,7% da população, poderá não ter avaliado positivamente o seu estado de saúde, no entanto considera que isso não os limita na realização das suas atividades.

Quando falamos de perceção do bem-estar ou do estado de saúde estamos perante um indicador que envolve as representações sociais que os cidadãos possuem, neste caso em relação ao que entendem ser a Saúde. Estas representações “não resultam apenas da subjetividade de cada indivíduo, mas formam-se em determinados contextos sociais,

<sup>13</sup> [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2)

assumindo um nível explicativo diferenciado consoante a interpretação desses contextos, podendo adquirir uma grande variabilidade em função das relações sociais e das características dos diferentes grupos sociais. As representações, bem como as práticas sociais têm uma forte associação com as classes sociais, o género, a etnicidade, os espaços territoriais, os grupos etários etc.” (Tavares, D., 2016:44).

Apesar de se concretizar no corpo individual, a saúde é um fenómeno coletivo que depende dos contextos, como foi anteriormente referido, e se constrói de forma coletiva. Quando a saúde falha, o indivíduo recorre à comunidade, nomeadamente aos serviços de saúde, para restabelecer o bem-estar perdido, e esta rede de suporte é fundamental para a concretização da sua vida diária, do trabalho e da qualidade das relações sociais.

Como refere Barros (2013:16,17) “a saúde não é um produto que se adquire e transaciona num supermercado ou numa qualquer loja online. Não é um serviço que se preste. A saúde constrói-se, produz-se, com base nas decisões individuais, de estilos de vida e comportamentos e, com cuidados de saúde, de forma preventiva ou em reação a situações de doença. (...) Daqui decorre que o princípio geral de assegurar a todos os cidadãos boa saúde se traduz realmente em condições que procuram garantir o acesso a cuidados de saúde”.

Desta definição sobressai a dupla dimensão que constrói a saúde, ao mesmo tempo um bem de gestão individual que depende do *autocuidado*<sup>14</sup>, e o resultado de uma resposta coletiva, que depende, nomeadamente do *acesso a cuidados de saúde*, prestados por profissionais.

---

<sup>14</sup> “Autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas positivas” (Petronilho, F., 2012:18)

### 3. O acesso à saúde como direito

O acesso à saúde é hoje considerado um dos direitos fundamentais da cidadania apesar de, em Portugal, este só ter sido reconhecido em 1976, no texto revisto da Constituição da República Portuguesa (artigo 64º)<sup>15</sup>.

Enquanto direito social, implica que o utente seja reconhecido como a centralidade do sistema de saúde (Serapioni & Matos (org.), 2014), que haja valorização da sua voz e lugar para responder à sua perspetiva, no âmbito das organizações de saúde e da qualidade dos cuidados de saúde.

O direito à Saúde não depende apenas da sua inscrição nos documentos fundacionais da democracia, mas concretiza-se de forma efetiva na medida em que são priorizados três grandes objetivos (Boquinhas, 2012:17): 1) **equidade**, ou seja, “qualquer cidadão deve ter direito a cuidados mínimos de saúde com qualidade e de acordo com as suas necessidades, independentemente da sua condição económica, social ou religiosa, e os seus rendimentos não podem ser uma condicionante para usufruir desses mesmos cuidados, devendo a mesma necessidade corresponder ao mesmo tratamento. 2) **eficiência técnica**, no sentido de maximizar os resultados dos cuidados de saúde e a satisfação dos utilizadores a custos mínimos; 3) **eficiência económica ou distributiva**, na lógica de que os sistemas de saúde só devem consumir uma parcela apropriada e a estritamente necessária do PIB.

Ainda segundo o mesmo autor (Boquinhas, 2012:17) e citando as orientações da OMS, “os sistemas de saúde deveriam orientar-se pelos seguintes objetivos: mais ganhos em

---

<sup>15</sup> <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/201803261725/128028/element/diploma#81789>

Artigo 64º da CRP - 1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;
- c) Orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos;
- d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

- Alterado pelo/a Artigo 54.º do/a Lei Constitucional n.º 1/82 - Diário da República n.º 227/1982, Série I de 1982-09-30, em vigor a partir de 1982-10-30



saúde para as populações, melhor resposta por parte dos serviços de saúde e uma contribuição para a saúde socialmente justa.”

No contexto atual, a igualdade de acesso na saúde é, não só uma exigência de um sistema de saúde “socialmente justo”, como representa um direito de cidadania e um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS) previstos pela ONU<sup>16</sup>, a atingir até 2030.

Para se avaliar o acesso de saúde não basta quantificar as estruturas/equipamentos de saúde colocados à disposição das populações, nem mesmo se pode aferir da qualidade desse acesso pelo volume de recursos humanos afetos ao sistema de saúde.

Como refere o Relatório da Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015:20)

“o acesso conceptualiza-se como uma interação entre a possibilidade de identificar as necessidades de cuidados e a procura dos serviços, de forma a alcançar os recursos que permitam obter ou utilizar os serviços de saúde adequados”.

Logo, importa conhecer as necessidades e avaliar da procura, para encontrar o nível adequado de resposta. De acordo ainda com o relatório, supracitado, podemos identificar cinco critérios do lado da procura e outros tantos ao nível das respostas proporcionadas, para aferir da adequabilidade no acesso ao Sistema de saúde, a saber: “do lado da oferta: a) proximidade, b) aceitabilidade, c) disponibilidade de instalações, d) acessibilidade financeira e e) adequabilidade. (...) e do lado da procura “a) capacidade de perceber, b) capacidade de procurar, c) capacidade de alcançar, d) capacidade de pagar e e) capacidade de se envolver “, conforme ilustra a figura seguinte (Fig.8) (OPSS.2015:21).

---

<sup>16</sup> <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

Figura 8 - Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde



Adaptado de: Levesque J-F, Harris M, Russell, 2013

Fonte: Citação do OPSS, 2015:21

No caso em estudo, o acesso ao Sistema de Saúde na Região Autónoma dos Açores, não possuímos dados sobre a procura, ou seja, não possuímos um levantamento, atualizado, de necessidades por ilha, conforme previsto no modelo anterior, que permita um diagnóstico e uma avaliação do grau de adequação das respostas.

No entanto, nos próximos pontos, iremos pesquisar através da leitura dos dados demográficos (ponto 4), da análise das principais causas de morte nos Açores e dos resultados do 1º Inquérito à Saúde, com exame físico (ponto 5), alguns dos problemas mais evidentes, que afetam a saúde dos residentes nas diferentes ilhas da RAA.

## 4. Perfil demográfico

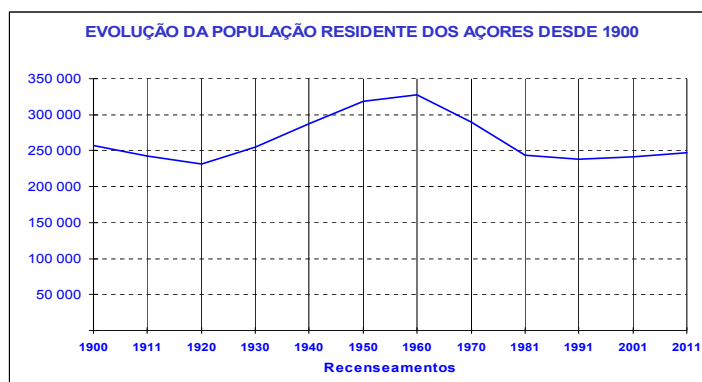
Antes mesmo de olharmos alguns dos indicadores demográficos, importa referir que a realidade de uma região arquipelágica é, por natureza, desigual, quer em termos geográficos quer, sobretudo, em termos das populações residentes, em cada uma das ilhas. Este facto implica uma leitura adequada e cuidada dos indicadores, como acontece, por exemplo, com as permilagens, que enviesam os resultados quando aplicadas em populações entre 3500 e 5500 habitantes (Flores, Graciosa ou Sta. Maria) ou na ordem dos 400 habitantes, como é o caso da ilha do Corvo. Há que reter o facto de, nestas populações mais pequenas, a oscilação de dados ser constante, não sendo por vezes possível identificar uma tendência.

Iniciemos por uma caracterização da população residente, analisando os dados publicados nos recenseamentos da população.

### 4.1 - POPULAÇÃO RESIDENTE

A população residente na Região Autónoma dos Açores tem sofrido alterações no último século, partindo de um valor próximo do atual, pouco mais de 250 mil habitantes, crescendo em número entre as décadas 20 e 60 do século XX e diminuindo depois nas décadas seguintes, estabilizando, desde os anos 80 até 2011 (último recenseamento), onde se contabilizaram 246772 habitantes (Fig. 9)

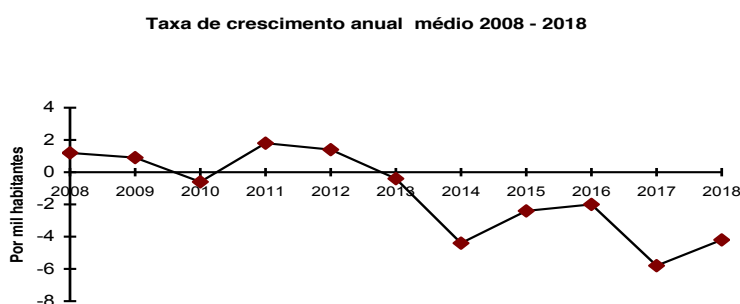
*Figura 9 - Evolução da população residente nos Açores desde 1900 (Censos)*



Fonte: Censos, 1900 a 2011 (publicado pelo Serviço Regional de Estatística)

Um rápido olhar sobre o gráfico anterior permite identificar as variações no número de residentes que resultaram de fenómenos como a emigração para os Estados Unidos e Canadá (anos 60-70), as crises sísmicas (Faial - 1957, Terceira - 1980) ou mais recentemente, o impacto da crise económica (2008-2015), como se pode verificar no gráfico seguinte (Fig.10)

Figura 10 - Taxa de crescimento anual médio 2008-2018 (RAA)



Fonte: SREA, Estatísticas Demográficas, 2018

Perspetivando o futuro desta região, e tendo por base as projeções adiantadas pelo INE (Destaque 28.03.14), a região dos Açores, no melhor cenário, em 2060, terá apenas mais 277 habitantes do que o número atual, sendo que essa população será substancialmente mais idosa e terá de contar com o contributo das migrações. Num cenário baixo, a projeção aponta para menos 324 habitantes e, na mesma, um reforço da população mais velha, agravado por um decréscimo acentuado do índice sintético de fecundidade, como podemos ver pelo quadro seguinte.

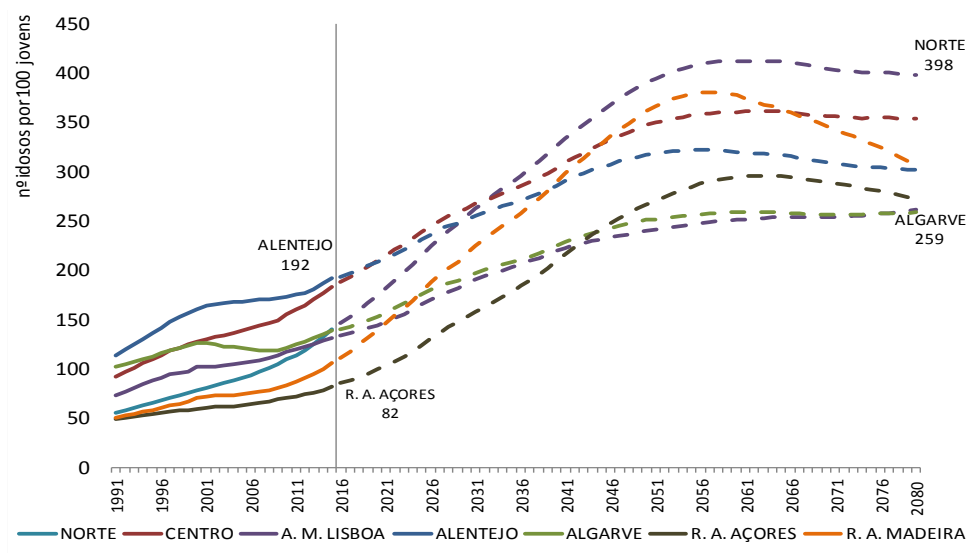
Tabela 3 - Cenários de projeção da evolução da população residente na RAA

Região	Cenários de projeção	Índice sintético de fecundidade		Esperança média de vida				Saldo Migratório	
		2012	2060	2010-2012		2060		2012	2060
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres		
RAA	Baixo	1,34	1,32	72,8	79,9	80,7	87,5	-133	-324
	Central		1,58			80,7	87,5		277
	Alto		1,81			83,3	90,0		277
	Sem migrações		1,58			80,7	87,5		-

(Fonte: INE – Destaque –Cenários de projeção da população, segundo as hipóteses de evolução das componentes, Portugal e NUTS II, 2012 (último ano observado) e 2060 (último ano de projeção))

Numa projeção a 2080 (Fig.11), o INE prevê que o índice de envelhecimento que a RAA detinha como sendo o mais baixo do país, em 2015, passe a deixar de o ser a partir de 2040, passando o Algarve a ser a região com o índice de envelhecimento mais baixo.

Figura 11 - índice de envelhecimento, Nuts II, 1991-2080 (estimativas e projeções - cenário central)



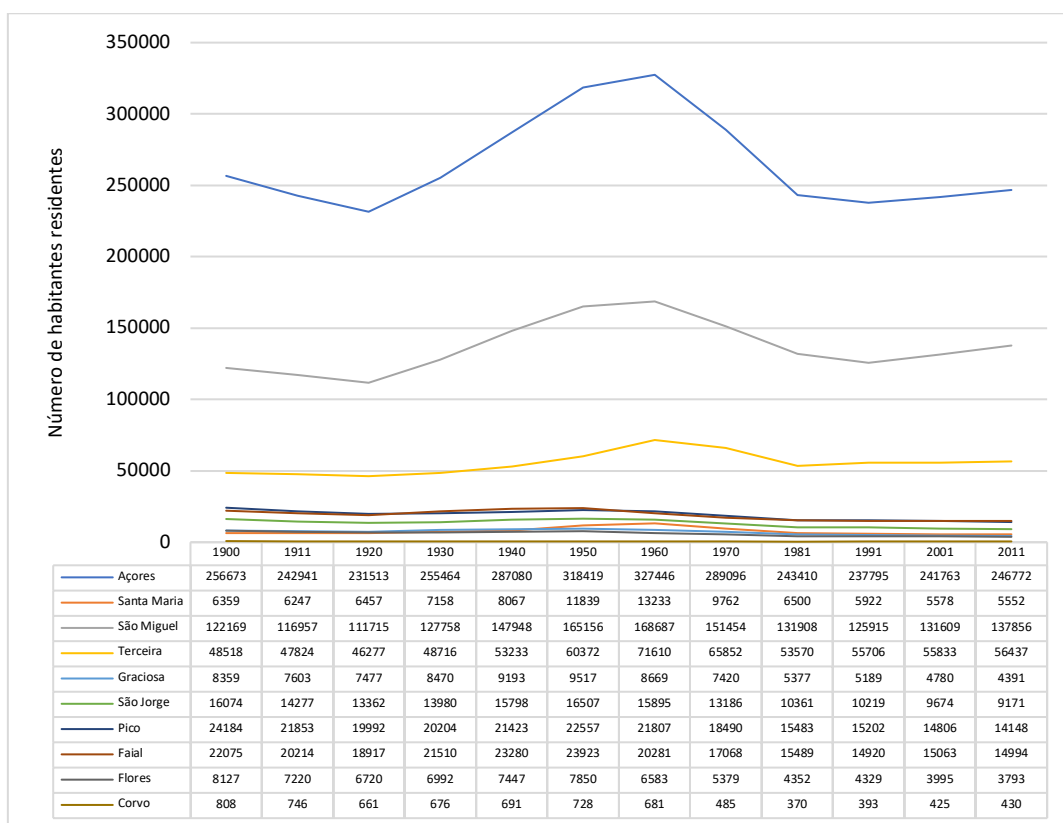
Fonte: Destaque/INE de 29 de março 2017<sup>17</sup>

#### 4.1.1 - População residente por ilha

A população residente em cada ilha é bastante variável, como foi referido anteriormente, e esse facto contribui de forma diferenciada para a leitura dos fenómenos humanos que caracterizam as vivências insulares, como é o caso da Saúde. Se olharmos o gráfico (Fig.12), verificamos como o fenómeno da emigração foi transversal a todas as ilhas, reduzindo de forma bastante significativa a população residente, entre as décadas de 60 e 80. Desde então, os Açores mantem uma população mais ou menos estável, apesar de entre 2001 e 2011 se ter registado um ligeiro aumento, devido à variação da população na ilha de São Miguel.

<sup>17</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Figura 12 - População residente na RAA/ilha - 1900-2011 - Censos



Fonte: SREA/INE

Da análise dos dados anteriores, decorre a necessidade de avaliação de alguns indicadores demográficos, que nos ajudem a explicar, quer a redução do número de habitantes, quer as características dos atuais residentes.

Em relação ao primeiro aspeto, ou seja, a **redução do número de habitantes**, iremos analisar as taxas de natalidade/fecundidade, emigração e mortalidade.

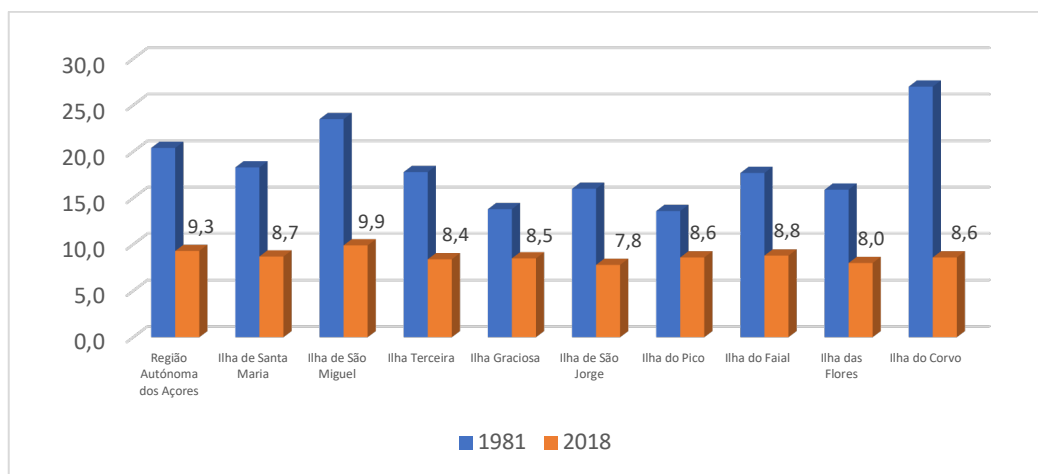
Em relação ao segundo, **características atuais dos residentes**, iremos nos focar na questão do envelhecimento, consequência da baixa da natalidade e do aumento da esperança média de vida. Outros indicadores poderão ser considerados, nomeadamente a atividade económica.

Estamos perante ilhas que tem vindo a perder população, ao mesmo tempo que tem vindo a envelhecer, devido ao decréscimo do número de jovens e à permanência dos mais velhos na ilha. Este é, sem dúvida, um fenómeno central para a compreensão da procura de serviços de Saúde nas diferentes ilhas dos Açores.

#### 4.1.2 – Natalidade/Fecundidade

O gráfico seguinte (Fig. 13) ilustra de forma evidente a quebra na taxa de natalidade registada na RAA, transversal a todas as ilhas. Apesar disso, a ilha de São Miguel (taxa de 9,9 ‰ em 2018) é a que mais contribuía, em 2018, para a natalidade da região (9,3).

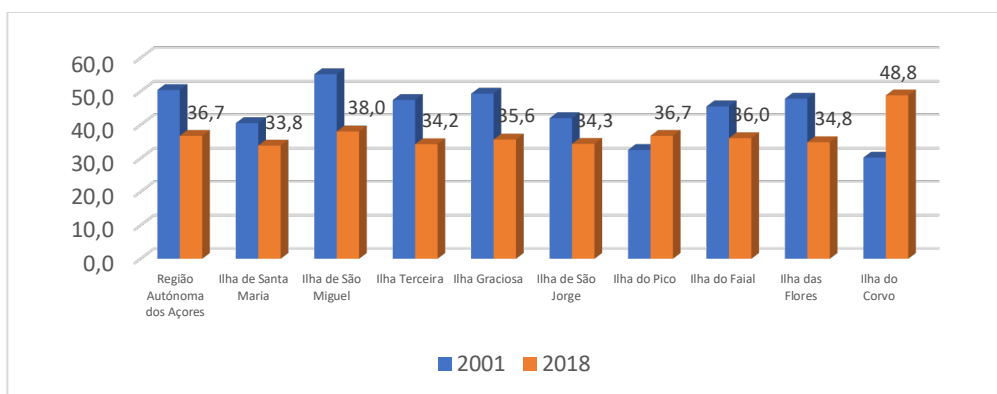
Figura 13 - Taxa de natalidade na RAA/ilha - 1981 e 2018 (‰)



Fonte: PORDATA

Em relação à fecundidade, que analisa o fenómeno dos nascimentos, tendo por base a população feminina com idades entre os 15 e os 49 anos, verificamos uma tendência decrescente<sup>18</sup>, particularmente na ilha de São Miguel, o que antecipa uma redução ainda mais significativa do rejuvenescimento da população residente.

Figura 14 - Taxa de fecundidade geral na RAA/ilha - 2001 e 2018 (‰)



Fonte: PORDATA

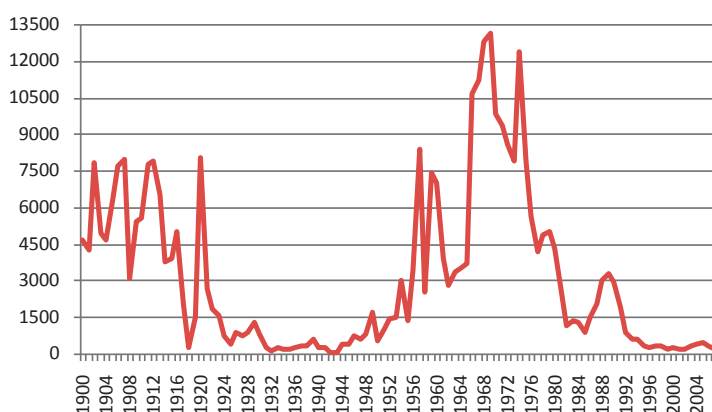
<sup>18</sup> Apesar do aumento registado na ilha do Corvo importa não esquecer a pequenez dos números.

A Região Açores tem perdido naturalmente habitantes, por via do decréscimo da natalidade e da fecundidade. No entanto, como ficou patente nos dados sobre a evolução da população residente, a emigração que ocorreu nas décadas de 60 e 70, teve um enorme impacto nessa redução, ao retirar população jovem, em idade ativa e procriativa, de todas as ilhas.

#### 4.1.3 – Emigração

O gráfico seguinte, retirado do estudo de Rocha, G., Ferreira E. e Mendes D. (2011:50), revela a evolução da emigração entre 1900 e 2007 e demonstra, de forma clara, o aumento deste fenómeno nos Açores entre o final da década de 50 e os anos 80.

Figura 15 - Evolução do número de emigrantes dos Açores para os E.U.A. Canadá e Bermuda (1900-2007)-(cit. Rocha, Ferreira e Mendes, 2011)



**Fonte:** Instituto Nacional de Estatística, *Estatísticas Demográficas*, várias; Serviço Regional de Estatística dos Açores, *Demografia*, várias; Direcção Regional das Comunidades.

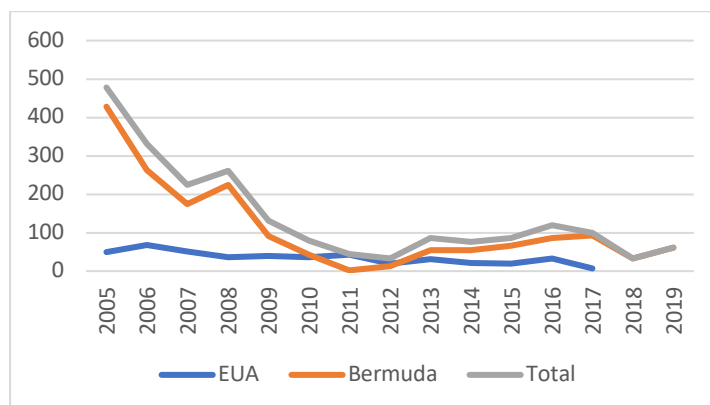
De acordo com a mesma fonte (Rocha, Ferreira e Mendes, 2011), entre 1950 e 1960 saíram do arquipélago 31000 habitantes, em parte devido ao regime de exceção concedido pelos Estados Unidos, em particular aos residentes no Faial e Pico, na sequência do vulcão dos Capelinhos (1957), associado ao aparecimento de um novo destino emigratório, o Canadá.

Dados mais recentes, publicados pelo Governo Regional dos Açores, apontam para uma tendência decrescente na emigração para os Estados Unidos e Bermuda. Segundo esta



fonte, não existem dados sobre a emigração para o Canadá, desde 2000, nem para os Estados Unidos, desde 2017.

Figura 16 - Número de emigrantes dos Açores para os E.U.A. e Bermuda - 2005 a 2019



Fonte: Governo Regional dos Açores<sup>19</sup>

Como se pode depreender desta informação publicada, não constam outros destinos, nomeadamente europeus, para onde, é do conhecimento público que profissionais, inclusive na área da saúde, tem emigrado nos últimos anos.

Apesar disso, se tivermos em conta a *taxa de crescimento efetivo* da população (Fig.10) que contabiliza entradas e saídas da região, é evidente uma clara diminuição da população residente.

#### 4.1.4 - Mortalidade

Procurando situar a diversidade das dinâmicas populacionais olhemos alguns indicadores sobre a mortalidade registada nos Açores, particularmente a infantil e a que resulta de doenças com maior expressão neste arquipélago, como são as doenças do aparelho circulatório e as mortes causadas por tumores malignos.

<sup>19</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srapre-drcomunidades/textoImagem/Emigra%C3%A7ao+A%C3%A7oriana.htm>

#### *4.1.4.1 - Mortalidade infantil*

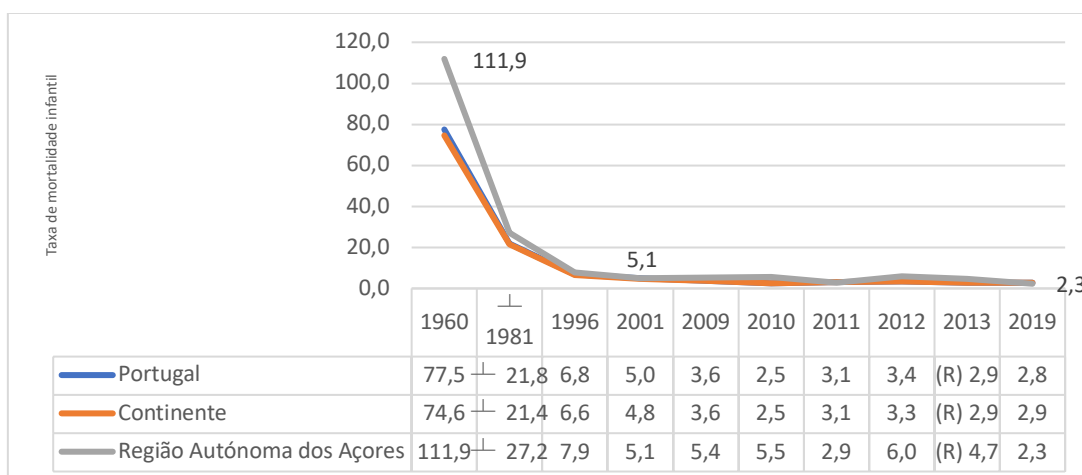
De acordo com os autores do estudo sobre a Mortalidade Infantil (Barreto, Correia & Cunha, 2014:15) este é “um dos mais expressivos indicadores de desenvolvimento socioeconómico”. E neste domínio Portugal tem se destacado no quadro dos países europeus, e até ao nível mundial, como tendo conseguido uma das mais significativas reduções. “No período entre 1970 e 2008, Portugal registou uma diminuição de 94 por cento na sua taxa de mortalidade infantil, o que constitui um dos casos de maior sucesso na melhoria deste indicador (a diminuição média observada no conjunto da UE foi de 51,6%) (Idem, 2014:15)

Neste contexto, o caso da Região Açores é, por ventura, um exemplo paradigmático, de como um plano de intervenção sanitária pode corrigir um grave problema de saúde pública, como era a mortalidade infantil na década de 50.

“Nos anos 50 do século XX, o Arquipélago dos Açores, e mais especificamente o Distrito de Ponta Delgada (S. Miguel e Sta. Maria) era uma região com más condições sanitárias (em 1956 a taxa de mortalidade infantil em S. Miguel era de 148,6‰), com uma população numericamente pouco elevada, em comparação com outros distritos do continente (...) reunindo as condições para iniciar uma experiência piloto, uma vez que existiam cinco “hospitais” nas seis sedes de concelho. (...) O plano, denominado Programa de Proteção Sanitário Social, mais comumente conhecido como Programa de Proteção Materno-Infantil (...), baseava-se “numa rede de dispensários de Proteção Materno-Infantil (extensões dos centros de saúde); a assistência ao parto era realizada por enfermeiras obstetras, no domicílio, ação que mais tarde veio a ser substituída pelas “casas de natalidade” e, posteriormente pelas maternidades de alguns hospitais concelhios (mais tarde Centros de saúde) e maternidade do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada (posteriormente designado Hospital Distrital de P. Delgada” (Lalanda, M. & alter, 2009:13)

A experiência vivida em São Miguel serviu de laboratório para a implementação de medidas que, como referem os autores acima, passavam pela vigilância da gravidez, a assistência no parto e os cuidados ao recém-nascido (Lalanda M. E. e alter, 2009), o que contribuiu, sem dúvida, para que, em vinte anos, a região se aproximasse da média nacional, como podemos verificar no gráfico seguinte (Fig.17).

Figura 17 - Taxa de mortalidade infantil (Portugal, continente e RAA) - 1960-2019 (‰)



Fonte: PORDATA

Os dados mais recentes (2019) colocam a Região Autónoma dos Açores ao nível da realidade nacional e abaixo dos valores que se registavam, em média, na Europa 27<sup>20</sup> em 2018 (3,4‰).

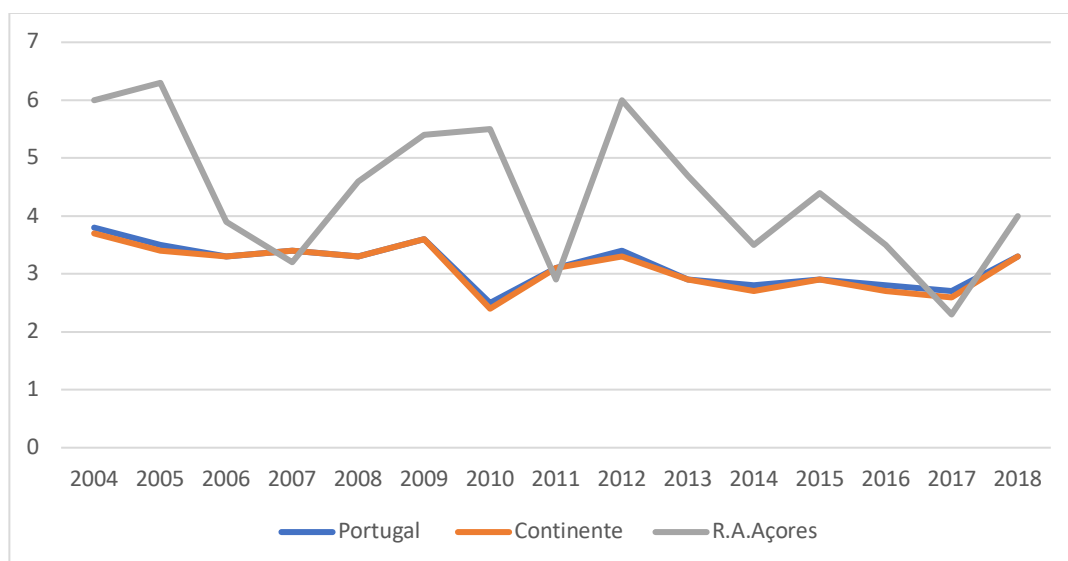
À semelhança da leitura de outros indicadores demográficos, importa referir que, perante valores muito baixos, como acontece atualmente com a mortalidade infantil, não é possível fazer leituras por ilha, dada a variabilidade dos (pequenos) números; desde 2001 que a região regista valores próximos de 5‰.

Analisando os dados mais recentes (2004-2018) (Fig. 17), podemos verificar uma variação nos dados da Região entre 6,3‰ (2005) e 2,3‰ (2017) correspondendo, em valores numéricos de óbitos de menos de um ano, a 19 óbitos em 2005 e 5 óbitos em 2017.

<sup>20</sup> <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+mortalidade+infantil-1589>

Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA

Figura 18- Evolução da taxa de mortalidade infantil - RAA, continente e Portugal - 2004-2018 (%)

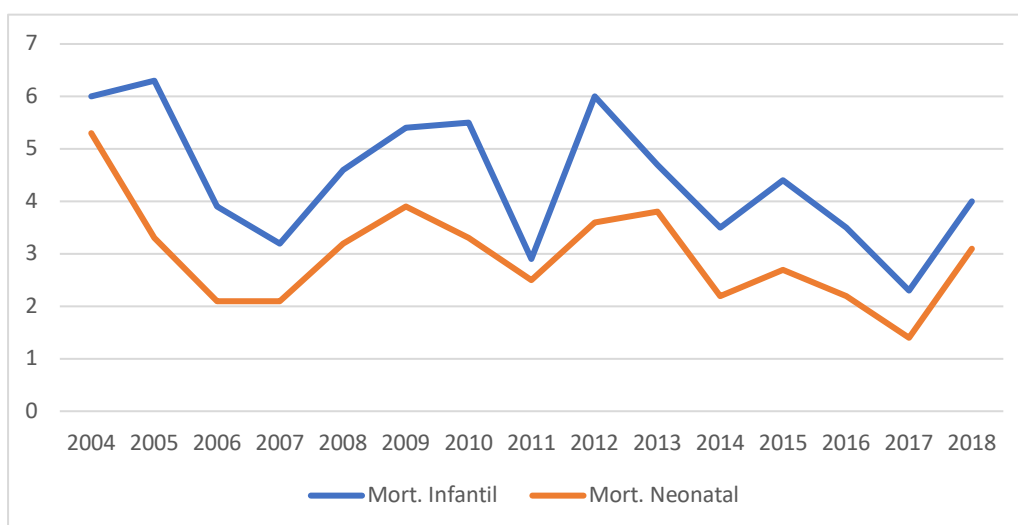


Fonte: Estatísticas demográficas/SREA

À semelhança do verificado a nível nacional, regista-se uma tendência decrescente neste indicador, sobretudo, se tivermos em conta os dados registados nas últimas décadas do séc. XX. De acordo com Barreto, Correia & Cunha (2014:127), “essa redução deveu-se principalmente à redução da mortalidade neonatal, particularmente da sua componente neonatal precoce” (...) “dado que esta mortalidade entre o primeiro e sexto dia de vida é particularmente influenciada pelo desempenho dos sistemas de saúde, somos levados a pensar que a reforma da assistência materno-infantil operada nos últimos 20 anos poderá ter sido um dos fatores que mais contribuiu para Portugal ter atingido um lugar cimeiro na mortalidade infantil a nível mundial” (Idem, 2014:129).

Olhando a evolução comparada desses dois indicadores (mortalidade infantil e mortalidade neonatal) na RAA, verificamos que, à semelhança da leitura nacional, também na região a mortalidade neonatal reduziu de forma ainda mais acentuada, contribuindo, de forma evidente, para a redução do indicador de mortalidade infantil.

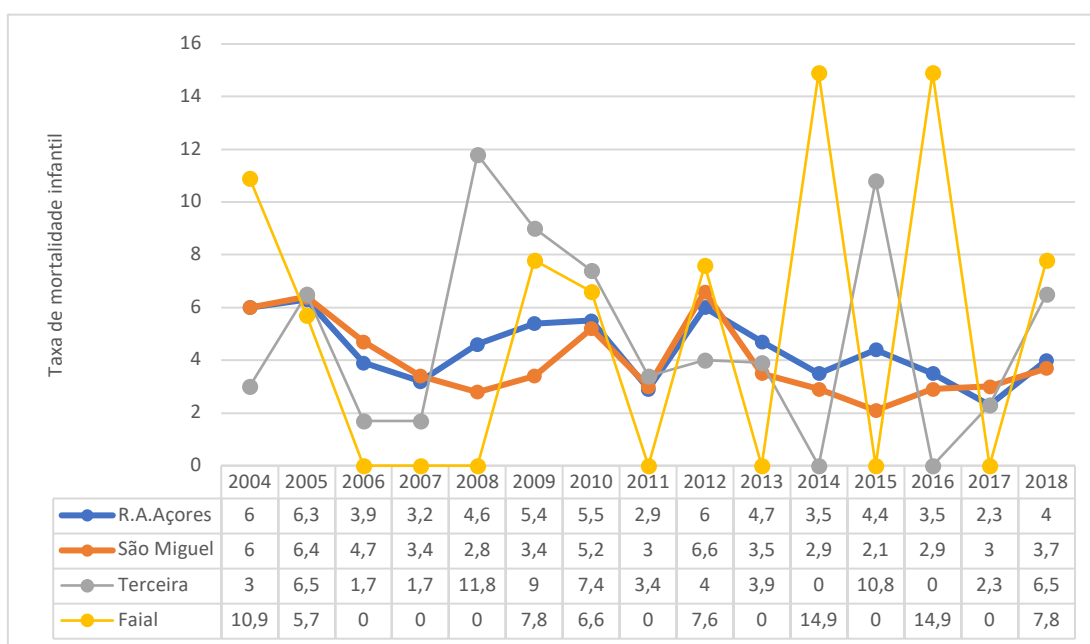
Figura 19 - Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Mortalidade Neonatal (RAA) - 2004-2018 (%)



Fonte: Estatísticas demográficas/SREA

Considerando os números baixos da mortalidade infantil, no período em análise, não é possível aprofundar este fenómeno, ao nível de ilha. No entanto, se considerarmos as três maiores (São Miguel, Terceira e Faial), podemos verificar que apenas São Miguel revela valores que acompanham a tendência regional, havendo uma grande dispersão nos dados relativos às ilhas Terceira e Faial, incluindo anos sem dados de referência. Daqui se conclui da dificuldade em medir o fenómeno da mortalidade infantil nas restantes ilhas, onde o número de nascimentos ainda é menor do que nestas três ilhas.

Figura 20 - Taxa de Mortalidade Infantil na RAA - São Miguel, Terceira e Faial - 2004-2008 (%)



Fonte: Estatísticas demográficas/SREA

#### 4.1.4.2 - Mortalidade por doenças (do aparelho circulatório, tumores malignos)

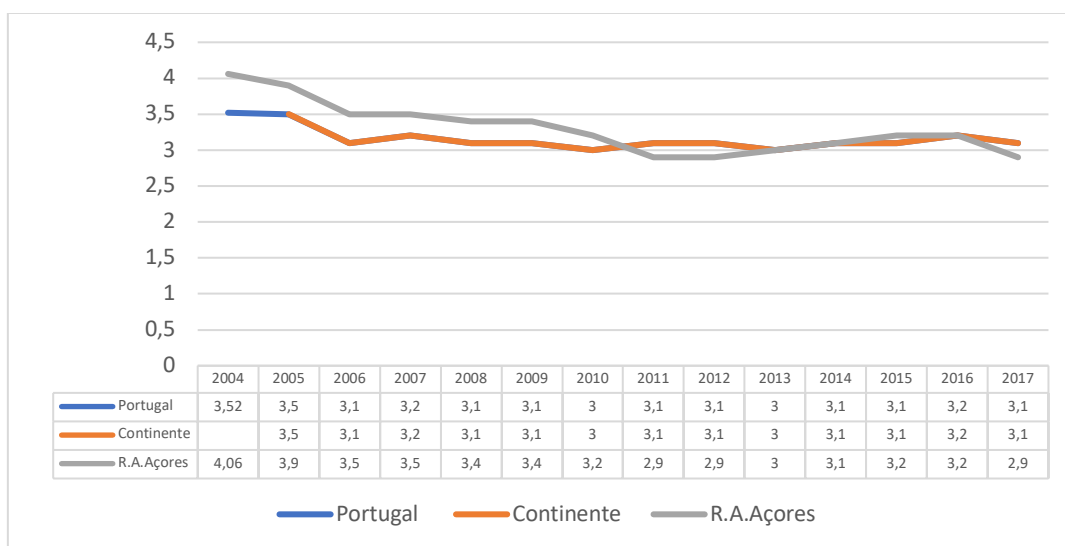
A escolha destas duas causas de morte, doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, decorre do próprio Plano Regional de Saúde (PRS) (2014-2016 extensão a 2020) que identifica estas duas patologias como as principais causas de morte, como se pode ler no referido documento:

“A análise das Taxas de Mortalidade Proporcional (TMP)<sup>21</sup> por grandes grupos de doenças, relativas a 2011 (Quadro 12), revelou que, à semelhança do verificado a nível nacional e europeu<sup>22</sup>, na RAA, as doenças do aparelho circulatório (33%) e os tumores malignos (22,9%) são as principais causas de morte para todas as idades, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,3%), independentemente do sexo. Já em termos de mortes prematuras, lideram os tumores malignos (34,9%), com as doenças do aparelho circulatório (16,2%) e as doenças do aparelho digestivo (6%) em segundo e terceiro lugares, respetivamente”.

<sup>21</sup> Proporção de óbitos por uma determinada causa no total de óbitos

<sup>22</sup> Plano Nacional de Saúde – 2012-2016

Figura 21 - Taxa de Mortalidade por doenças do aparelho circulatório - 2004-2007 (‰)



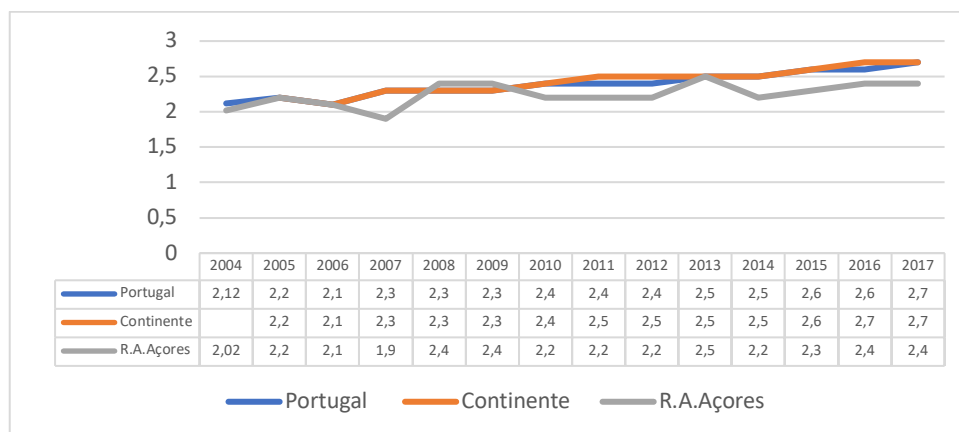
Fonte: Açores em Números/SREA

O gráfico acima (Fig. 21), referente à Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, revela uma tendência decrescente, atingindo em 2017 valores inferiores à realidade nacional.

Como adiante se verá, o PRS previu a implementação de Planos sectoriais, dirigidos ao combate dos principais problemas de saúde registados na região, nomeadamente, as patologias do foro circulatório, o que poderá, eventualmente, explicar a redução deste indicador de mortalidade.

De acordo com o PRS, os tumores malignos são também uma das causas mais frequentes de mortalidade nos Açores.

Figura 22- Taxa de mortalidade por tumores malignos - 2004-2017 (‰)



Fonte: Açores em Números/SREA

O gráfico anterior (Fig.22) revela uma tendência crescente no número de casos, apesar de a RAA estar abaixo dos valores médios nacionais.

À semelhança das doenças do aparelho circulatório, o controlo do número de casos poderá estar relacionado com a operacionalização do plano sectorial dirigido a esta causa de morte, que será posteriormente analisado neste relatório.

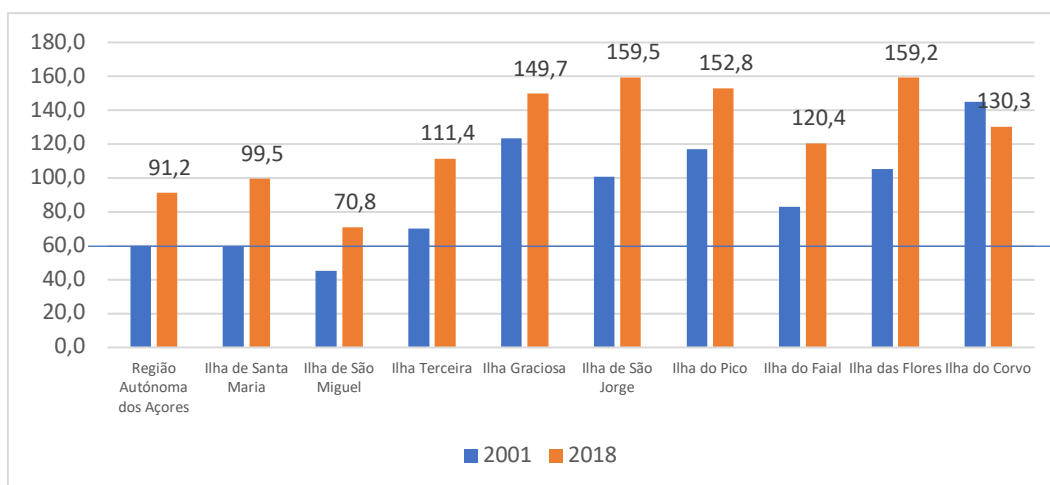
#### 4.1.5 - Envelhecimento

No que se refere ao envelhecimento, os últimos dados publicados evidenciam a tendência de envelhecimento em todas as ilhas dos Açores (Fig. 23), particularmente agravado nas ilhas onde, já em 2001, se verificava este fenómeno, como é o caso da Graciosa, São Jorge, Pico e Flores.

O índice de envelhecimento resulta da:

“Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas dos 0 aos 14 anos).” (INE<sup>23</sup>)

Figura 23 - Índice de envelhecimento na RAA/ilha - 2001-2018



Fonte: PORDATA<sup>24</sup>

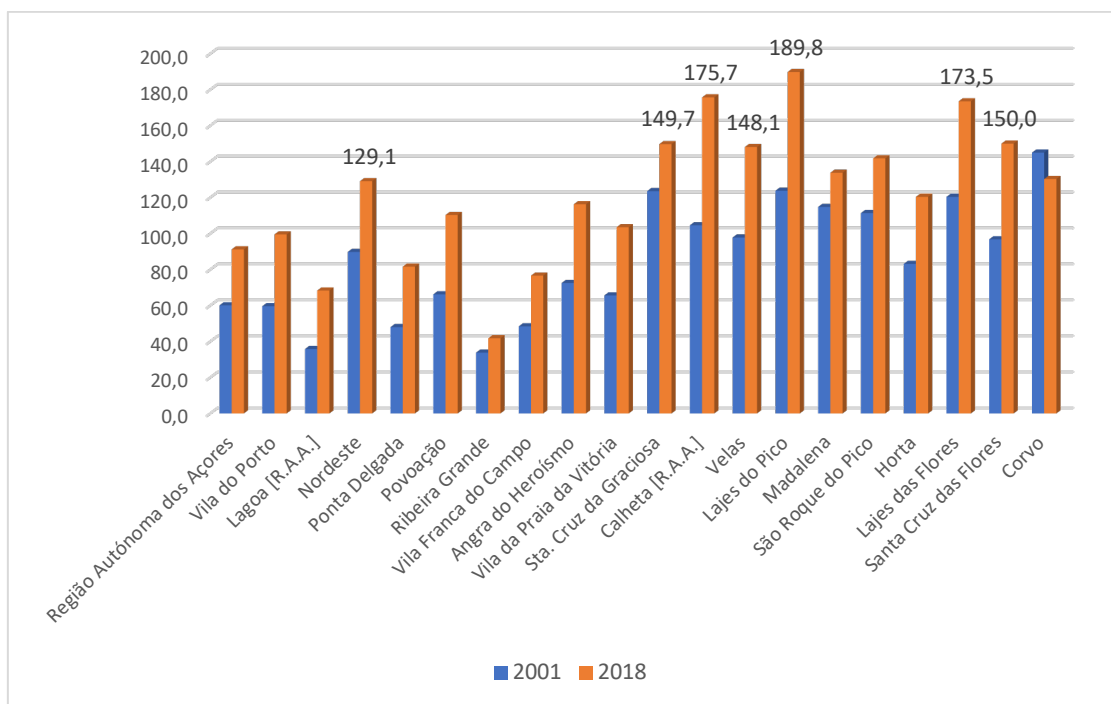
<sup>23</sup> <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/925>

<sup>24</sup> <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458>



São Miguel é a ilha menos envelhecida do arquipélago, no entanto, à semelhança das restantes, também evidencia um aumento significativo do índice de envelhecimento, quando se analisa este fenómeno nos diferentes concelhos.

Figura 24 - Índice de envelhecimento na RAA/concelhos 2001 e 2018



Fonte: PORDATA<sup>25</sup>

A nível concelhio (Fig. 24), o Nordeste (129,1) é o concelho micalense que regista um valor superior à média da ilha de São Miguel (70,8). Um olhar sobre outros concelhos dos Açores, como sejam Calheta de São Jorge, Lajes do Pico e Lajes das Flores, permite verificar que também nessas ilhas, estes concelhos estão muito acima da média de ilha e da região.

As populações menos envelhecidas encontram-se nos concelhos da Ribeira Grande e Lagoa, na ilha São Miguel.

<sup>25</sup> <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458>

#### 4.1.6 – Esperança média de vida

Um indicador relevante relacionado com o envelhecimento das populações é a esperança média de vida, ou seja, o número de anos de vida espectável, ao nascimento, mas que pode também ser calculado na população com 65 e mais anos.

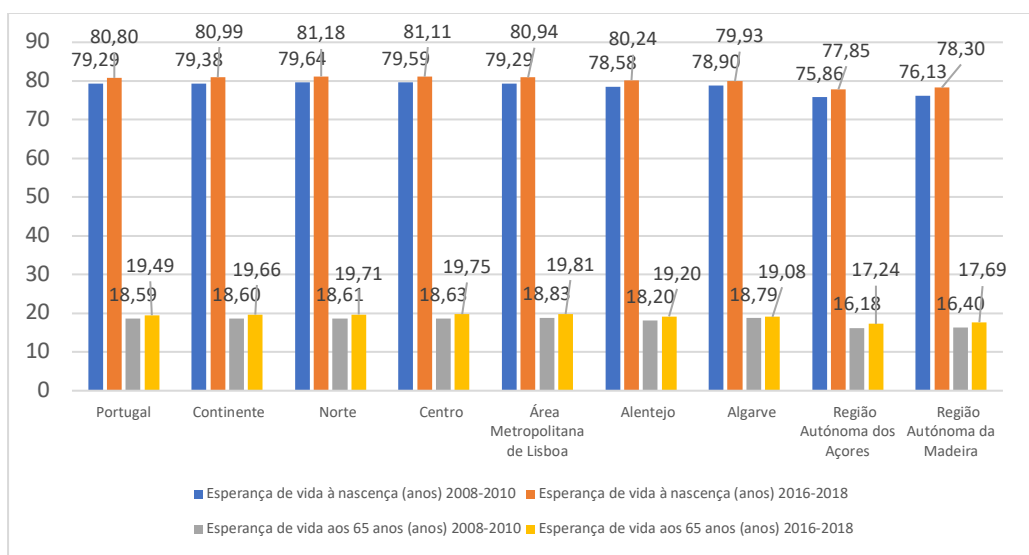
O facto de se registar uma tendência de aumento, não justifica, por si só, o envelhecimento da população. Como refere Nazareth, a investigação científica não confirma que “a explosão demográfica da terceira idade seja uma consequência direta do aumento da esperança de vida” (2016:119). Conforme refere o autor, “o principal fator natural responsável pelo envelhecimento demográfico foi o declínio da natalidade” (Nazareth, 2016: 119).

A esperança média de vida é um importante indicador para avaliar o grau de desenvolvimento de uma região ou país. Quando analisado à nascença, este indicador reflete “a melhoria dos cuidados gerais de saúde e higiene, que promovem o declínio da mortalidade infantil” (Fernandes, A.A., 1997:49). Ao nível da população com 65 e mais anos, o aumento da esperança média de vida “é devido não só à maior capacidade de resistir às doenças pelas coortes que vão atingindo estas idades, como também aos progressos da medicina em vencer certas doenças” (Fernandes, A. A., 1997:49).

Estamos por isso perante um indicador relevante, em matéria da saúde das populações, determinante na avaliação do seu Índice de Desenvolvimento Humano. A longevidade à nascença é um dos indicadores utilizados para aferir da Vida Longa e saudável das populações, uma das dimensões básicas do Desenvolvimento humano, conforme define o Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD).

De acordo com os últimos dados publicados pelo INE, sobre a Esperança média de vida à nascença, Portugal registava 80,80 anos, enquanto na RAA, se verificou um valor de 77,85 anos, o mais baixo entre as regiões portuguesas (Fig. 25).

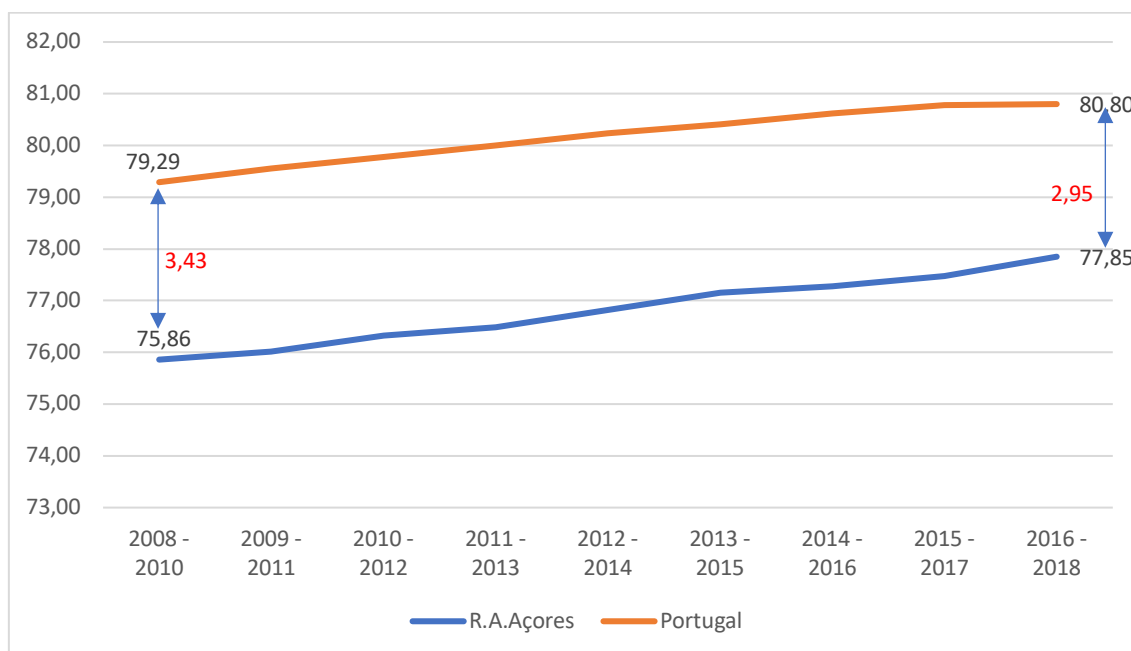
Figura 25 - Esperança média de vida à nascença (anos) - Portugal, continente e regiões NUT's II - 2008/10 e 2016/18



Fonte: INE – Tábuas de mortalidade em Portugal (set.19)

Ao longo dos últimos anos (Fig. 26) a RAA tem revelado uma menor esperança média de vida, quando comparada com a média nacional. No entanto, é possível constar que essa diferença tem vindo a encurtar na última década. Enquanto em 2008/10 era de 3,43 anos, em 2018 passou a ser de 2,95 anos.

Figura 26 - Esperança média de vida à nascença (anos) na RAA e em Portugal - 2008/10 a 2016/18

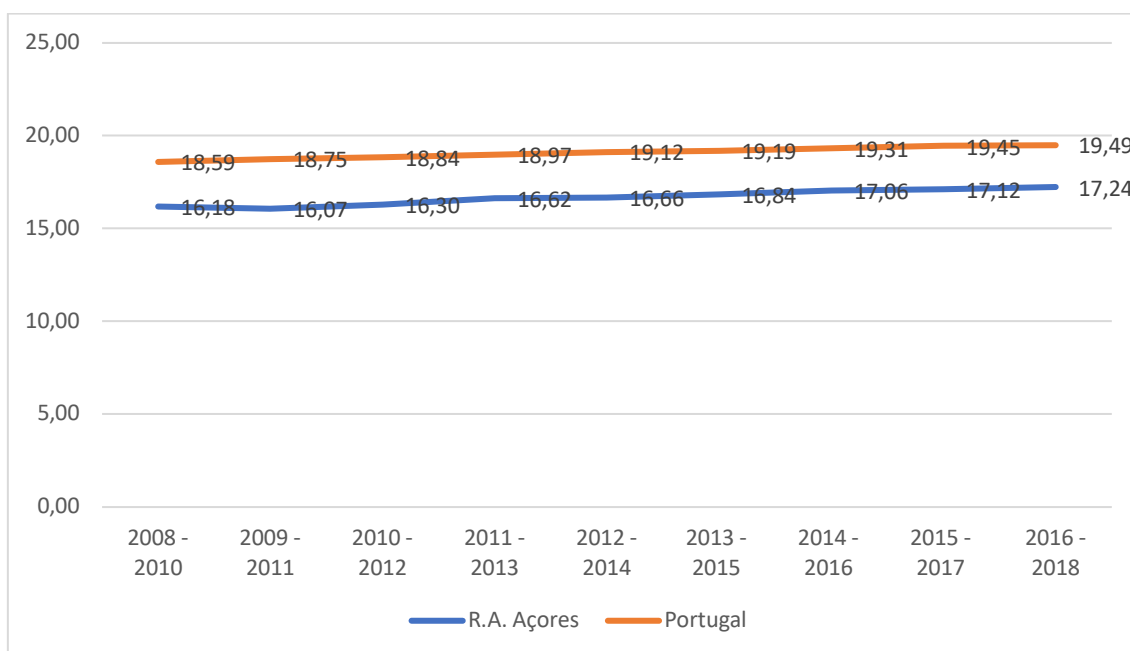


Fonte: INE – Tábuas de mortalidade em Portugal (set.19)

A esperança média de vida aos 65 anos revela-nos a mesma tendência, ou seja, uma diferença estrutural em relação à média nacional. Contabilizada em anos, verifica-se que em 2008/10, uma pessoa com 65 anos na RAA podia esperar viver, em média, mais 16,18 anos, enquanto a nível do país essa expectativa se situava nos, 18,59, ou seja, menos 2,41 anos. Já em 2016/18. À semelhança do que foi registado para a esperança média de vida à nascença, a tendência é de aproximação à média nacional, registando-se na RAA uma expectativa de mais 17,24 anos, a partir dos 65 anos de idade, menos 2,25 anos do que a nível nacional (19,49 anos) (Fig.27).

Este é um indicador que nos remete para as questões da mortalidade por doenças crónicas e a forma como os idosos na RAA tem resistido a essas patologias, quer ao nível dos seus estilos de vida, quer no acesso aos serviços de saúde.

Figura 27 - Esperança média de vida aos 65 anos - RAA e Portugal - 2008/10 a 2016/18



Fonte: INE – Tábuas de mortalidade em Portugal (set.19)

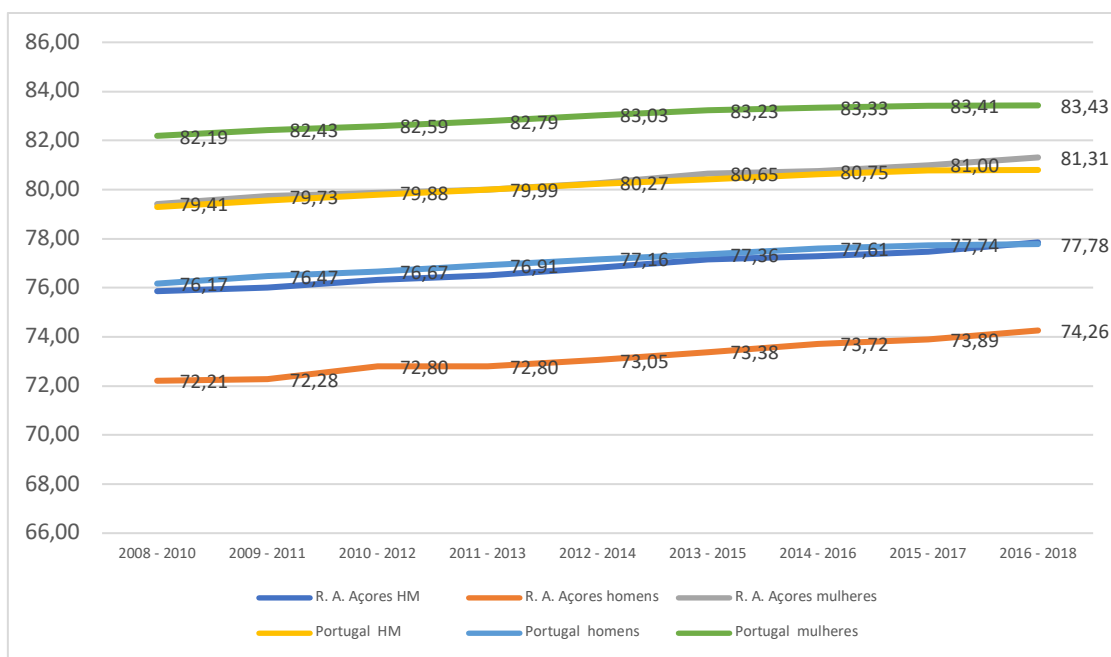
Há ainda a referir, na análise deste indicador a diferença registada, não apenas a nível regional, mas nacional e inclusive europeu, entre a esperança média de vida dos homens e das mulheres (Fig. 28). “As diferenças observadas entre os sexos, relativamente à esperança média de vida, têm origem na desigualdade de comportamento dos homens e das mulheres face à morte.” (Fernandes, A. A, 1997:59). De acordo com Fernandes, essa diferença revela que os homens têm menor resistência, apresentando quocientes

de mortalidade superiores aos das mulheres em todas as idades, o que tem por consequência, a existência de um número maior de mulheres em idades mais avançadas, logo, a esperança média de vida é superior no sexo feminino.

No caso da RAA, há a registar o facto de a esperança média de vida ter aumentado mais nas mulheres do que nos homens, já que a diferença registada entre a média regional e a nacional, em 2016/18, de 2,12 anos, representa uma redução de 31,13% (-0,66 anos), quando comparada com 2008/10, onde atingia 2,78 anos.

Comparando com a evolução da esperança média de vida à nascença dos homens, a diferença registada em relação à média nacional era de 3,52 anos em 2016/18, representado apenas uma redução 12,5% (-0,44 anos) em relação a 2008/10.

Figura 28- Esperança média de vida à nascença por género (anos) - RAA e Portugal - 2008/10 a 2016/18



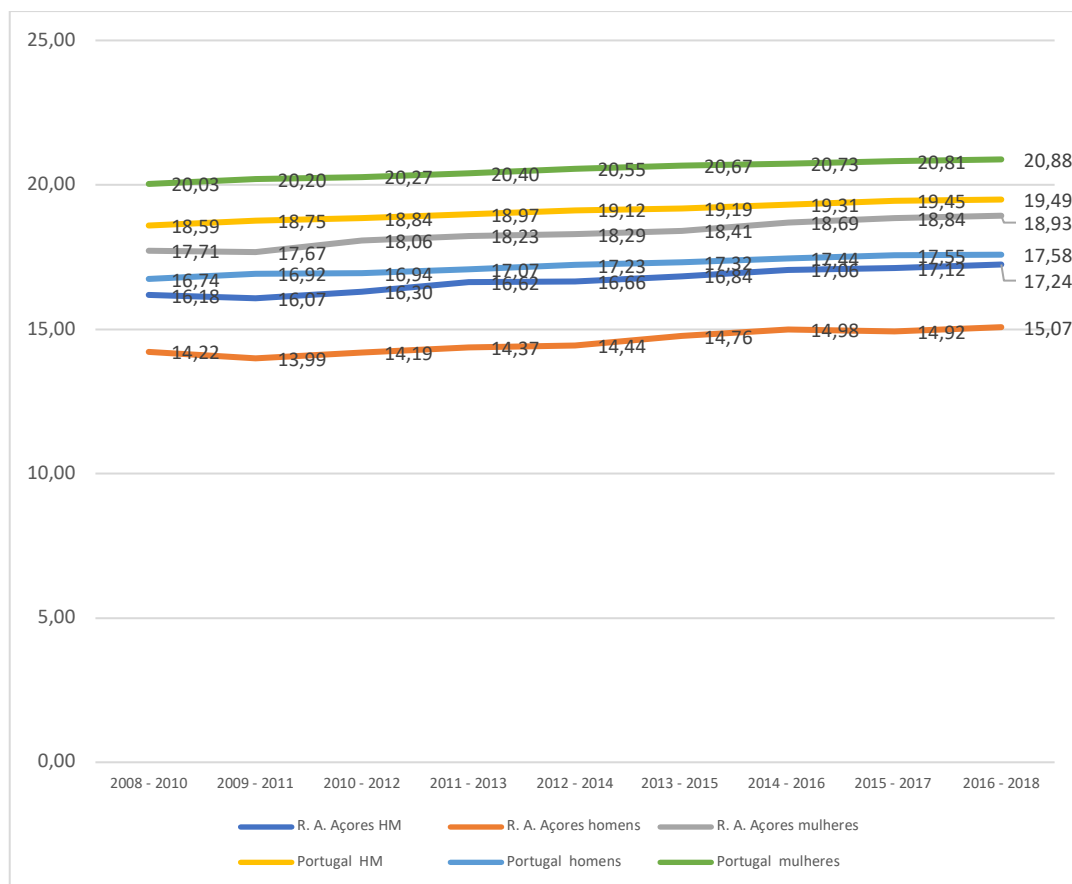
Fonte: INE – Tábuas de mortalidade em Portugal (set.19)

Um olhar sobre este indicador na população com 65 e mais anos (Fig. 29), permite-nos confirmar a diferença de género em termos de expectativa de vida.

Da análise dos dados, se conclui que, para além do facto de as mulheres terem em média, uma esperança de vida superior à dos homens, quer a nível nacional, quer regional, as mulheres açorianas reduziram a diferença em relação à média nacional, que era de 2,32 anos em 2008/10, para 1,95 anos, ou seja menos 0,37 anos (-15,94%),

enquanto os homens, passaram de menos 2,7 anos para menos 2,51 anos, relativamente à média nacional, o que representa um ganho de 0,19 anos (-7%).

Figura 29 - Esperança média de vida aos 65 anos por género - RAA e Portugal - 2008/10 e 2016/18



Fonte: INE – Tábuas de mortalidade em Portugal (set.19)

Estes dados, relativos à população idosa (65 e mais anos) confirmam a importância das variáveis género e idade para a compreensão dos comportamentos na saúde, quer em termos de estilos de vida, quer ao nível da vigilância e manutenção da saúde, incluindo por exemplo, o recurso a consultas de rotina ou o controlo de doenças crónicas, fatores importantes para avaliar da desigualdade de acesso à saúde, com base nestas variáveis.

## 4.2 - EM SÍNTESE

A Região Autónoma dos Açores representa cerca de 2% da população portuguesa, no entanto a diversidade de ilhas, as especificidades de cada uma, o impacto de catástrofes, da guerra do Ultramar, o baixo rendimento do setor primário, entre muitas outras

determinantes, fizeram com que a população sofresse evidentes alterações, quer ao nível do número de residentes por ilha, quer em termos do envelhecimento das populações que, ainda agora, permanecem, particularmente, nas ilhas mais pequenas. O futuro em termos demográficos, como se pode verificar pela projeção do INE, não augura um rejuvenescimento da região, a não ser que se alterem os equilíbrios atuais entre nascimentos, entrada de migrantes ou imigrantes, redução da emigração e, obviamente, manutenção dos níveis de mortalidade atuais.

Ao contrário da mortalidade infantil, que reflete uma aproximação e até superação dos valores nacionais, registando uma evolução muito positiva, que decorreu em boa parte da melhoria na vigilância de saúde das grávidas e recém-nascidos até à idade de um ano, a esperança média de vida continua a refletir uma diferença significativa (quase 3 anos em média) em relação aos valores nacionais. E, como foi referenciado, este é um indicador relevante para aferir do desenvolvimento de uma população, incluindo a existência de estilos de vida saudáveis e um adequado acesso a cuidados de saúde.

Do perfil demográfico apresentado, podemos destacar alguns aspetos estruturantes que devem condicionar a leitura dos dados sobre a saúde: 1) a dimensão populacional de cada ilha e o enviesamento que impacta sobre o cálculo dos indicadores, sobretudo quando estes são permilagens; 2) o envelhecimento de quase todas as ilhas, exceção de São Miguel, que agrava a procura de serviços de saúde e a presença de patologias associadas ao avanço da idade; 3) a relevância das variáveis género e idade na leitura dos dados sobre a saúde; e, por fim, 4) a distância geográfica entre ilhas que exige meios aéreos para mobilizar residentes ou especialistas para que possa existir acesso a cuidados diferenciados (hospitalares), exceção da ilha do Pico, cujos residentes podem aceder, regularmente, aos serviços sedeados no Faial por via marítima.

O mapa (Fig.30) e a tabela 4 registam as distâncias entre ilhas açorianas, considerando a maior (entre Santa Maria e o Corvo) de 602km, e as distâncias entre ilhas com Hospital (São Miguel-Terceira: 246 km; São Miguel – Faial: 276 km e Terceira- Faial: 124km). De registar que as ilhas mais distantes de um Hospital são as Flores e o Corvo, a 246 km do Hospital do Faial. No grupo central, as ilhas Graciosa e São Jorge distam 96 e 93 km do Hospital da Terceira e o Pico está apenas a 9km do Faial. No grupo oriental, a ilha de Santa Maria, dista 102 km do Hospital de São Miguel.

Figura 30 - Mapa do arquipélago dos Açores - distâncias em Km entre ilhas com e sem hospital.

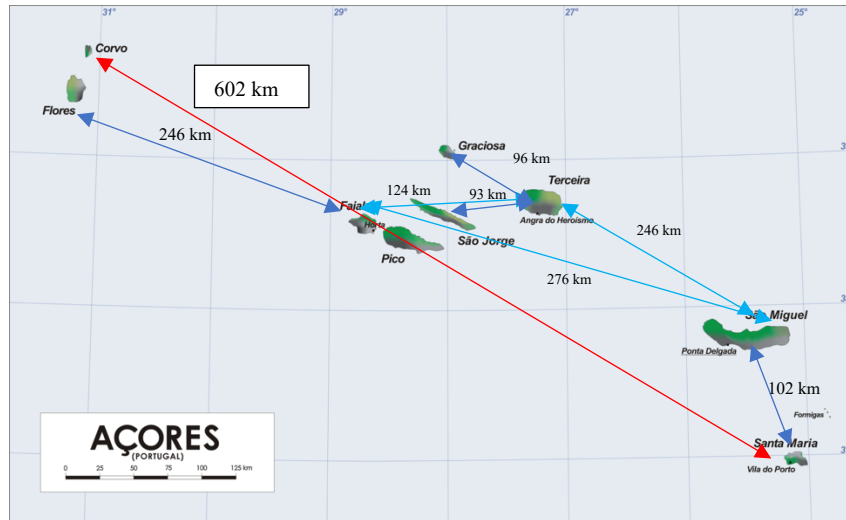


Tabela 4 - Distâncias (km) entre as ilhas do Arquipélago dos Açores<sup>26</sup>

### Distâncias entre as ilhas dos Açores

<b>S. Maria</b>										
102	<b>S. Miguel</b>									
261	170	<b>Terceira</b>								
339	246	81	<b>Graciosa</b>							
330	246	93	61	<b>S. Jorge</b>						
330	246	96	78	19	<b>Pico</b>					
356	276	124	85	39	9	<b>Faial</b>				
589	511	352	280	267	265	246	<b>Flores</b>			
602	519	564	282	272	274	257	24	<b>Corvo</b>		

Km

<sup>26</sup> [https://www.google.com/search?q=distancias+entre+ilhas+dos+a%C3%A7ores&sxsr=ALeKk003O9CMrmjkBclp5wN3uf57-ZI9Bg:1594035366383&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Og6RB0gZIA52HM%252Ch5eselyMNQeRJM%252C\\_&vet=1&usg=AI4-kSrSYQgwFBM8o1sOtMZiMCUB-CiSQ&sa=X&ved=2ahUKEwjN3Ja-xLiqAhWztXEKHcl6Am8Q9QEwBXoECAoQDA&biw=1440&bih=692#imgsrc=s7n-ea6sxU8nIM](https://www.google.com/search?q=distancias+entre+ilhas+dos+a%C3%A7ores&sxsr=ALeKk003O9CMrmjkBclp5wN3uf57-ZI9Bg:1594035366383&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Og6RB0gZIA52HM%252Ch5eselyMNQeRJM%252C_&vet=1&usg=AI4-kSrSYQgwFBM8o1sOtMZiMCUB-CiSQ&sa=X&ved=2ahUKEwjN3Ja-xLiqAhWztXEKHcl6Am8Q9QEwBXoECAoQDA&biw=1440&bih=692#imgsrc=s7n-ea6sxU8nIM)



## 5. Principais problemas de Saúde na Região Autónoma dos Açores (de acordo com o 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2015).

Para além dos aspetos demográficos já identificados, que nos mostram uma região com tendência para a redução da população residente, onde se registam sinais de envelhecimento, agravados nas ilhas mais pequenas, importa retomar os problemas de saúde mais evidenciados no Plano Regional de Saúde (PRS), ou seja:

“as doenças do aparelho circulatório (33%) e os tumores malignos (22,9%) (*que*) são as principais causas de morte para todas as idades, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,3%)” (PRS, 2014-16 com extensão a 2020)

Para tal, iremos considerar os resultados do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame físico (INSEF) (2015,2017), onde é possível quantificar algumas das potenciais causas para os problemas acima referenciados, relacionadas com o Estado de Saúde (INSEF, 2015), os Determinantes de Saúde (INSEF, 2017) e o Estilo de Vida (INSEF, 2017).

Os resultados para os Açores (Tabela 5), publicados no volume do INSEF sobre o Estado de Saúde, mostram-nos uma Região que lidera em % de casos de Diabetes e de Obesidade e que se situa no segundo lugar entre as regiões com maiores percentagens de pessoas com níveis de tensão arterial elevados e de Colesterol total, acima do recomendado.

Qualquer um dos problemas de saúde identificados (• Açúcar elevado no sangue (diabetes) • Colesterol elevado (hipercolesterolemia) • Pressão arterial elevada (hipertensão arterial) • Excesso de peso e obesidade) constitui um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares. No entanto, como refere uma brochura do Instituto Ricardo Jorge, trata-se de fatores de risco “modificáveis”. “Para reverter a situação, é preciso mudar os hábitos de vida das populações<sup>27</sup>.”

---

<sup>27</sup> <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>

Tabela 5 - Dados sobre o Estado de Saúde na RAA - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) - 2015

	Região Autónoma dos Açores (RAA)		Portugal
Diabetes, com base no nível de HbA1c =>6,5 %	<b>11,9%</b> da população entre 25 e 74 anos	<b>Região com a prevalência mais elevada do país</b>	<b>9,8</b> da pop. entre 25 e 74 anos
Tensão arterial definida como Tensão Arterial Sistólica (TAS)≥140 ou Tensão Arterial Diastólica (TAD)≥90	<b>37,4%</b> da população entre os 25 e os 74 anos	2ª região com a prevalência mais elevada do país	<b>36,0%</b> da população entre os 25 e os 74 anos
Colesterol total, com base nos valores de CT iguais ou superiores ao valor recomendado (190 mg/dL).	<b>71,8%</b> da população entre os 25 e os 74 anos	2ª região com a prevalência mais elevada do país	<b>63,3 %</b> da população entre os 25 e os 74 anos
Obesidade (IMC≥30)	33,8% da população entre os 25 e os 74 anos	<b>Região com a prevalência mais elevada do país</b>	28,7% da população entre os 25 e os 74 anos
Excesso de peso (IMC≥25),	39% da população entre os 25 e os 74 anos		39% da população entre os 25 e os 74 anos
Obesidade abdominal (razão entre os perímetros da cintura e da anca ≥0,9 para os homens e ≥0,85 para as mulheres)	66,8% da população entre os 25 e os 74 anos	4ª região com % mais elevada	65,2% da população entre os 25 e os 74 anos

Fonte: INSEF, 2015

Os problemas acima identificados estão interligados com o estilo de vida dos indivíduos, agravados por comportamentos como: consumo excessivo de tabaco e de bebidas alcoólicas, sedentarismo e baixa ingestão diária de fruta e vegetais.

De acordo com o INSEF, estes são determinantes da Saúde (Tabela 6) e, ao mesmo tempo, constituem fatores de risco fortemente correlacionados com o aparecimento de patologias do foro vascular ou mesmo oncológico. Nesse sentido, o Plano Nacional de Prevenção de Doenças Oncológicas<sup>28</sup> aponta como primeira medida preventiva para reduzir a morbilidade e mortalidade por cancro, “promover estilos de vida saudável especialmente através do combate ao tabagismo e da prevenção da obesidade”.

<sup>28</sup> [https://www.iccp.portal.org/system/files/plans/PNPCDO\\_2007\\_Versaofinal%281%29.pdf](https://www.iccp.portal.org/system/files/plans/PNPCDO_2007_Versaofinal%281%29.pdf)

Tabela 6 - Dados sobre os Determinantes de Saúde na RAA - INSEF – 2017, por sexo – Açores-Portugal

	R.A.Açores			Portugal	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
<b>Tabaco</b> (prevalência de consumo diário)	<b>40,5%</b> da população masculina com 15 ou mais anos de idade	<b>20,5%</b> da população feminina com 15 ou mais anos de idade	<b>A RAA é a região onde há mais homens que fumam diariamente.</b>	28,3%	16,4%
<b>Exposição ao fumo</b> durante pelo menos 1 hora por dia em casa, no trabalho ou em locais públicos.	<b>20%</b> Da população entre os 25 e os 74 anos		<b>A RAA é a região onde há maior prevalência de exposição ao fumo</b>	12,8%	
<b>Consumo excessivo de álcool</b> - seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, <b>binge drinking</b>	<b>37,1%</b>	<b>7,1%</b>	A RAA é a terceira região com menor % de consumidores excessivos	33,8%	5,1%
<b>Atividades sedentárias</b> Ler, ver TV e outras atividades sedentárias	<b>53,4%</b> Da população entre 25 e 74 anos.		<b>A RAA é a região com maior prevalência de população com atividades sedentárias</b>	44,8%	
<b>Exercício físico</b> Praticar, pelo menos uma vez por semana, alguma atividade física regular de forma a transpirar e/ou sentir cansaço.	<b>33,6%</b> Da população entre 25 e 74 anos.		A RAA é a terceira região com menor % de consumidores excessivos	34,2%	
<b>Consumo de frutas</b> Consumo de fruta uma vez por dia	<b>70,9%</b>		<b>A RAA é a região do país com menor percentagem de consumo diário de fruta.</b>	79,3%	
<b>Consumo de vegetais</b> Consumo diário de vegetais e saladas (incluindo sopas)	<b>59,5%</b>		<b>A RAA é a região do país com menor percentagem de consumo diário de vegetais e saladas</b>	70,9%	

Do quadro anterior fica a conclusão que a população açoriana registava, em 2017, hábitos de vida desfavoráveis a um bom nível de saúde, sobretudo, devido ao consumo de tabaco, sedentarismo e um regime alimentar com baixa ingestão de frutas e vegetais.

Este quadro de referência confirma a necessidade de uma intervenção urgente, ao nível da prevenção de comportamentos de risco e da promoção de estilos de vida saudáveis.

Qualquer um dos dados referenciados justifica uma intervenção, que reforce a literacia em saúde<sup>29</sup> e a consciência dos cidadãos para a necessidade de fazerem escolhas que promovam a sua saúde.

Como foi referido anteriormente, o nível de saúde de uma região não depende apenas dos equipamentos e serviços de saúde disponibilizados, mas implica a participação dos cidadãos na construção e promoção da sua própria saúde.

Esta participação está dependente de variáveis de natureza sociológica, como é o nível de escolaridade ou as condições socioeconómicas dos cidadãos.

## 5.1 – SAÚDE E DESIGUALDADES SOCIAIS

De acordo com vários estudos (Antunes R., 2011; Cabral M.V. e alter, 2009; Tavares D. e alter, 2013, cit. In Tavares, D. 2016) as desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais.

Para Antunes (2010: 2) as relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com os sistemas de saúde e com as possibilidades de tratamento são condicionadas pela posição e trajetória social. Na sua investigação de doutoramento R. Antunes (2011) compara indivíduos internados em dois hospitais de Lisboa e Beja e verifica diferenças entre classes sociais com menores ou maiores recursos económicos, ao nível das causas de morte, por doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias. Uma tendência também presente nos resultados do projeto “Saúde e estilos de vida no concelho de Loures” (Tavares, D., 2016:77), onde se conclui “a assimetria entre as classes sociais, no que concerne à utilização diferencial dos serviços de saúde, à frequência de consultas médicas e, principalmente, de medicina dentária, ao uso preventivo dessas consultas, ao controlo do peso, aos cuidados particulares com a alimentação e às perturbações do sono”.

De acordo com Tavares, “o campo da saúde constitui um “observatório” privilegiado das desigualdades sociais contemporâneas e, muito particularmente, das diferenças das classes sociais” (2016:77).

---

<sup>29</sup> “a literacia é definida como o conjunto de capacidades para processar a informação escrita na vida do dia a dia. (...) a literacia em saúde representa a capacidade de aplicar as competências adquiridas às situações de saúde ao longo da vida.” (Loureiro & Miranda, 2018:199)

No quadro da multidimensionalidade da variável classe social, destacamos a taxa de atividade, o nível médio de rendimento e o grau de escolaridade, este último como refere Tavares (2016:81), “nas questões de saúde assume uma relevância particular”. Um outro estudo sobre a população com 50 e mais anos (Cabral M. V. & alter, 2013:250) revela que existe uma maior propensão para a morbilidade entre as pessoas, mais idosas, as mulheres e as pessoas com baixo nível de instrução (básico ou menos) e com estatuto socioeconómico baixo (trabalhadores manuais especializados e não especializados).

Da análise dos dados demográficos, nomeadamente a mortalidade por doenças crónicas e os resultados sobre o estado de saúde na RAA, incluindo o estilo de vida, podemos concluir que falta um estudo aprofundado sobre os *determinantes da saúde* na RAA, que permita explicar as diferenças sociais no acesso aos serviços de saúde, entre ilhas ou até mesmo entre concelhos.

Apesar desta lacuna, e à semelhança de outros estudos, nacionais e internacionais, acreditamos que hoje em dia, como já referia Wilkinson (2002:11), “os indicadores de saúde pública são menos tributários da oferta medical do que das condições socioeconómicas nas quais os indivíduos vivem e trabalham”.

O que significa que, para compreendermos plenamente o estado de saúde de uma população, como a que reside nas nove ilhas dos Açores, é necessário reconhecer a importância dos determinantes sociais e económicos que diferenciam a saúde das populações nestes territórios insulares.

As desigualdades na Saúde não podem ser compreendidas apenas pela identificação das falhas estruturais do Sistema, seja ao nível dos equipamentos ou dos recursos humanos, mas devem envolver a análise de variáveis de natureza sociocultural, quer do lado dos prestadores de cuidados, quer da parte dos utentes do sistema de saúde.

De acordo com Silva, Augusto, Backstrom e Alves (2013:27):

“são conhecidos muitos fatores de desigualdade na doença a nível do diagnóstico, do tratamento, do acesso a cuidados, por exemplo. Entre médicos diferentes verificam-se diferenças de diagnóstico para uma mesma situação, confirmando-se além disso a tendência para diagnosticar mais ou menos determinado tipo de doenças quando se comparam sistemas de saúde de diversos países. Vários estudos têm mostrado que determinadas doenças (do foro respiratório, ou cardiovascular, por exemplo) são menos frequentemente diagnosticadas às mulheres do que aos homens,

independentemente da gravidade dos sintomas. Nessa diferença jogam os aspetos culturais que no/a doente orientam a expressão dos sintomas – as mulheres queixam-se menos do que os homens dos problemas respiratórios do tipo pigarro, ressonar, etc. – e, no médico orientam a interpretação dos sintomas apresentados – as “dores no peito” das mulheres são muitas vezes diagnosticadas como ansiedade, sem realização de exames complementares de diagnóstico (cit. Saurel-Cubizolles e Blondel, 1996).

Os autores (Silva, Augusto, Backstrom & Alves, 2013) referem ainda que a desigualdade pode ser gerada pela própria prática clínica, na medida em que as atitudes dos profissionais de saúde são influenciadas pela posição social e capital cultural que detêm. Este é sem dúvida uma tema importante de investigação, a comunicação profissional de saúde/utente, onde se cruzam representações do que é estar ou ser doente, a linguagem e os referenciais culturais de ambos, os padrões de vida e os hábitos, próprios de cada comunidade, que marcam a herança cultural, a identidade específica e podem criar “ruído” na comunicação, quando profissional de saúde e utente não estão “sintonizados” ou seja, quando não existe empatia e as situações clínicas são consideradas, independentemente do contexto de vida do doente.

Para além desta distância de natureza cultural, Silva e alter (2013:28) identificam o distanciamento científico, reforçado pelo poder- autoridade associado à especialização, “que desencadeia um afastamento cerimonioso responsável pela dificuldade no diálogo franco e espontâneo (“não percebi o que ele disse, mas também não perguntei”) e também pela retração na decisão de recorrer ao médico (“já lá devia ter ido há mais tempo, mas eu não queria ir incomodar”).

Na desconstrução do fenómeno da desigualdade social, há que ter em conta o registo cultural, que influencia a leitura e a própria descrição dos sintomas. Mas, é hoje evidente considerar como relevante o grau de literacia em saúde, por parte dos cidadãos. Importa não confundir literacia com escolaridade, apesar destas duas variáveis estarem profundamente interligadas.

#### 5.1.1 - Literacia em saúde

A nível nacional, e tendo por base os resultados obtidos no *Health Literacy Survey EU 2014* (HLS-EU), foi delineado, para os anos 2019 e 2020, um Plano Nacional para a Literacia

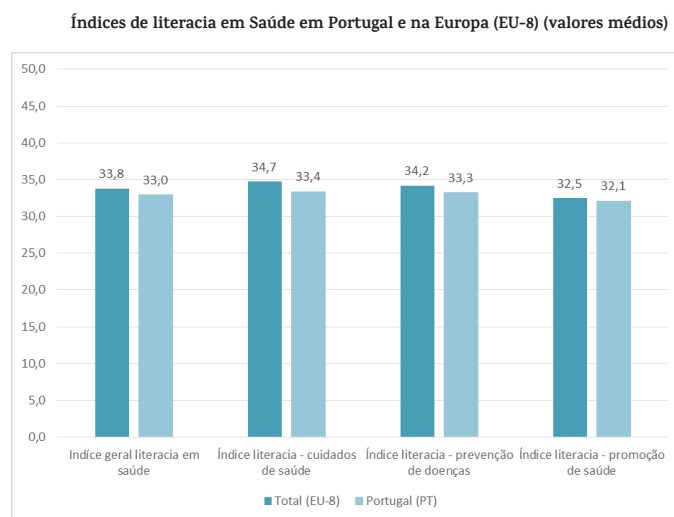
em Saúde<sup>30</sup> publicado pela Direção Geral da Saúde, cujo preâmbulo evidencia a necessidade de *motivar comportamentos saudáveis e promover ganhos na saúde e bem-estar da população portuguesa*.

De acordo com o Relatório síntese sobre “Literacia em Saúde em Portugal” (2016):

“Portugal comparando com os países participantes no *Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU)*, é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8,6%) e com a média europeia (16,5%). Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36%. No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%). Com nível inadequado, apresenta um valor inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%).”

Neste inquérito foram constituídos quatro índices, conforme se pode verificar no gráfico (Fig.31).

Figura 31- Índices de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa - de acordo com o *Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU)*



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Uma das conclusões retiradas deste inquérito é o facto de o nível de Literacia em Saúde estar diretamente relacionado com a idade (menor nos mais velhos) e com o nível de

<sup>30</sup> <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

escolaridade (menor nos menos escolarizados). Assim, conforme se pode ler no Relatório Síntese sobre Literacia em Saúde em Portugal (Espanha, Ávila e Mendes, 2016:13)

“É possível destacar os seguintes grupos (vulneráveis): indivíduos com 66 ou mais anos de idade; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500 euros; com doenças prolongadas; com uma auto percepção de saúde “má”; que frequentaram no último ano seis ou mais vezes os cuidados de saúde primários; que se sentem limitados por terem alguma doença crónica”.

Neste estudo, já foi identificada a relevância do envelhecimento em algumas ilhas/concelhos da RAA, um indicador que explica alguns dos comportamentos em saúde das populações. Para além disso, como também já foi apresentado, a população da RAA revela uma baixa autoapreciação da sua saúde, conforme revela o último inquérito à Saúde realizado nesta região (2014).

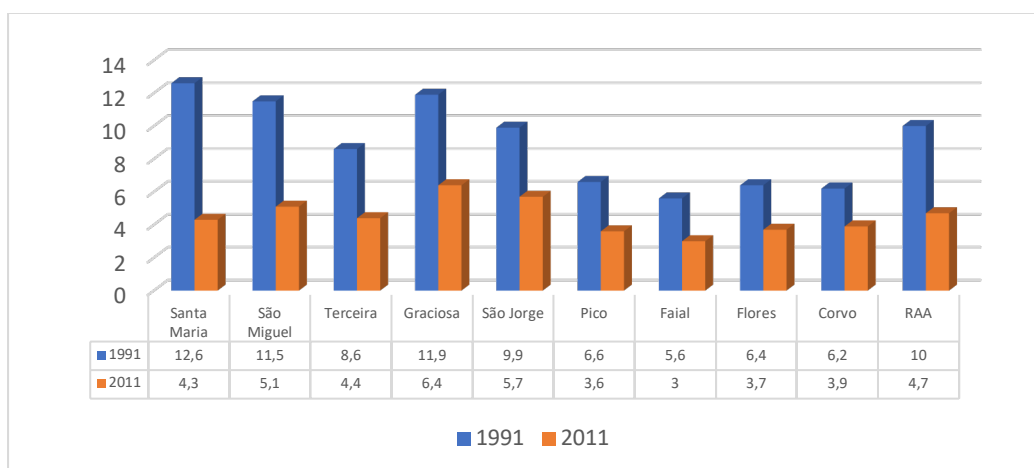
Importa agora sinalizar os dados sobre o nível de escolaridade da população, outra variável relevante para a compreensão do grau de literacia potencial, que podemos encontrar nesta região.

Começando por registar a taxa de analfabetismo e comparando os dados de 1991 e 2011 (Censos) verificamos que houve uma significativa redução deste indicador, sinónimo de uma generalização da escolaridade obrigatória, a toda a população (10,0% em 1991 para 4,7% em 2011). No entanto, ainda registamos em algumas ilhas/concelhos, taxas acima da média regional.

Ao nível das ilhas, São Miguel, Graciosa e São Jorge são as que registam uma taxa de analfabetismo acima da média regional no Censos de 2011 (Fig.32).



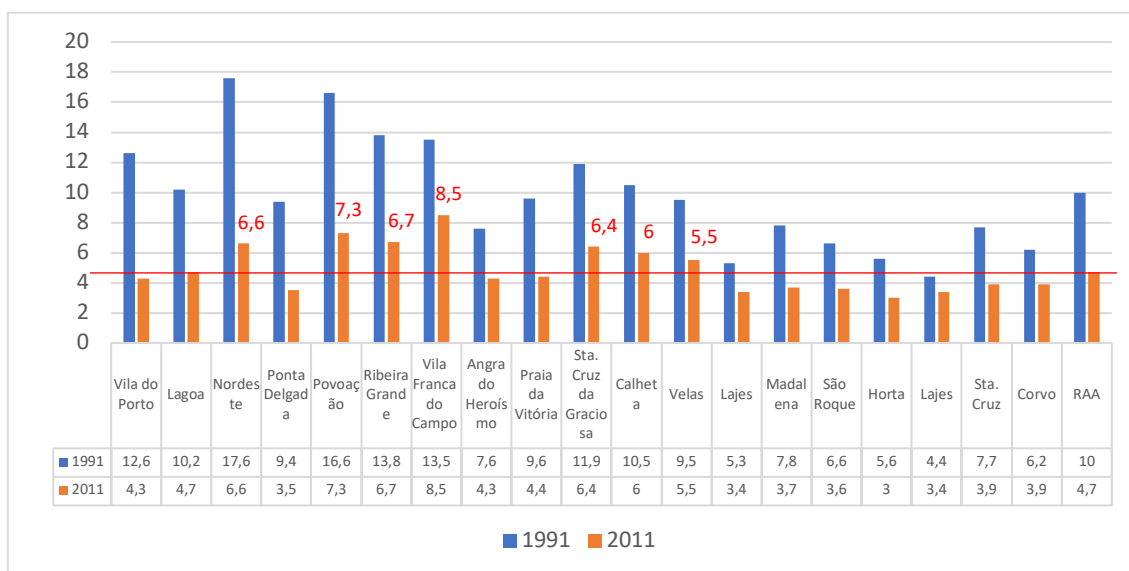
Figura 32- Taxa de analfabetismo na RAA - 1991 e 2011 (Censos)



Fonte: Censos 1991 e 2011/INE/SREA

Ao nível dos concelhos, e comparando com a taxa média regional em 2011, na Ilha de São Miguel são os concelhos do Nordeste, Povoação, Ribeira Grande e, sobretudo, Vila Franca, os que registam valores acima da média. Os concelhos da Graciosa e São Jorge também estão acima da média regional (Fig.33).

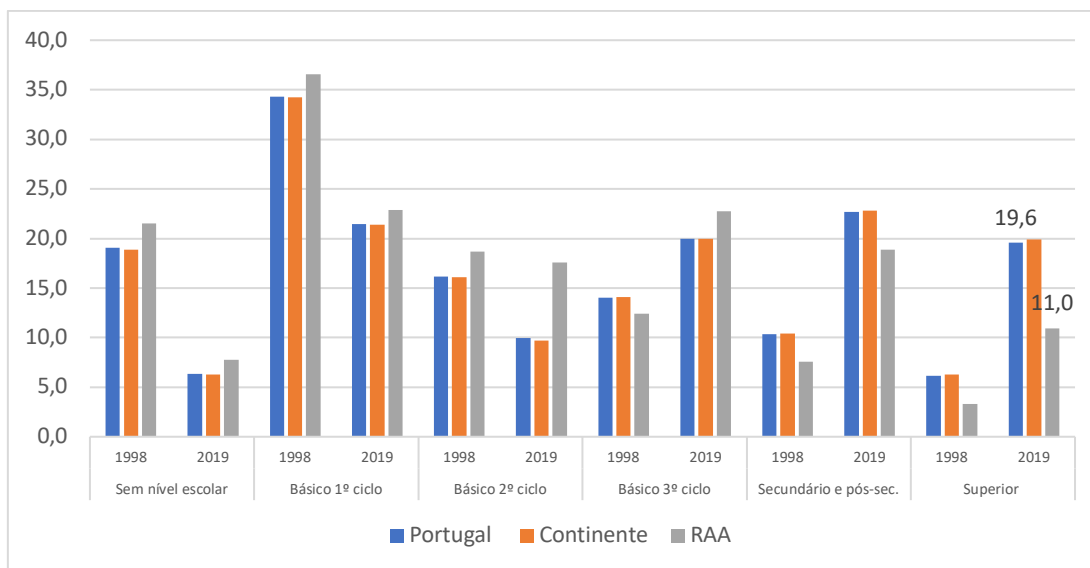
Figura 33 - Taxa de analfabetismo na RAA/concelho - 1991 e 2011 (Censos)



Fonte: Censos 1991 e 2011 – SREA/INE

Analisando o nível de escolaridade da população, verificamos um claro aumento da escolarização média, reduzindo o número dos que não tem nenhuma escolaridade ou apenas o 1º ciclo do ensino básico, em favor de níveis mais elevados (Fig.34).

Figura 34 - Distribuição da população com 15 e mais anos da RAA, continente e Portugal, por nível de escolaridade (1998 e 2019) %

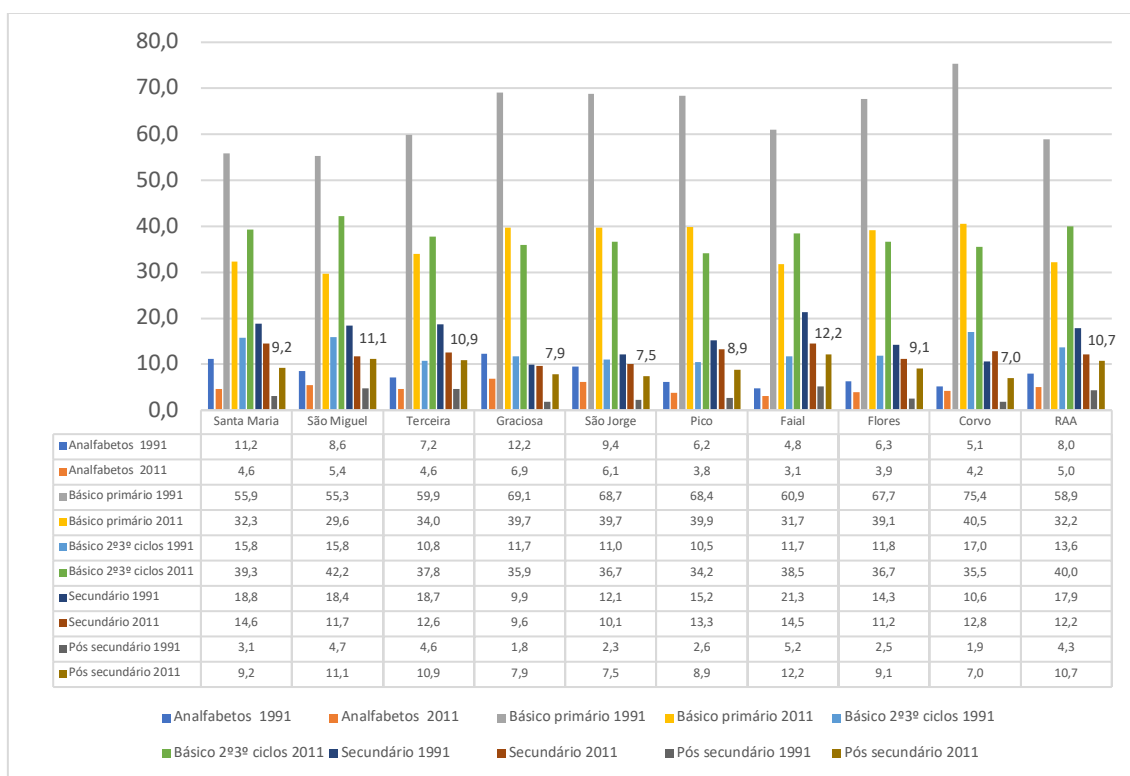


Fonte: PORDATA – municípios

Apesar da redução verificada na percentagem da população que termina o seu percurso escolar ao fim de seis anos, em favor de um percurso de nove ou mesmo de 12 anos, quando comparada com os dados do país, a RAA regista uma percentagem muito mais baixa na população que concluiu a escolaridade obrigatória de 12 anos ou o nível do ensino superior, que neste caso corresponde a quase metade do valor nacional.

Uma análise por ilha, apenas com dados dos censos e reportando-se por isso a 2011 (Fig.35), mostra-nos que nas ilhas do Faial (12,2%) e São Miguel (11,1%), a % dos que, nesse ano, detinham um nível superior ao secundário ultrapassava a média regional (10,7%).

Figura 35 - Distribuição da população em idade escolar por nível de escolaridade (Censos 1991 e 2011)



Fonte: Censos 1991 e 2011

Apesar de não termos dados de nenhum inquérito sobre Literacia em Saúde na RAA, o facto de estarmos perante uma população envelhecida, sobretudo em algumas ilhas, com baixo nível de escolaridade, que revela uma autoapreciação da sua saúde baixa, particularmente entre a população idosa, leva-nos a crer que neste contexto regional os níveis de literacia não serão muito elevados. E sem dúvida, que este défice tem um forte impacto na relação dos utentes com o sistema de saúde, desde logo, com o grau de reivindicação, procura de informação, capacidade de escolha ou decisão, direitos que estão consagrados em muitos dos diplomas da saúde e no Estatuto do Doente.

O aumento da literacia em saúde é sinónimo de informação e capacidade de participação do cidadão e por consequência, contribui para um aumento da transparência do próprio sistema de saúde.

Um exemplo deste impacto, pode ser encontrado em países onde periodicamente são “publicadas as listas dos melhores centros de saúde e hospitais, de acordo com critérios universais de qualidade” (Nunes & Rego, 2002:148), tal como acontece na Educação com a publicação de rankings de escolas públicas e privadas.

O acesso a esta informação fundamenta a escolha do cidadão, quando por exemplo este é confrontado com a possibilidade, aliás prevista na legislação regional, de escolher o hospital onde pretende ser tratado (nº1 do artigo 7º - Direito de opção – da Portaria nº 95/2018 de 2 de agosto, que define o Regulamento geral de deslocações do Serviço Regional de Saúde: “artigo 7º - Direito de opção - 1 - O utente pode optar por recorrer a qualquer hospital do SRS”).

Apesar deste ser um direito consagrado na legislação em vigor, na prática, é preciso que o cidadão tenha acesso a informação credível, para poder escolher com base numa comparação objetiva e criteriosa, uma de mais soluções alternativas.

Um sistema de saúde que considera o acesso do cidadão à informação e promove o seu empoderamento, potencia a sua capacidade de escolha e dá-lhe espaço para que contribua, com a sua experiência, para a melhoria e eficácia das respostas em saúde. Uma orientação política, centrada no cidadão, enquadra-se na ótica de uma “credibilidade democrática” (*democratic accountability*) como referem os autores Nunes & Rego (2002). E isso implica “que, mesmo que a igualdade de oportunidades possa ser limitada pela escassez de recursos, as escolhas e as prioridades na prestação de cuidados de saúde devem ser transparentes, públicas e periodicamente submetidas a um processo de auditoria de acordo com as regras da democracia representativa” (Nunes & Rego, 2002:10).

#### 5.1.2 – Órgãos de participação cívica sobre a Saúde

##### **Conselho Regional de Saúde e Conselho Consultivo de Saúde**

Em Portugal e na RAA está previsto no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e no Estatuto do Serviço Regional de Saúde, a existência de um Conselho Nacional/Regional de Saúde, que inclui representantes do parlamento, de diferentes instituições, incluindo universidades e IPSS. No entanto, como referem Serapioni & Matos (2014:14), citando a propósito o Observatório Europeu sobre Políticas e Sistemas de Saúde, “a participação continua confinada a referências legislativas e a intenções anunciadas em documentos

oficiais”. (cit. Barros e Almeida Simões, 2007)”, longe dos problemas reais, vividos pela população, sem realmente se constituírem como órgãos capazes de incrementar proximidade e melhorar a comunicação entre o sistema de saúde e o cidadão comum.

Na RAA, o diploma que “Estabelece a organização e o funcionamento dos serviços de saúde da Região Autónoma dos Açores” (DLR 28/99/A de 31 de julho, consagra a existência de um Conselho Regional de Saúde (artigo 16º), que integra a representação das *“entidades interessadas no funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde da Região”*.

Legislação mais recente (DLR nº1/2020/A de 23 de janeiro), que Aprova a orgânica e o quadro de pessoal dirigente e de chefia da Secretaria Regional da Saúde, mantém a existência do Conselho Regional de Saúde (artigo 6º), que define nos seguintes termos:

“O Conselho Regional de Saúde é um órgão de consulta sobre a política de saúde, cuja missão, competências e modo de funcionamento constam de decreto regulamentar regional próprio.<sup>31</sup>”

Para além do Conselho Regional de Saúde, o DLR 28/99/A de 31 de julho previa a existência, nas Unidades de Saúde, de Conselhos Consultivos de Ilha (artigo 13º), onde se integram, para além dos responsáveis pela saúde, representantes eleitos do poder local, representantes das Misericórdias e IPSS. Compete a estes conselhos:

“pronunciar-se, por iniciativa própria ou a solicitação dos órgãos de tutela do SRS, sobre o funcionamento dos serviços de saúde na ilha, designadamente sobre os seus planos de atividade e relatórios e sobre quaisquer outras matérias relacionadas com os serviços de saúde”.

---

<sup>31</sup> DRR nº16/2002/A de 18 de junho, prevê no seu artigo 2º que o Conselho Regional de Saúde tem por competências:

O Conselho tem as seguintes competências:

- a) Fazer propostas e recomendações e emitir pareceres sobre todas as questões relacionadas com a saúde;
- b) Pronunciar-se sobre outras matérias que lhe sejam propostas pelo Governo Regional ou que, nos termos da lei ou regulamento, lhe devam ser submetidas.

A sua existência foi mantida nos diplomas que criaram as Unidades de Saúde nas diferentes ilhas.

Conforme já foi referido, estes órgãos, apesar de preverem a participação de instituições externas ao sistema de saúde, condicionam essa participação aos canais formais da representação formal, longe da voz dos cidadãos comuns, que se confrontam com dificuldades de acesso ao sistema regional de saúde.

Potenciar a voz dos cidadãos permite “superar o défice democrático que caracteriza a generalidade dos sistemas de saúde” (Serapioni & Matos, 2014:10) e contribui para reduzir as desigualdades sociais de saúde.

## 6. Políticas de saúde – Políticas sociais

As políticas de saúde fazem parte do conjunto mais alargado das políticas sociais, enquanto dimensão do próprio sistema político (Tavares, D., 2016). Logo, para se compreender o desenho atual das políticas de saúde, nomeadamente o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, importa recuperar alguns dos traços mais significativos da evolução do sistema político, na área da saúde.

Portugal integra um conjunto de países do sul da Europa que adotam políticas sociais mais tarde do que nos países do centro e do norte europeu onde, logo após a IIª Guerra Mundial, surgiram os primeiros sistemas de proteção social, a exemplo do Reino Unido e de outros países do Norte e do Centro Oeste (Tavares, D., 2016). Nascia então, o que se designaria por Estado-Providência.

“No campo da saúde, os seus objetivos, materializados na oferta pública de saúde, segundo o modelo britânico do *National Health Service* (fundado em 1948 sob os princípios de *William Beveridge*), orientam-se no sentido de garantir a todos os cidadãos o acesso gratuito aos diversos cuidados de saúde, gerais e especializados, independentemente da sua condição social e dos seus rendimentos” (Tavares, D. 2016:182).

No caso português só após 1974, com a instauração da democracia, foi possível “criar as condições exigíveis à implementação sistemática de políticas sociais subordinadas aos mesmos princípios que tinham sido desenvolvidos, cerca de 25 anos antes, em vários países europeus” (Tavares, D., 2016:186).

Por esse facto, a tradução do valor da Saúde, como direito de cidadania, é relativamente recente na história das políticas sociais em Portugal, quer como preocupação e, sobretudo, enquanto área de investimento, (Campos & Simões, 2011).

## 6.1 - BREVE HISTÓRIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Recuando um pouco antes da instauração da democracia em Portugal, verificamos que a criação de um Ministério da Saúde data apenas de 1958 e a inserção do direito à saúde na Constituição Portuguesa, acontece décadas após este direito ter sido proclamado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)<sup>32</sup>.

Portugal viveu durante séculos dependente de um sistema de saúde precário, que não constava das preocupações governativas.

Se formos até ao início do séc. XX, verificamos que os assuntos ligados à saúde dependiam do Ministério do Trabalho (1918), tendo sido depois transferidos para o Ministério do interior (1925). De registar que, na Inglaterra já existia um Ministério da Saúde desde 1919 (Bicho F., 1926). Segundo escreve Francisco Bicho, na sua dissertação sobre o “Sistema sanitário português”, datada de 1926, o sistema de saúde em Portugal, no início do século XX, era estadista, sem uma entidade coordenadora, disperso e entregue à responsabilidade dos municípios, os quais, na opinião do autor, não estavam interessados nos serviços sanitários, como dimensão do progresso local.

Nesse tempo, Portugal foi fortemente fustigado pela tuberculose, doença de declaração obrigatória, que inicialmente apenas encontrava resposta em Lisboa e Porto. Os números da mortalidade por tuberculose eram muito superiores aos de outros países europeus, o que levou Francisco Bicho (1926:83) a propor na sua dissertação de doutoramento a criação de dispensários, à semelhança do que existia, por exemplo na Suécia, país que havia conseguido diminuir a mortalidade por tuberculose. A criação desses dispensários acabou por ser uma realidade em Portugal (Serviços de Luta Anti Tuberculose - SLAT), existindo nos Açores três estabelecimentos com internamento total, vocacionados para o combate à tuberculose, até 1975. No entanto, os serviços

---

<sup>32</sup> <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.
2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma proteção social.

(artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948)



dedicados a esta doença, permaneceram ativos nos hospitais (enfermarias privadas para tuberculosos) e na comunidade (Dispensários anti tuberculose) até 1984, conforme se pode verificar pelos dados publicados (Tabela 7).

*Tabela 7 - Número de estabelecimentos de saúde vocacionados para o combate à tuberculose - 1969-1984*

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Estabelecimentos com internamento total - Tuberculose	3	3	3	x	3	3	3									
Enfermarias privadas para tuberculosos	2	2	2	2	4	2	2	4	3	4	4	3	1	1	1	1
Dispensários anti tuberculose	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0

(fonte: Estatísticas da Saúde – Região Autónoma dos Açores/SREA)

Se recuarmos aos anos sessenta e setenta do séc. XX, em Portugal, verificamos que se privilegiava o combate à tuberculose, uma patologia que afetava as populações há várias décadas (desde o início desse século), em paralelo com a preocupação face à mortalidade infantil, um indicador preocupante que, como foi referido anteriormente, levou os governos do Estado Novo a reforçarem medidas de prevenção junto das comunidades locais e a apostar no parto em espaço hospitalar.

Até à implantação da democracia, “a saúde não era considerada um bem coletivo, quando muito era vista como um somatório de bens individuais” (Campos & Simões, 2011:19). Não fora alguns indicadores preocupantes, como a baixa qualidade de vida, perante o elevado número de acidentes de trabalho, como aconteceu no final do séc. XIX (Simões, 2004) ou as doenças graves transmissíveis, como foi o caso da tuberculose nos anos 50 do séc. XX, ou ainda, o elevado número de mortes prematuras, resultado de doenças não prevenidas ou da falta de vigilância e acompanhamento, como acontecia com as grávidas e as crianças nos primeiros anos de vida, Portugal não teria iniciado algumas ações de organização da resposta de saúde às populações. Eram, no entanto, ações que não configuravam um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado tardiamente em Portugal, quando comparado com o sistema implementado no Reino Unido. Apesar disso, o desenho do SNS português foi inspirado no mesmo relatório Beveridge, datado de 1942, que deu lugar ao sistema inglês. Nesse relatório, por sinal escrito durante a IIª Guerra Mundial, o governo britânico reconhecia que

“todos os cidadãos, independentemente dos seus rendimentos, da sua idade, do seu sexo ou da sua profissão, devem ter as mesmas possibilidades de aceder aos mais eficazes e mais modernos serviços médicos e conexos, devendo ser gratuitos estes serviços” (Simões, 2004:32). O modelo do Sistema de Saúde, então criado no Reino Unido, acabou por servir de referência a muitos outros países, incluindo Portugal. Foi também uma referência, a lógica implementada por Bismarck na Alemanha, com a introdução, ainda no século XIX, de um sistema de seguro doença (Simões, 2004: 30), “que obrigou os empregadores a contribuírem para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres, alargado num segundo momento a trabalhadores com rendimentos mais elevados”.

Segundo Campos & Simões (2012), apesar do incipiente sistema de saúde, que existia em Portugal nos governos de Salazar e Marcelo Caetano, um ministro do governo de Salazar pediu para visitar o Reino Unido, no intuito de avaliar como se processava o sistema de saúde inglês e aí beber da concretização prática de um sistema abrangente, que não veio a concretizar-se se não muito mais tarde.

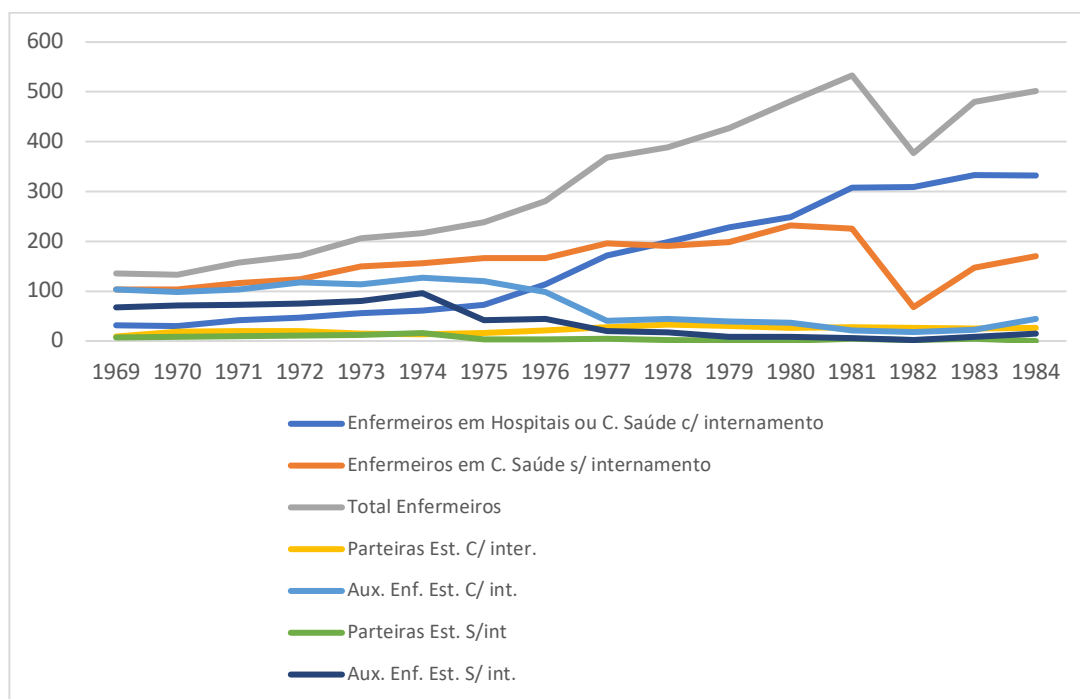
## 7. O Serviço Regional de Saúde no contexto do SNS – leitura dos programas de governo (1976/80 a 2016/20)

Com a instauração do regime autonómico, os Açores passam a ficar dotados de órgãos próprios de poder, os quais assumem a responsabilidade de fazer chegar às populações das diferentes ilhas, respostas ao nível das áreas básicas do desenvolvimento, nomeadamente educação, saúde, transportes, habitação e emprego.

No que diz respeito à saúde, a realidade dos Açores, em 1976, revelava-se frágil, mal estruturada e pouco qualificada. Eram poucos os técnicos com formação específica, fossem médicos, enfermeiros ou outros técnicos diferenciados.

A primeira escola de Enfermagem tinha sido criada em 1959, no entanto o modelo inicial de formação incluía Auxiliares de Enfermagem que, como os dados testemunham, eram em número muito superior ao dos Enfermeiros (Fig.36) até 1975, tendo acabado por desaparecer do sistema de saúde no final da década de 80.

Figura 36 - Evolução do número de Enfermeiros (Hospitais e Centros de Saúde com e sem internamento), Parteiras e Auxiliares de Enfermagem entre 1969 e 1984



Fonte: Estatísticas da Saúde (RAA)

A prática de cuidados de saúde era “hospitalocêntrica”, complementada com a ação direta dos privados. Uma lógica liberal, com fraca intervenção do estado, que muito agradava ao regime anterior a 1974.

O texto constitucional de 1976, ao consagrar o direito à saúde, refere que o mesmo “seria realizado através de um “serviço nacional de saúde universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (Campos & Simões, 2011: 161), perspetivando que “esse serviço deve ter gestão descentralizada e participada” (idem, 2011: 162).

No mesmo sentido, a Declaração de Alma-Ata (1978) um novo desafio, orientador da prestação de cuidados de saúde, onde se aposta nos Cuidados de Saúde Primários, ou seja, de proximidade, descentralizados e, sobretudo, preventivos.

Os governos regionais de então (entre 1976 e 1984) manifestam essas orientações nos seus programas de governo e reconhecem a necessidade de criar incentivos à fixação de profissionais de saúde na área da medicina, bem como fomentar a formação de mais profissionais de saúde. Reconhecem ainda carências de resposta em diferentes ilhas, o que implicava a necessidade de mobilizar a deslocação de especialistas.

Recorde-se, ainda, que em 1979 (Lei nº56/79 de 15 de setembro) é criado o Sistema Nacional de Saúde, cuja paternidade reconhecida está ligada a António Arnaut, que atribuiu a centelha da sua criação ao Movimento das Carreiras Médicas em 1961. Refira-se que, nas palavras de António Arnaut foi, sobretudo, a sua teimosia que permitiu concretizar este projeto, já que em termos políticos foram vários os obstáculos que teve de enfrentar para o fazer aprovar na Assembleia da República.

Entretanto, nos Açores, davam-se os primeiros passos na construção do Serviço Regional de Saúde, transformando os antigos Hospitais distritais em Hospitais regionais, e apostando nos Centros de Saúde como unidades prestadoras de Cuidados Primários de Saúde, de base concelhia.

Pretendia-se, desta forma, reduzir as desigualdades geográficas e socioeconómicas no acesso à prestação de cuidados, preservando os hospitais para uma prática mais diferenciada onde se deveriam concentrar os meios técnicos, nomeadamente, os especialistas, os equipamentos e as técnicas terapêuticas mais específicas.

Apesar da reestruturação da resposta de saúde na região, continuavam a faltar respostas especializadas nas diferentes ilhas, e havia necessidade de assegurar uma boa relação entre os diferentes níveis de cuidados.

O quadro seguinte (Tabela 8) resume as principais iniciativas, relativas à implementação de um melhor acesso dos residentes aos serviços de saúde, inscritas nos diferentes programas de governo<sup>33</sup>. A síntese apresentada não pretende resumir o capítulo da Saúde, dos diferentes programas, mas destacar, em cada um, os aspetos que se prendem com a melhoria do acesso dos cidadãos ao SRS. Optou-se por não repetir as mesmas propostas, quando estas são transferidas de uma legislatura para outra, mas apenas assinalar as linhas programáticas mais relevantes em termos da concretização da melhoria do acesso.

*Tabela 8 - Principais iniciativas inscritas na área da Saúde dos programas dos Governos Regionais, com vista ao Reforço do Acesso dos cidadãos residentes ao SRS (por legislatura) - 1976/80-2016/20*

<b>Governo</b>	<b>Recursos Humanos</b>	<b>Equipamentos</b>	<b>Principal estratégia</b>	<b>Referência programática</b>
<b>1976-1980</b>	Diagnóstico da situação da região: poucos técnicos qualificados	Diagnóstico da realidade regional: Equipamentos insuficientes	Necessidade de integrar os diferentes serviços de saúde	INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS
<b>1980-1984</b>	Carências inter-regionais Fixar Profissionais de saúde Apostar na formação Fomentar a mobilidade de especialistas e transferência de doentes sempre que necessário	Apostar nos Cuidados de Saúde primários Garantir aprovisionamento de medicamentos	Garantir a prestação de serviços a todos	ACESSO DE TODOS OS RESIDENTES
<b>1988-1992</b>	Concentração de meios (especializados e diferenciados) e técnicas terapêuticas nos Hospitais	Consolidação dos Centros de Saúde como unidades prestadoras de C. Primários de Saúde com base concelhia	Descentralizar o SRS em pirâmide, de forma articulada; Reduzir as desigualdades geográficas e socioeconómicas no acesso às respostas do setor.	DESCENTRALIZAÇÃO E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES -C.S. PRIMÁRIOS
<b>1992-1996</b>	Reforçar os mecanismos de fixação dos profissionais de saúde	Melhoria do sistema de informação	Regulamentar a Lei de bases da Saúde.	MELHORAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO FIXAR PROFISSIONAIS

<sup>33</sup> Disponíveis na página do governo regional - <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgra/textoImagem/Historico+dos+Governos+Regionais+dos+Acores.htm>

				REGULAMENTAR A LEI DE BASES
<b>1996-2000</b>	Promover a autossuficiência de cada ilha em matéria de cuidados essenciais	Apetrechar cada ilha com equipamentos coletivos de acordo com as características demográficas e geográficas. Criação do serviço de cuidados continuados	Criação do novo estatuto do Sistema Regional de Saúde Garantir a equidade no acesso dos utentes, atenuando os efeitos da descontinuidade geográfica Regulamentar a deslocação de doentes inter ilhas.	PROMOVER A AUTOSUFICIENCIA DE CADA ILHA  ESTATUTO DO SRS
<b>2000-2004</b>	Regime de fixação de profissionais de saúde	Criação de serviços de cuidados continuados	Criação da carta de saúde.	FIXAR PROFISSIONAIS
<b>2004-2008</b>	Teleradiologia – Projeto piloto de telemedicina		Criação da Saudaço Criação do Centro de Emergência médica e medicina de catástrofe no Hospital do Divino Espírito Santo.	TELEMEDICINA
<b>2008-2012</b>	Complementaridade entre deslocação de especialistas e telemedicina;	Informatização do Serviço Regional de Saúde Plano regional de controlo de infeção; Política regional do medicamento	Criação do Portal da saúde. Criação do gabinete de apoio ao doente deslocado; Criação do provedor do doente. Criação do Vale Saúde	DESLOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS E DE DOENTES, TELEMEDICINA INFORMATIZAÇÃO DO SRS POLÍTICA DO MEDICAMENTO
<b>2012-2016</b>	Deslocação de especialistas; Apoios à deslocação	Articulação de serviços tendo em conta a dispersão geográfica		ARTICULAÇÃO DE SERVIÇOS
<b>2016-2020</b>	Regulamentação das deslocações e da telemedicina Gestão da lista de espera para Cirurgia		Criação dos programas CIRURGE	TELEMEDICINA

Em termos de produção legislativa, e no que concerne ao acesso de todos os açorianos aos serviços de saúde, há a destacar os diplomas abaixo elencados.

Tabela 9 - Principais diplomas na construção do SRS

<b>1 – Ao nível dos equipamentos</b>	<b>Legislação de referência</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Transformação dos hospitais distritais em hospitais concelhios (S. Miguel, Terceira e Faial);</li> <li>Criação dos Centros de Saúde;</li> </ul>	<p>DRR 18/81/A de 9 março (Hospitais concelhios)</p> <p>DRR 3/86/A de 24 janeiro (criação dos C. Saúde)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A transformação dos Hospitais concelhios de S. Miguel, Terceira e Faial em Entidades Públicas Empresariais (Hospitais EPE);</li> </ul>	<p>DLR 7/2008/A de 24 março;</p> <p>DLR 17/2009/A de 14 outubro;</p> <p>DLR 7/2011/A de 22 março;</p> <p>DLR 2/2014 de 29 de janeiro</p> <p>DLR 20/2014/A de 30 outubro</p> <p>DLR 22/2015/A de 18 setembro</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A criação e revisão da Orgânica das Unidades de Saúde de Ilha, agregando os Centros de Saúde;</li> </ul>	<p>DLR 28/99/A de 31 julho (Estatuto do SRS Saúde)</p> <p>DRR 5/2011/A de 10 fevereiro – USI Sta. Maria</p> <p>DRR 26/2011/A de 9 dezembro – USI S. Miguel</p> <p>DRR 27/2011/A de 15 dezembro – USI Terceira</p> <p>DRR 2/2011/A de 28 janeiro – USI Graciosa</p> <p>DRR 25/2006/A de 2 agosto – USI S. Jorge</p> <p>DRR 16/2003/A de 1 abril – USI Pico</p> <p>DRR 3/2011/A de 28 janeiro – USI Faial</p> <p>DRR 19/2010/A de 19 novembro – USI Flores</p> <p>DRR 20/2010/A de 19 novembro – USI Corvo</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>O encerramento dos cuidados hospitalares em Centros de Saúde em ilhas com Hospital;</li> <li>Criação da Rede de Cuidados Continuados nessas unidades de saúde.</li> </ul>	<p>DLR 16/2008/A de 12 de junho</p> <p>Portaria 37/2015 de 31 de março</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação da rede de Cuidados continuados Integrados de Saúde mental</li> </ul>	<p>DLR 26/2016/A de 28 novembro</p>
<b>2 – Ao nível do sistema regional de saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A criação e revisão do Estatuto Regional de Saúde</li> </ul>	<p>DRR 32/80/A de 11 de dezembro</p> <p>DLR 28/99/A de 31 julho</p> <p>DLR 2/2007/A de 24 janeiro</p> <p>DLR 1/2010/A de 4 janeiro</p> <p>DLR 4/2020/A de 22 janeiro</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação da <i>Saudaçor</i></li> <li>Extinção da <i>Saudaçor</i></li> </ul>	<p>DLR 41/2003/A de 6 novembro</p> <p>DLR 25/2019/A de 15 novembro</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A regulamentação regional da Lei de Bases da Saúde</li> </ul>	<p>Lei 48/90 de 24 de agosto</p> <p>DL 185/2002 de 20 de agosto</p> <p>Lei 95/2019 de 5 de setembro</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A centralização da compra dos medicamentos para os Centros de Saúde;</li> </ul>	<p>DLR nº 41/2003 de 6 novembro<sup>34</sup></p> <p>DRR nº 4/2010/A de 15 fevereiro</p>

<sup>34</sup> Ao abrigo das atribuições da *Saudaçor* (DLR 41/2003 de 6 novembro): art.º 3º - alínea a) *Efetuar de forma centralizada o aprovisionamento para o sector regional da saúde*; e tendo por base o Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2010/A foram efetuados vários contratos públicos de aprovisionamento de medicamentos para os Centros de Saúde. Com a extinção da *Saudaçor* – as competências foram transferidas para a D. R. Saúde; conforme refere o texto do DLR nº 25/2019 de 15 novembro (art.º 4º)

*A gestão da Central de Compras da SAUDAÇOR para o setor da saúde na Região Autónoma dos Açores, constituída pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2010/A, de 15 de fevereiro, passa a ser assegurada pela direção regional com competência em matéria de saúde, mantendo-se em vigor os contratos públicos de aprovisionamento e os contratos de mandato em execução bem como os procedimentos pré-contratuais em curso.*

	DLR nº 25/2019 de 15 novembro
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organização e funcionamento dos serviços de saúde da RAA</li> </ul>	DLR 28/99/A de 31 de julho DLR 41/2003/A de 6 novembro DLR 2/2007/A de 24 janeiro DLR 4/2020/A de 22 janeiro
<ul style="list-style-type: none"> <li>As medidas de promoção da fixação de profissionais de saúde na Região</li> </ul>	DRR 5/2014/A de 17 fevereiro ( <i>Regime de atribuição de incentivos e apoios à fixação aplicável ao pessoal médico na Região Autónoma dos Açores</i> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>A informatização dos serviços de saúde e articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados</li> <li>Prescrição Médica eletrónica</li> <li>Uniformização da codificação clínica (C. saúde primários/ (classificação ICPC-2-E) e C. Saúde hospitalares/ (classificação ICD-9CM).</li> </ul>	Despacho n.º 1186/2013, de 19 de junho <sup>35</sup>  Portaria 224/2015 de 27 de julho  Despacho n.º 1267/2013, de 8 de julho
<b>3 – Ao nível do acesso dos doentes aos cuidados de saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A Regulamentação das deslocações dos doentes interilhas e com o Continente português;</li> </ul>	Portaria 15/83 de 19 de abril Portaria 68/94 de 2 de dezembro Portaria 16/2007 de 29 março Portaria 66/2010 de 30 de junho Portaria 28/2015 de 9 de março
<ul style="list-style-type: none"> <li>A deslocação de especialistas a ilhas sem esses recursos e implementação da telemedicina</li> </ul>	Portaria 4/2014 de 29 de janeiro Portaria 33/2014 de 24 de junho Portaria 28/2015 de 9 de março Portaria 110/2015 de 4 de agosto Portaria 95/2018 de 2 de agosto
<ul style="list-style-type: none"> <li>O reforço da formação/qualificação dos profissionais de saúde.</li> </ul>	Plano de Formação de 2019 para profissionais do Serviço Regional de Saúde <sup>36</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A gestão das listas de espera cirúrgicas (Programas Vale Saúde e CIRURGE)</li> <li>Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de Saúde /Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde.</li> </ul>	DLR 19/2009/A de 30 novembro (alterado pelo DLR 4/2011/A de 3 de março; posteriormente alterado pelo DLR 23/2016/A de 10 novembro.  Despacho 2762/2017 de 14 novembro  Portaria nº. 166/2015 de 31 de dezembro
<ul style="list-style-type: none"> <li>Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SRS.</li> </ul>	Portaria n.º 166/2015, de 31 de dezembro

<sup>35</sup> “incumbe à Sudaçor S.A. a responsabilidade de promover as medidas necessárias à implementação do processo clínico nas plataformas informáticas de suporte das instituições do SRS, preconizando ainda que devem ser assegurados os mecanismos de interligação entre as diferentes unidades prestadoras de cuidados. A implementação total do processo clínico único deverá ocorrer até final do ano de 2015.”

<sup>36</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgra-gacs/noticias/Plano+de+Forma%C3%A7%C3%A3o+do+Servi%C3%A7o+Regional+de+Sa%C3%BAde+cont+ribui+para+qualifica%C3%A7%C3%A3o+e+fixa%C3%A7%C3%A3o+de+m%C3%A9dicos+nos.htm>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do Centro de Oncologia dos Açores (Prof. Doutor José Conde)</li> <li>• Criação da Comissão Oncológica Regional (COR).</li> </ul>	<p>DLR 1/2007/A de 24 janeiro</p> <p>Despacho n.º 509/2010, de 17 de Maio</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação dos Núcleos de Saúde familiar nas Unidades de Saúde de Ilha</li> </ul>	<p>Despacho nº 1822/2015, de 17 de agosto</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação da Rede Integrada de Cuidados Continuados</li> </ul>	<p>DLR nº 13/2008 de 6 de junho</p> <p>Portaria nº37/2015 de 31 março</p>

## 7.1 – PLANOS ESTRATÉGICOS – PLANO REGIONAL DE SAÚDE (2014-2016, COM EXTENSÃO A 2020)<sup>37</sup>

No quadro do Plano Regional de Saúde, em vigor (2014-2016, com extensão até 2020), foram definidas quatro estratégias regionais e as respetivas áreas de intervenção<sup>38</sup>:

### **1- Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco, onde se inclui:**

- Área de Intervenção na Saúde da Mulher
- Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil
- Área de Intervenção na Promoção da Saúde em contexto Escolar
- Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral
- Área de Intervenção nas Dependências Área de Intervenção nas Doenças Infeciosas Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes
- Área de intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo

### **2- Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas, que inclui:**

- Área de intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus
- Área de Intervenção na Obesidade Área de Intervenção na Hipertensão Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não infecciosas
- Área de Intervenção na Dor Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas

<sup>37</sup> Resolução do Conselho do Governo Regional nº133/2014 de 6 de agosto.

<sup>38</sup> Plano Regional de Saúde (2014-2016) com extensão a 2020 p. 86 e segs.

[http://www.azores.gov.pt/JO/References/2014/14\\_PlanoRegional%20de%20Saude%202014-2016\\_Reda%C3%A7%C3%A3o%20Final.pdf](http://www.azores.gov.pt/JO/References/2014/14_PlanoRegional%20de%20Saude%202014-2016_Reda%C3%A7%C3%A3o%20Final.pdf)

- Área de Intervenção na promoção da Saúde Mental
- Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos
- Área de Intervenção nas Doenças Genéticas

### 3- Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares

- Área de Intervenção no AVC e no EAM

### 4- Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas,

- Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica
- Área de Intervenção no Tratamento da Doença Oncológica

Da consulta do documento de planeamento em questão, é possível identificar os objetivos, as ações previstas e os indicadores de resultado calculados por área de intervenção.

#### 7.1.1– Avaliação dos planos estratégicos

Desde a elaboração do Plano Regional para a Saúde (PRS), apenas foi publicado um relatório de avaliação - ***Relatório de Avaliação Intercalar do Plano Regional de Saúde***, datado de Fevereiro 2018<sup>39</sup>. Considerando que o PRS foi objeto de uma extensão a 2020, é provável que no próximo ano, seja publicado um relatório final sobre a sua execução.

Para além da avaliação apresentada sobre a implementação de todas as medidas estratégicas, previstas nos planos sectoriais, não foi possível obter informação sobre as quatro estratégias definidas no Plano Regional, a saber:

- Promoção de estilos de vida saudável e prevenção de comportamentos de risco;
- Combate às doenças crónicas;
- Combate às doenças cérebro-cardiovasculares e
- Combate às doenças oncológicas.

---

<sup>39</sup> [http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/1103690/RelatorioavaliaointercalarPRS\\_final.pdf](http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/1103690/RelatorioavaliaointercalarPRS_final.pdf)

Em relação às doenças oncológicas, a publicação do Registo Oncológico dos Açores em 2018<sup>40</sup>, por ocasião dos 20 anos de existência do Centro Oncológico dos Açores (COA), permite analisar a incidência do cancro na RAA entre 1997 e 2016, por Localização topográfica (ICD-10) e por ilha.

A par da inexistência de relatórios de execução do PRS por estratégia definida, encontramos informação dispersa sobre algumas áreas de intervenção, como é o caso do recente programa criado no domínio da Saúde mental, que tal como os anteriores visa cumprir as orientações do PRS, neste domínio importante de cuidados, nem sempre valorizado pelas próprias populações. O programa **Espaço para a Saúde mental** foi lançado em Abril de 2019, e *visa descentralizar os cuidados de saúde mental, tornando mais próximos do utente, do cuidador e da comunidade, integrando a saúde mental nos centros de saúde e hospitais, em linha com o que é preconizado no Plano Regional de Saúde*, segundo palavras do Diretor Regional da Saúde.<sup>41</sup> Segundo a mesma fonte, “*a operacionalização desta estratégia passa pela criação de grupos de trabalho nas nove Unidades de Saúde de Ilha para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação do projeto*”. Aquando da apresentação deste Programa, o Diretor Regional de Saúde revelou que será aplicado na Região, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio<sup>42</sup>, no âmbito dos cuidados de Saúde primários.

Não podemos ignorar que a existência de comportamentos autolesivos e atos suicidas representam um grave problema de saúde pública (Plano nacional de Prevenção do Suicídio).

Recorde-se a propósito, que a taxa de suicídio nos Açores, particularmente entre os homens é das mais altas do país. No relatório da Primavera de 2016 (p.68), referia-se

---

<sup>40</sup> [http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/34F65AF3-B9F5-4969-B18E-25225E6C81FD/1105554/Relatorio\\_Vinte\\_Anos\\_de\\_Registo\\_Oncologico\\_nos\\_Aco.pdf](http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/34F65AF3-B9F5-4969-B18E-25225E6C81FD/1105554/Relatorio_Vinte_Anos_de_Registo_Oncologico_nos_Aco.pdf)

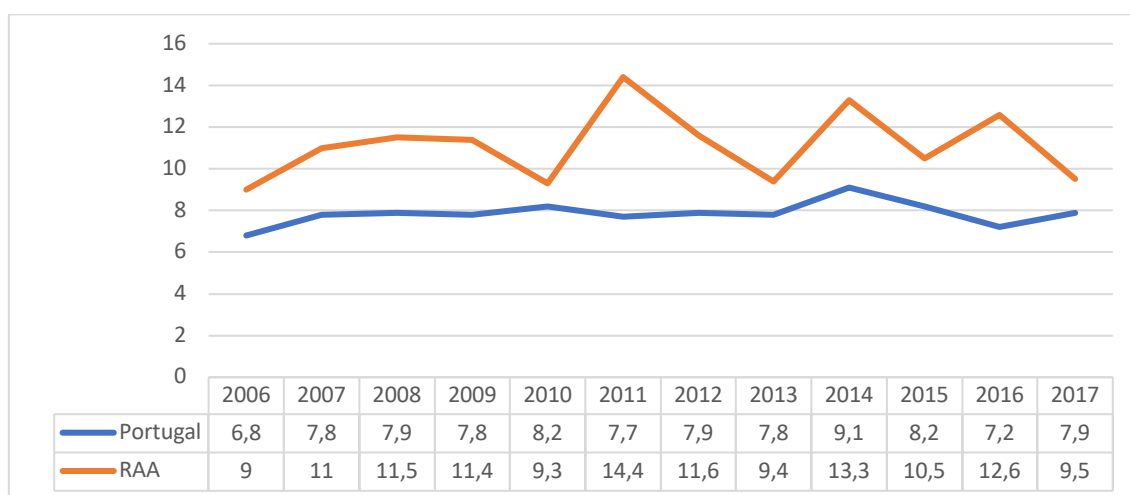
<sup>41</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/novidades/Novo+programa+Espa%C3%A7o+para+a+Sa%C3%BAde+Mental+aposta+em+a%C3%A7%C3%B5es+desde+a+preven%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+reinser%C3%A7%C3%A3o.htm>

<sup>42</sup> O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio foi criado para vigorar entre 2013 e 2017, (<http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Plano-Nacional-Prevencao-Suicidio-2013-2017.pdf>), no entanto a sua execução esteve parada, tendo a Direção Geral de Saúde afirmado em Abril 2019 que iria reativar as medidas preconizadas nesse plano.

inclusive que este indicador na RAA, atingia particularmente os jovens (15-24 anos). Já no relatório da Primavera de 2014 (p.38), a referência aos Açores apontava como mais significativa a taxa de suicídio entre os mais velhos (a partir dos 75 anos), com valores de 32,9 em 2010 e 24,1 em 2011. Não tendo tido acesso a esta informação por grupo etário, podemos, no entanto, validar a relevância deste indicador, através dos dados publicados pelo INE, ao nível da taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio).

Os gráficos seguintes mostram a relevância deste fenómeno na RAA, quando comparada com a média nacional (Fig. 37).

Figura 37 - Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 mil habitantes (nº) por local de residência (NUTS 2013) – Total (HM) – RAA e Portugal

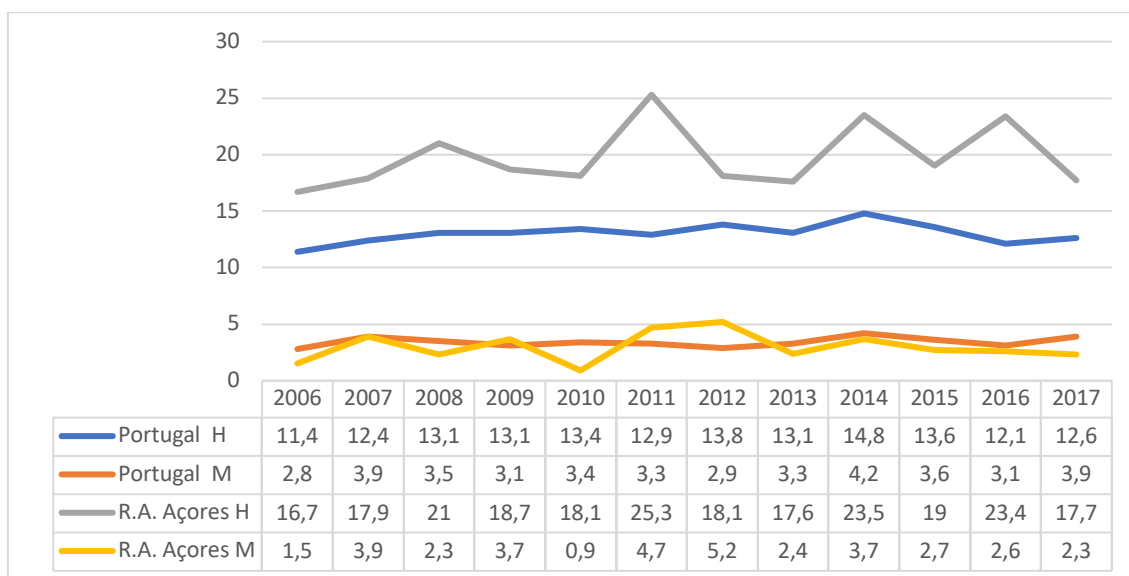


Fonte: INE<sup>43</sup>

Uma análise por sexo permite verificar a discrepância deste fenómeno entre homens e mulheres. Enquanto a taxa de suicídio masculina na RAA é muito superior à média nacional, no caso feminino está abaixo do valor nacional. (Fig.38)

<sup>43</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003795&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003795&contexto=bd&selTab=tab2)

Figura 38- Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 mil habitantes (nº) por local de residência (NUTS 2013) – homens e mulheres – RAA e Portugal



Fonte: INE

De acordo com uma notícia, baseada na agência noticiosa Lusa<sup>44</sup>, relacionada com a criação do “Espaço para a Saúde Mental”, o presidente do Governo Regional terá anunciado, a 22 de novembro 2019 que:

“O apoio domiciliário vai passar a incluir cuidados de saúde mental, em toda a região, estimando-se a entrada em vigor da medida até ao final de 2020.

A medida insere-se no programa "Espaço para a Saúde Mental" e "o objetivo é que os cuidados domiciliários tenham esta componente de saúde mental, até final do próximo ano", explicou Vasco Cordeiro.”

"Seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, vamos implementar, no primeiro trimestre do próximo ano, aqui na Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel, à semelhança do que já fizemos noutras, uma equipa comunitária de saúde mental. Esta equipa trabalhará em estreita colaboração com os serviços de psiquiatria do hospital, com os institutos hospitalares da região e com a medicina familiar", completou o governante.

Ainda no final de 2019. (Outubro), a comissão Regional de Acompanhamento e avaliação dos Serviços de Saúde mental, criada em 2007, foi renovada na sua composição.

Conforme se pode ler num comunicado publicado na página do Governo<sup>45</sup>,

<sup>44</sup> <https://rr.sapo.pt/2019/11/22/pais/saude-mental-incluida-nos-servicos-de-apoio-domiciliario-nos-azores/noticia/172705/>

<sup>45</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs/noticias/Comiss%C3%A3o+Regional+de+Acompanhamento+e+Avalia%C3%A7%C3%A3o+dos+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+Mental+tem+nova+composi%C3%A7%C3%A3o.htm>

A Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental foi criada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, que aprova os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental da Região.

Compete a esta comissão pronunciar-se sobre a criação, modificação ou extinção de qualquer serviço, unidade, valência clínica ou psicossocial na área da saúde mental, propor medidas de coordenação e execução das atividades de instituições e serviços, colaborar na elaboração do Plano Regional de Saúde, planos setoriais e programas no âmbito da saúde mental.

Emitir parecer sobre políticas de saúde mental a implementar na Região e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde mental prestados na Região são outras competências desta comissão.

O Plano Regional de Saúde 2014-2020 define a saúde mental como base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, salientando o seu importante papel nas relações interpessoais, vida familiar e integração social, sendo um fator importante de inclusão social, bem como de plena participação comunitária e económica.

As perturbações mentais, se não forem tratadas, implicam um elevado preço ao nível do sofrimento, invalidez e perda económica.

O Governo Regional compromete-se, através do seu programa, a garantir a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde de forma equitativa, com garantias de qualidade e de sustentabilidade.

O aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento das populações são responsáveis pelo crescimento de doenças crónicas, degenerativas e também mentais.

Por esse motivo, é fundamental garantir a boa articulação entre os diversos níveis de cuidados e as redes existentes, promovendo a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários e consolidando parcerias com unidades do setor privado

Outros programas e campanhas tiveram lugar, desde a publicação do PRS, nomeadamente:

- Campanha para incentivar a suplementação em iodo na população em geral através de panfletos e vídeo na televisão, consumo de “sal iodado” (2015-2016). Nesse sentido foi emanada uma Circular Normativa (nº18, de 30 de julho 2014), por parte da Direção Regional de Saúde sobre a substituição do sal não iodado por sal iodado, para todos os serviços dependentes da Secretaria Regional da Saúde, que tenham serviço de cantina/refeitório/bar.
- Programa regional da saúde oral (criado em 2002) objeto de atualização entre 2009 e 2012. De acordo com notícias publicadas, a região Açores foi considerada (pelo secretário da saúde em 2011) uma região pioneira por ter colocado médicos dentistas nos Centros de Saúde e criado, em 2005, o Boletim Individual de Saúde Oral. No relatório intercalar de avaliação do Plano Regional de saúde (2018) é referido que, em 2016 foi disponibilizada a todas as crianças com três

anos uma escova dentária e o Boletim Individual de Saúde Oral (BISO), no âmbito da promoção da saúde oral das crianças dos 3 aos 6 anos.

- De acordo com o mesmo relatório, em 2016, existiria pelo menos um médico dentista em todas as Unidades de saúde de ilha, incluindo o Corvo, e terão sido realizadas nesse ano 39686 consultas e 2829 BISOs distribuídos.

Como se depreende da análise apresentada, não existem relatórios de avaliação específicos por estratégia de intervenção, com dados atualizados e sobretudo, com resultados das medidas implementadas, que possam ser cruzados com a alteração dos indicadores de morbilidade que, como vimos anteriormente, tem revelado alguma redução de mortes no domínio das doenças do aparelho circulatório, o mesmo não acontecendo nas mortes por tumores malignos, cuja tendência tem sido de aumento. Por esse facto iremos aprofundar alguma informação sobre os dados publicados pelo Centro Oncológico dos Açores.

#### 7.1.2 - O Centro Oncológico dos Açores

Face à relevância das doenças oncológicas como causa de morte e ao facto de existir na RAA um Centro Oncológico, importa conhecer melhor esta Unidade.

O Centro de Oncologia dos Açores (COA), foi criado por Decreto Legislativo Regional em 1979 (nº7/79/A de 24 de abril), mas só em 2007 surgiu a lei orgânica que define a sua organização (Decreto Legislativo Regional nº12/2007/A). Até 2015, o COA funcionou com uma comissão instaladora. Com o DRR nº9/2015/A de 24 de abril, foi revista a lei orgânica de 2007 e revogado o DRR nº1/2007/A de 24 de janeiro.

No quadro legislativo atual, o COA tem como atribuições (artº 3º do DLR nº9/2015/A de 24 de abril):

- a) Promover o diagnóstico precoce das doenças oncológicas, utilizando, para o efeito, os seus próprios recursos, ou estabelecendo parcerias e protocolos com as demais instituições do SRS ou com entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde;
- b) Conceber, coordenar e desenvolver programas de rastreio organizado, de base populacional;
- c) Conceber, desenvolver e participar em programas e ações de rastreio oportunista;

d) Garantir os procedimentos necessários à execução, coordenação e desenvolvimento do registo oncológico da Região Autónoma dos Açores (RAA);

e) Desenvolver, em conjunto com a Direção Regional da Saúde (DRS), campanhas direcionadas para a prevenção oncológica, nomeadamente as campanhas para a cessação tabágica e promoção de estilos de vida saudáveis;

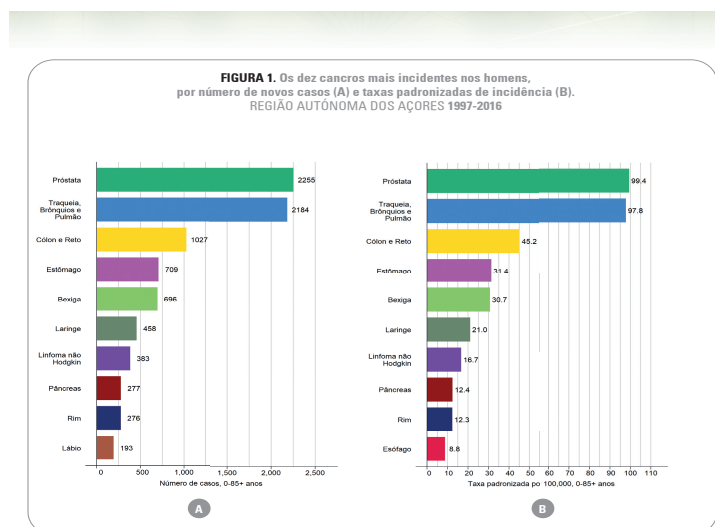
f) Colaborar na elaboração e desenvolvimento da estratégia regional de combate às doenças oncológicas;

É no âmbito deste quadro legislativo que se define como competências do Conselho de Administração deste Centro, a produção de um relatório anual de atividades, o que explica o início da produção de dados, tendo por base os rastreios realizados, conforme a missão afeta a este centro e definido no artigo 3º do DRR nº9/2015/A de 24 de abril:

“promover o diagnóstico precoce das doenças oncológicas, nomeadamente através do rastreio prescritivo/oportunístico e dos programas organizados de rastreio, de base populacional”; executar e coordenar o Registo Oncológico na RAA (RORA) e Colaborar na elaboração e desenvolvimento da estratégia regional de combate às doenças oncológicas”

De acordo com os dados publicados pelo COA, no relatório publicado em 2018 (Registo oncológico regional dos Açores/RORA) que celebra 20 anos do Registo Oncológico nos Açores<sup>46</sup>, a RAA registou “entre 1997 e 2016 um total de 19230 novos casos de cancro, dos quais 11367 nos homens (59% do total) e 7863 nas mulheres (41%) dando origem a uma média de 962 novos casos por ano” (RORA, 2018:12).

Figura 39 – os 10 cancros mais frequentes – homens – RAA – 1997-2016



Fonte: Figura retirada do Relatório 20 anos do RORA -2018:14

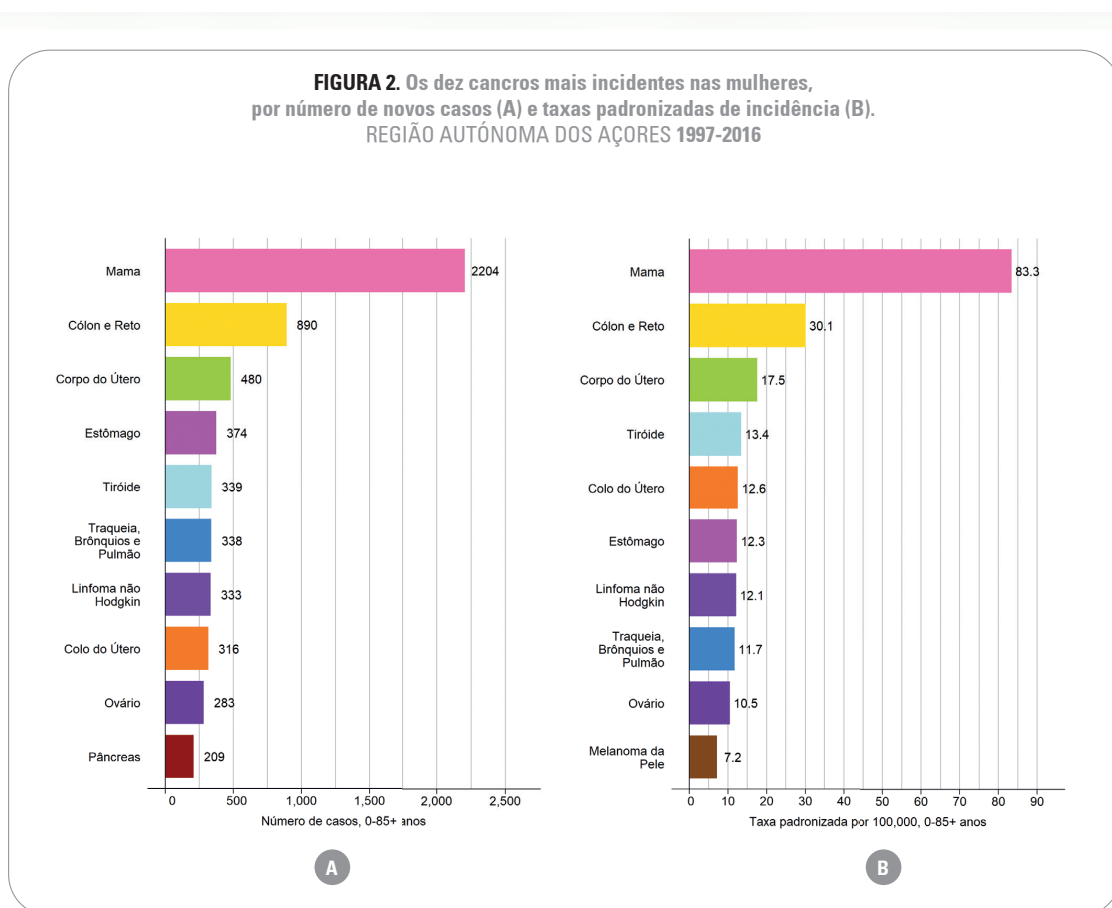
<sup>46</sup> zores.gov.pt/NR/rdonlyres/34F65AF3-B9F5-4969-B18E-25225E6C81FD/1105554/Relatorio\_Vinte\_Anos\_de\_Registo\_Oncologico\_nos\_Aco.pdf



As doenças oncológicas mais frequentes nos homens foram as da próstata (Fig. 39) (2255 novos casos, correspondendo a uma taxa de incidência padronizada de 99,4 por 100.000), pulmão (2184, 97.8), cólon e reto (1027, 45.2), estômago (709, 31.4) e bexiga (696, 30.7).

Segundo o mesmo relatório, nas mulheres as doenças oncológicas mais frequentes foram da mama (2204 novos casos correspondendo a uma taxa de incidência padronizada de 83,3 por 100000), cólon e reto (890, 30.1), corpo do útero (480, 17.5), estômago (374, 12.3) e tiróide (339, 13.4) (fig.40).

Figura 40- Os dez casos mais frequentes de cancro nas mulheres – 1997-2016



Fonte: Fig. Retirada do Relatório – 20 anos do RORA, 2018:15

Dos dados acima referidos, podemos concluir a relevância das campanhas de prevenção diferenciadas segundo o sexo, incidindo nas principais causas associadas ao cancro do

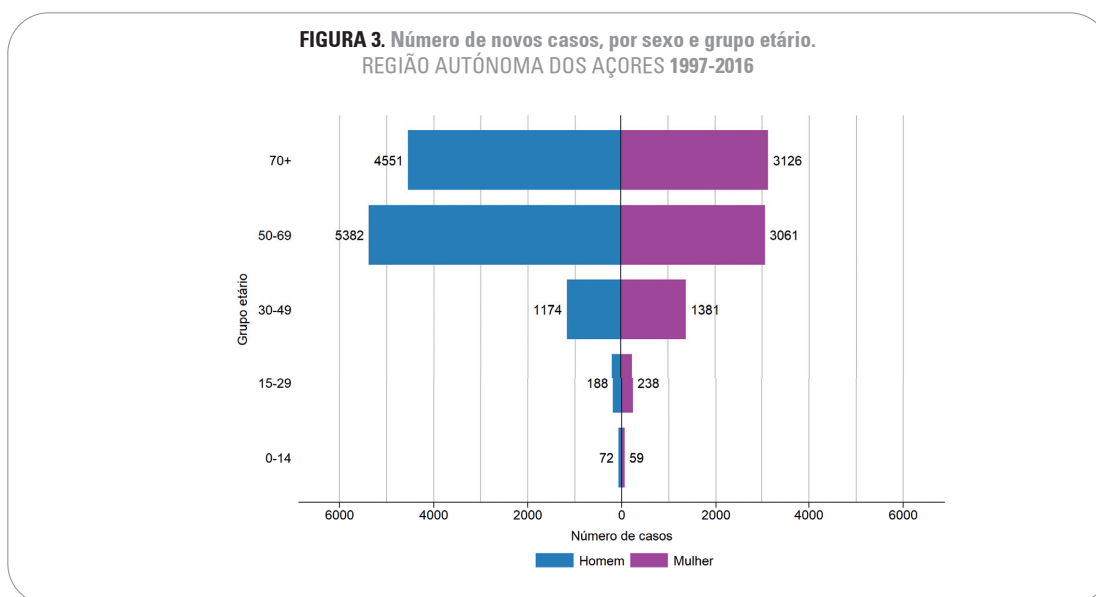
aparelho respiratório e da próstata, nos homens e da mama, cólon e reto e útero, particularmente para as mulheres.

Como temos vindo a destacar, as determinantes da saúde – género e idade – tem um papel fundamental na compreensão das patologias que mais afetam a população residente nos Açores.

No caso da oncologia, é evidente a importância do género, não apenas da diferença biológica que explica a incidência da doença oncológica, mas sobretudo, ao nível da prevenção, da vigilância e do estilo de vida no masculino e no feminino, incluindo a frequência com que acedem ao serviço regional de saúde.

Olhando os dados do relatório que temos vindo a citar, produzido pelo COA, verificamos a relevância da população mais idosa, particularmente entre os doentes do sexo masculino. (fig.41).

Figura 41 - Novos casos por sexo e grupo etário - 1997-2016



Fonte: Fig. Retirada do Relatório – 20 anos do RORA, 2018:15

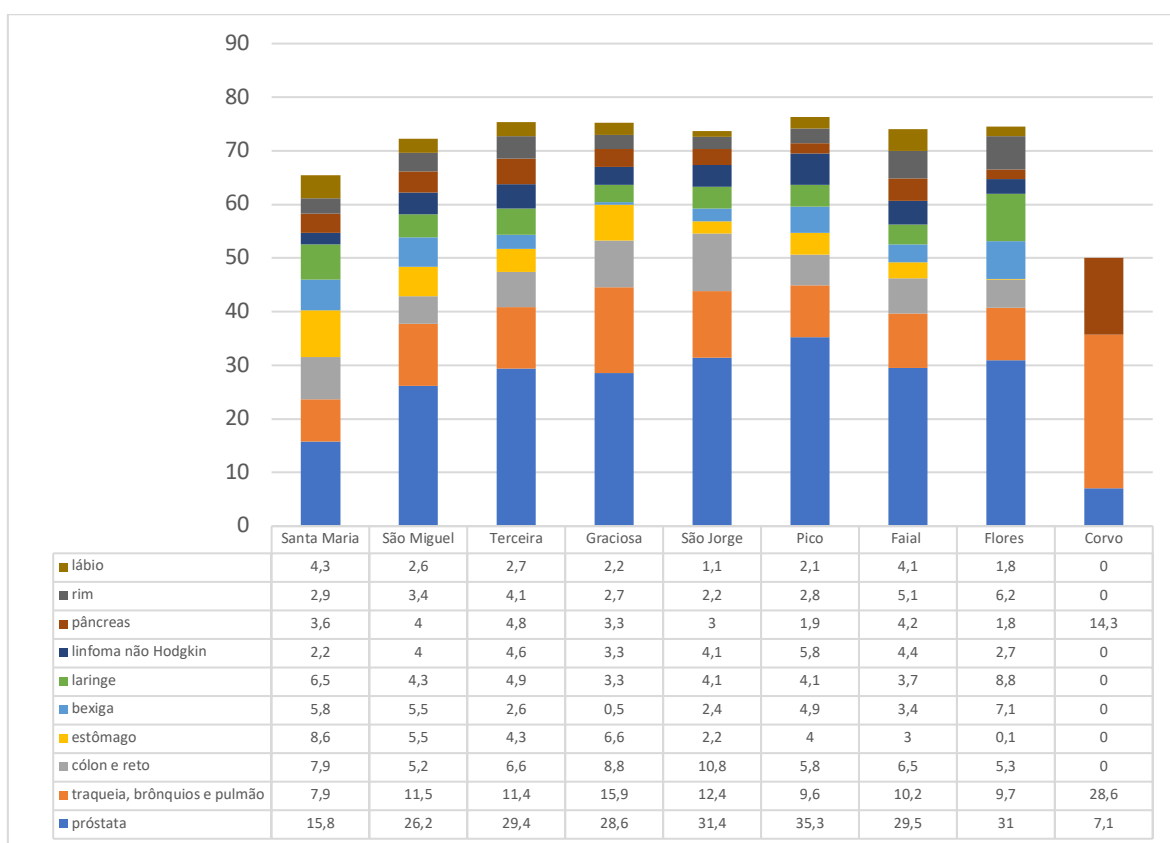
### Taxas de incidência padronizada, frequências e médias anuais, por ilha

Tendo por referência as dez patologias oncológicas mais contabilizadas na RAA, podemos verificar através dos dados publicados no Relatório dos 20 anos do RORA que,

esses dez tipos de cancro explicam mais de 70 % dos casos em cada ilha, exceção do Corvo onde apenas representam 50% dos registos.

Quanto à distribuição por ilha, o gráfico seguinte (Fig.42) permite-nos verificar que, na ilha do Pico o cancro da próstata representa a percentagem mais significativa (35,3%) quando comparada com as outras ilhas. Já em termos do cancro da traqueia, os números registados no Corvo (28,6%) destacam esta ilha, seguida da Graciosa (15,9%).

Figura 42 - Principais cancros nos homens - por ilha - 1996-2016 (%)

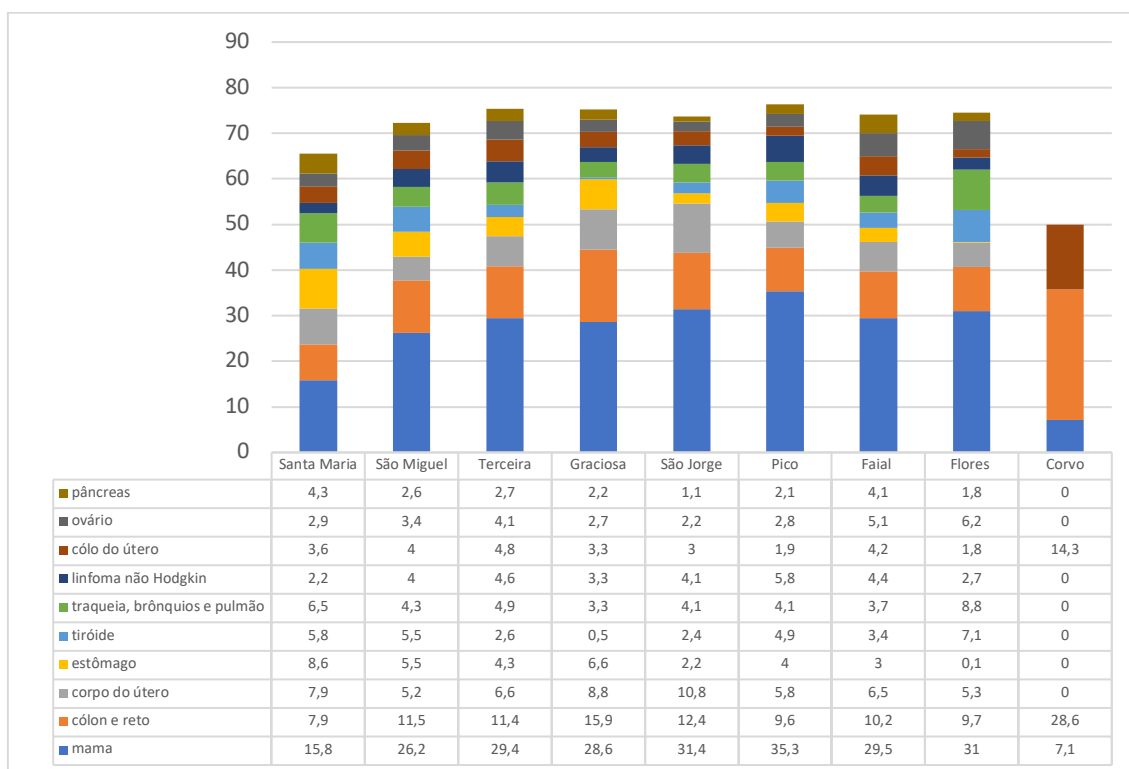


Fonte: Relatório dos 20 anos do RORA, 2018:17-25

No caso das mulheres, a distribuição das dez patologias oncológicas mais frequentes na Região mostra-nos uma % mais significativa de cancros da mama na ilha do Pico (35,3%) quando comparada com as outras ilhas. O Corvo regista uma percentagem bastante significativa, no total dos cancros identificados em mulheres, da patologia do cólon e reto (28,6%). e colo do útero (14,3%)

Tal como verificamos no caso masculino, as dez principais patologias oncológicas, sinalizadas pelo RORA, representam cerca de 70% da totalidade dos casos registados, exceção do Corvo, onde somam 50% do total.

Figura 43 - Distribuição das dez principais patologias oncológicas nas mulheres -por ilha – 1996-2016



Fonte: Relatório dos 20 anos do RORA, 2018:17-25

## 7.2 – ORÇAMENTOS REGIONAIS – ÁREA DA SAÚDE<sup>47</sup>

Uma vez identificadas as linhas orientadoras da política de saúde na RAA, importa aferir em que medida as ações previstas se traduziram em investimento, no quadro dos orçamentos regionais.

Os dados apresentados incluem as verbas orçamentadas e as executadas, de acordo com os documentos publicados no site do governo regional.<sup>48</sup>

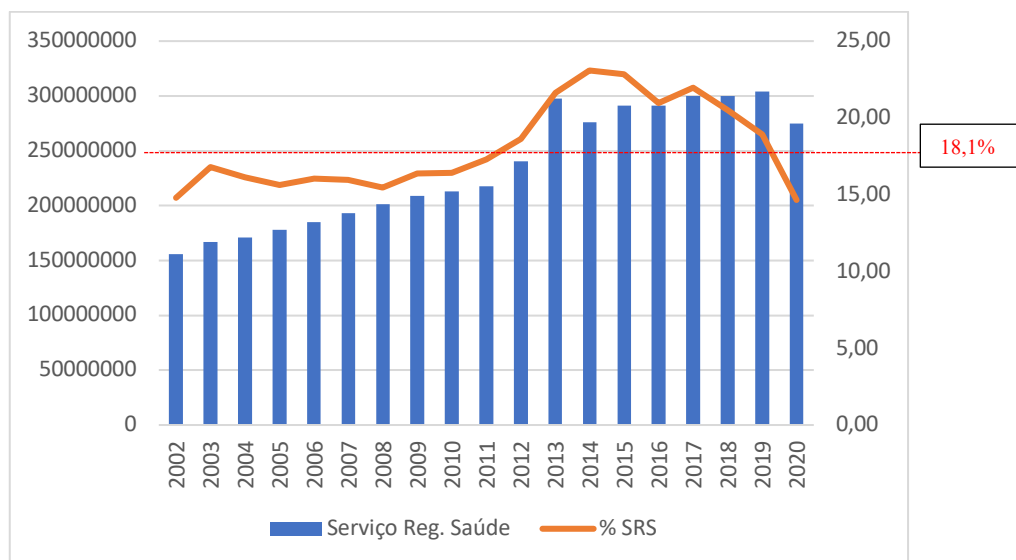
<sup>47</sup> [http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/Conta\\_da\\_RAA.htm](http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/Conta_da_RAA.htm)

<sup>48</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/Boletim.htm>

O gráfico seguinte (Fig.44) mostra-nos como, em termos de valor médio, o Serviço Regional de Saúde<sup>49</sup> tem representado cerca de 18,1% dos orçamentos anuais da Região.

De acordo com os dados publicados nos orçamentos dos últimos 18 anos, o período em que a proposta de investimento foi maior corresponde à legislatura 2012-2016. Desde então houve um claro desinvestimento nesta rubrica do orçamento afeto à Secretaria Regional de Saúde, sendo que, em 2020, a % correspondente é inferior à registada em 2002.

Figura 44 - Despesa orçamentada para o SRS (euros) e % da despesa com o SRS no total do orçamento regional (2002 a 2020)

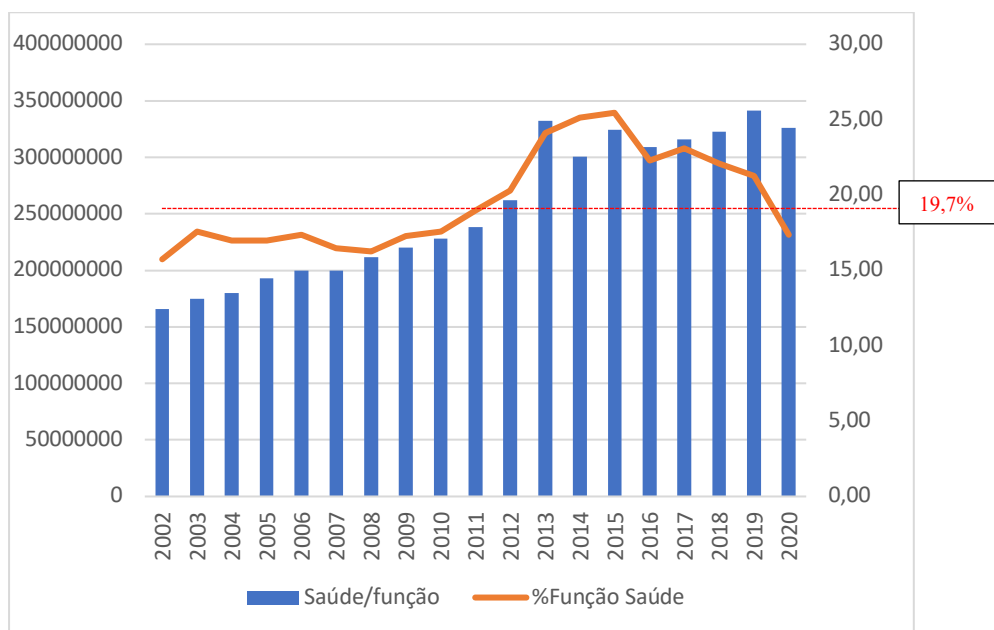


Fonte: Orçamentos regionais

Se considerarmos os dados publicados nos orçamentos regionais, no quadro referente à distribuição das despesas por área funcional (Fig.45), a tendência é semelhante, apesar de o valor médio ser ligeiramente superior (19,71% do total do orçamento).

<sup>49</sup> Desde 2009 a designação do Departamento deixou de englobar a Saúde e a Solidariedade Social (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais) e passou a designar-se Secretaria Regional da Saúde.

Figura 45 - Despesas orçamentadas na Função Saúde (euros) e % dessa função no total do Orçamento Regional - 2002 - 2020



Fonte: Orçamentos regionais

Apesar da redução verificada nos últimos anos, o sistema regional de saúde continua a privilegiar a opção política de “reforçar um sistema público que garanta o acesso à saúde a todos os cidadãos em condições de equidade ou dar prioridade à redução do investimento público no sistema e à privatização e liberalização do sector.” (Nunes, J.A., 2012:83)

Recorde-se nesse sentido a introdução das taxas moderadoras em 2011 (DRR 16/2011/A de 28 de junho) que pretendiam a introdução de uma moderação do acesso a serviços públicos “a fim de desincentivar os “abusos” ou usos indevidos ou injustificados destes” (Nunes, J. A. 2012:80). O que na realidade não parece refletido, no ano ou mesmo nos anos subsequentes, em termos de redução da verba investida pelo Estado/Governo Regional no Serviço Regional de Saúde.

Recentemente foi publicada uma alteração ao Estatuto Regional de Saúde (DLR 4/2020/A de 22 de janeiro) onde se reconhece que “as taxas moderadoras são uma forma de copagamento que transfere para o utente mais um encargo no financiamento dos serviços de saúde, e representam mais uma despesa no orçamento familiar, sendo um obstáculo no acesso à prestação de cuidados de saúde”. O referido diploma defende

que a “Região Autónoma dos Açores deve garantir um melhor e mais fácil acesso aos cuidados de saúde primários e nas restantes prestações de saúde, sempre que a origem de referência seja o Serviço Regional de Saúde, dando assim um passo para eliminação de todas as taxas moderadoras, num futuro próximo”.

Como explicar então a redução percentual do valor afeto ao sistema regional de saúde, tendo por base o valor global do orçamento regional, que ocorre a partir de 2015?

Por ventura está em causa um conjunto alargado de convenções estabelecidas com o setor privado de prestação de cuidados de saúde que foram, temporariamente, suspensas por despacho da Secretária Regional de Saúde, conforme notícia publicada no portal do Governo<sup>50</sup>:

“A Secretaria Regional da Saúde suspendeu a prestação de cuidados de saúde realizada através de convenções celebradas pelos hospitais e unidades de saúde de ilha com entidades privadas e sociais com o objetivo de prevenir e limitar a propagação da infeção pelo novo coronavírus nos Açores.

O despacho assinado por Teresa Machado Luciano determina como exceção as situações clínicas comprovadamente urgentes e inadiáveis, bem como a convenção na área da radioterapia.

As situações excecionais devem ser justificadas pelo médico do Serviço Regional de Saúde que acompanha o utente e confirmadas pelo Diretor Clínico da Unidade de Saúde.

O despacho entrou hoje em vigor e deverá manter-se durante a situação de contingência ou fase posterior prevista no Regime Jurídico do Sistema de Proteção Civil da Região Autónoma dos Açores.”

Esta decisão foi posteriormente revogada a 4 de Maio 2020, como refere nota do governo:

---

<sup>50</sup><http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs/noticias/Governo+dos+A%C3%A7ores+suspende+conven%C3%A7%C3%B5es+na+%C3%A1rea+da+sa%C3%BAde.htm>

“Numa nota enviada hoje às redações, o Governo dos Açores adianta que foi estabelecido o calendário "para a retoma das atividades de prestação de cuidados realizadas ao abrigo de convenções com o Serviço Regional de Saúde e de medicina dentária, estomatologia e odontologia, bem como da atividade clínica privada das especialidades médicas de estomatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia”.

“Serão retomadas as atividades de cuidados de saúde a partir das 00:00 de quarta-feira em Santa Maria, Flores, Corvo, Terceira, Faial, Pico e São Jorge, a partir das 00:00 de 17 de maio na Graciosa e a partir das 00:00 de 22 de maio em São Miguel.”<sup>51</sup>

A transferência dos cuidados de saúde para o domínio dos privados, mesmo que convencionada, responde à carência do sistema público em determinadas áreas clínicas, mas pode ter um impacto no recurso ao privado, por parte do cidadão que, não encontrando resposta atempada na administração pública, acaba por pagar parte desses cuidados, sobretudo, quando se prolongam no tempo, para além do plano convencionado.

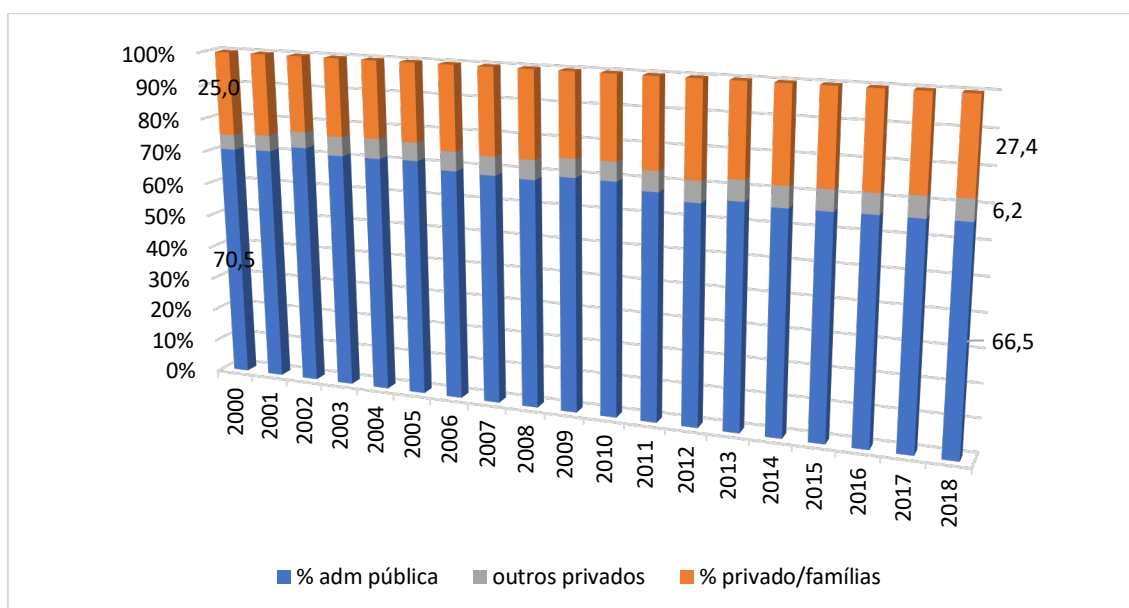
Analisando os dados nacionais, verifica-se um aumento do esforço das famílias no pagamento das despesas com cuidados de saúde, conforme podemos verificar no gráfico (Fig. 46), passando de 25% em 2000 para 27,4% em 2018, acrescido de outras fontes privadas de financiamento (6,2%), nomeadamente seguros, instituições privadas de solidariedade. De acordo com os dados publicados (PORDATA), a administração pública assegurava em 2018, 66,5% das despesas em Saúde, quando em 2000 a % era de 70,5 (Fig.46).

---

<sup>51</sup> [https://www.rtp.pt/noticias/pais/acoes-retomam-gradualmente-nas-nove-ilhas-prestacao-de-cuidados-de-saude\\_n1225832](https://www.rtp.pt/noticias/pais/acoes-retomam-gradualmente-nas-nove-ilhas-prestacao-de-cuidados-de-saude_n1225832)



Figura 46 - Agentes financiadores da despesa corrente em cuidados de saúde (Portugal) - 2000 - 2018 (%)



Fonte: PORDATA<sup>52</sup>

Como refere um responsável pela OMS, “os gastos com saúde não são um custo, são investimentos para a redução da pobreza, (geração de) empregos, produtividade, crescimento econômico inclusivo e sociedades mais saudáveis, seguras e justas.” (Tedros Adhanom Ghebreyesus/OMS<sup>53</sup> . Nesse sentido, importa aprofundar as razões do decréscimo da importância atribuída às despesas com a Saúde, no quadro das orientações políticas orçamentadas nos últimos anos, na Região Autónoma dos Açores.

Contrariando a tendência decrescente, no investimento na saúde, registada nos últimos orçamentos, incluindo o de 2020, o Governo Regional, perante os impactos da Pandemia provocada pela Covid19, na Região Autónoma dos Açores desde Março 2020, fez aprovar, em sede da Assembleia Legislativa (junho 2020) um Orçamento Suplementar<sup>54</sup>, no qual prevê um acréscimo de verba para o Serviço Regional de Saúde.

<sup>52</sup> <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAd+total+e+por+tipo+de+agente+financiador-2959>

<sup>53</sup> <https://nacoesunidas.org/despesas-particulares-com-saude-levam-100-milhoes-de-pessoas-a-pobreza-extrema-por-ano-no-mun>

<sup>54</sup> A 29 de junho 2020, e na sequência dos impactos da Pandemia Covid19, o Governo Regional apresentou ao Parlamento Regional um orçamento suplementar que prevê uma verba de 95,1 milhões de euros para o Serviço Regional de Saúde.

Segundo a nota do GACS<sup>55</sup>:

“80 milhões destinam-se ao reforço do funcionamento do Serviço Regional de Saúde e mais de 14 milhões ao reforço do seu plano de investimentos; (...) e o reforço de um milhão de euros, no âmbito de um programa mais vasto de informatização do Serviço Regional de Saúde, que terá uma dotação total de mais de 3,5 milhões de euros”. Refere ainda o comunicado que “está também previsto um reforço do Vale Saúde de 1,5 milhões de euros, que acresce à dotação inicial de cerca de 500 mil euros, passando para cerca de dois milhões de euros.” (...) “Para o programa CIRURGE, de recuperação de cirurgias, o Presidente do Governo anunciou um reforço de cerca de 1,5 milhões de euros, ascendendo a um total de 2,4 milhões de euros.”

---

<sup>55</sup><http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgra/noticias/Servi%C3%A7o+Regional+de+Sa%C3%BAde+com+refor%C3%A7o+de+95+milh%C3%B5es+de+euros+anuncia+Vasco+Cordeiro.htm>

## 8. Serviços de saúde na Região Autónoma dos Açores (1969-2018)

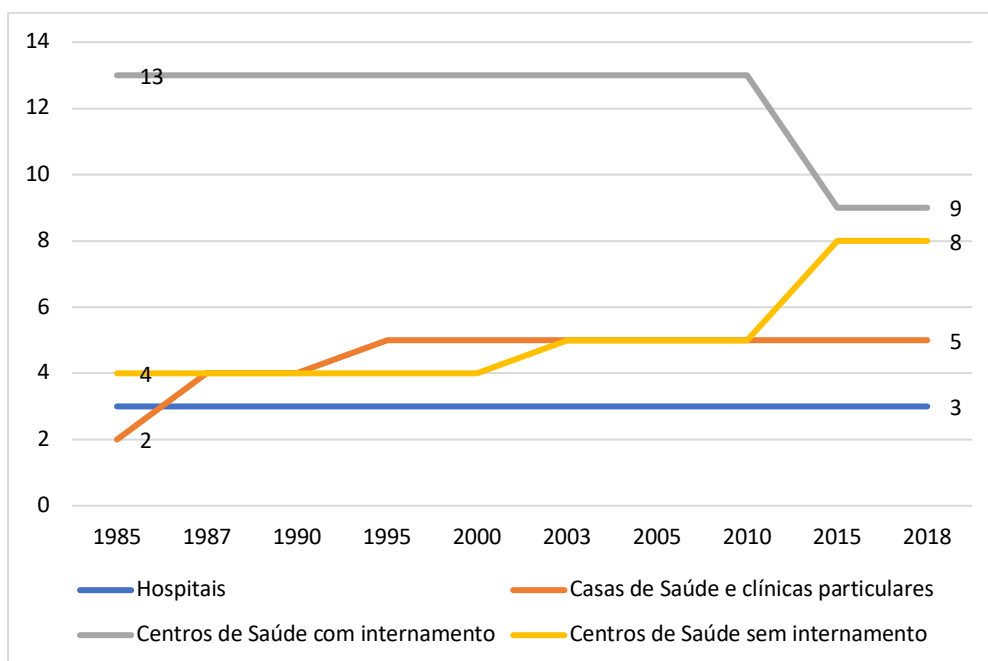
O presente capítulo pretende identificar os recursos em saúde existentes na RAA, considerando por um lado os equipamentos de saúde (com ou sem internamento) e, por outro, os recursos humanos (Médicos, Enfermeiros).

No primeiro ponto, não existindo uniformização de critério na identificação dos estabelecimentos de saúde antes de 1985, optou-se por restringir os dados aos anos de 1985 a 2018, uma vez que, nas décadas anteriores, não há uma identificação clara do que são hospitais, centros de saúde com ou sem internamento.

### 8.1 – A LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RAA

A RAA possui desde sempre uma rede alargada de equipamentos de saúde, sedeados nos vários concelhos dos Açores (Fig. 39).

Figura 47 - Equipamentos de Saúde na RAA (Hospitais, Centros de Saúde com e sem internamento e Casas de Saúde e Clínicas Particulares) - 1985 - 2018



Fonte: SREA – Séries estatísticas

Analisando a distribuição dos equipamentos de saúde pelas diferentes ilhas dos Açores, verificamos uma certa estabilidade na resposta instalada, particularmente ao nível hospitalar.

Na resposta de Centro de Saúde, há a registar algumas alterações nos anos de 2003, 2011, 2015 e 2018, resultantes da legislação que reorganiza o SRS.

Em 2003, um dos centros de saúde da Ilha Terceira encerrou a vertente “internamento”, o que também se verificou em três dos centros de saúde de S. Miguel em 2011. Ainda neste ano, o Corvo passou a contar com um centro de saúde com internamento. Finalmente em 2018, há a registar o encerramento da vertente “internamento” do Centro de Saúde das Lajes do Pico, passando a existir dois centros de saúde com internamento naquela ilha



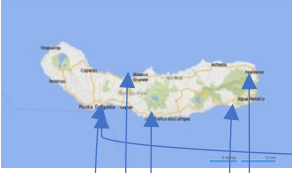






*Tabela 10 - Equipamentos de Saúde na RAA/ilha (Hospitais, Centros de Saúde com e sem internamento e Casas de Saúde e Clínicas privadas) - 1985-2018*










		1985	1987	1995	2003	2005	2011	2015	2018
Hospitais	S. Miguel	1	1	1	1	1	1	1	1
	Terceira	1	1	1	1	1	1	1	1
	Faial	1	1	1	1	1	1	1	1
Casas de Saúde e clínicas particulares	S. Miguel	0	2	3	3	3	3	3	3
	Terceira	2	2	2	2	2	2	2	2
Centros de Saúde com internamento	Sta. Maria	1	1	1	1	1	1	1	1
	S. Miguel	4	4	4	4	4	0	0	0
	Terceira	1	1	1	0	0	0	0	0
	Graciosa	1	1	1	1	1	1	1	1
	São Jorge	2	2	2	2	2	2	2	2
	Pico	3	3	3	3	3	3	3	2
	Faial	1	1	1	1	1	1	1	1
	Flores	1	1	1	1	1	1	1	1
	Corvo	0	0	0	0	0	1	1	1
Centros de Saúde sem internamento	Sta. Maria	0	0	0	0	0	0	0	0
	S. Miguel	2	2	2	2	2	2	5	5
	Terceira	1	1	1	2	2	2	2	2
	Graciosa	0	0	0	0	0	0	0	0
	São Jorge	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pico	0	0	0	0	0	0	0	1
	Faial	1	1	1	1	1	1	1	1
	Flores	0	0	0	0	0	0	0	0
	Corvo	0	0	0	0	0	0	0	0

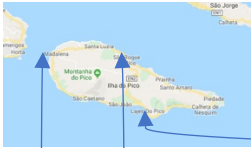










Fonte: SREA/Séries estatísticas

A tabela 11 localiza os Hospitais e Centros de saúde, em cada uma das ilhas (mapa).

Tabela 11 - Localização dos Equipamentos de Saúde da RAA/ilha

<p><b>Ilha de Sta. Maria</b></p> 	<p>1 unidade de saúde com internamento Centro de Saúde</p>	 <p>Unidade de Saúde de Ilha de Santa Maria</p>	
<p><b>Ilha de São Miguel</b></p> 	<p>1 Hospital EPER</p> <p>5 Centros de Saúde sem internamento (1 por concelho, menos Lagoa).</p>	 <p>Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)</p>  <p>Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel (USISM) C. Saúde de Ponta Delgada (CSPD)</p>  <p>Centro de Saúde da Povoação (CSP)</p>  <p>Centro de Saúde Nordeste (CSN)</p>  <p>Centro de Saúde da Ribeira Grande (CSRG)</p>  <p>Centro de Saúde de Vila Franca (CSVFC)</p>	<p><b>USISM</b> <b>Extensões/Unidades de Saúde - CSPD</b> Água de Pau Arrifes Cabouco Candelária Capelas Covoada Fajã de Baixo Fajã de Cima Fenais da Luz Feteiras Ginetes Lagoa Livramento Matriz Mosteiros Relva Remédios Ribeira Chã Sto. António S. Vicente Sete Cidades</p> <p><b>Extensões/ Unidades de Saúde - CSP</b> Água Retorta Faia da Terra Furnas Ribeira Quente</p> <p><b>Extensão/Unidade de Saúde - CSN</b> Achada</p> <p><b>Extensões/Unidades de Saúde - CSRG</b> Fenais da Ajuda Lomba da Maia Maia Pico da Pedra Rabo de Peixe</p> <p><b>Extensão/Unidade de Saúde - CSVFC</b> Ponta Garça</p>

<p>Terceira</p> 	<p>1 Hospital EPER</p> <p>2 centros de saúde sem internamento</p>	 <p>Hospital – Santo Espírito da Ilha Terceira</p>  <p>Unidade de Saúde da Ilha Terceira (USIT) - Centro de saúde de A. Heroísmo</p>  <p>Centro de Saúde da Praia da Vitória</p>	<p><b>USIT</b>  <b>Extensões/Unidades de Saúde – CSAH</b>      Altares, Raminho, Serreta, Doze Ribeiras e Sta. Bárbara;      Cinco Ribeiras, S. Bartolomeu, S. Mateus, Terra Chã e Posto Santo;      S. Sebastião, Porto Judeu, Feteira e Ribeirinha;      S. Bento, Conceição, S. Pedro, Sé e Sta. Luzia.</p> <p><b>Extensões/Unidades de Saúde – CSPV</b>      Biscoitos, Quatro Ribeiras, Agualva e Vila Nova;      S. Brás, Fontinhas e Lajes;      Fonte do Bastardo, Cabo da Praia, Porto Martins e Sta. Cruz.</p>
<p>Graciosa</p> 	<p>1 centro de saúde com internamento</p>	 <p>Centro de saúde da Graciosa</p>	
<p>São Jorge</p> 	<p>2 centros de saúde com internamento</p>	 <p>Centro de Saúde das Velas</p>  <p>Centro de Saúde da Calheta</p>	

<p>Pico</p> 	<p>1 centro de saúde sem internamento</p>	 <p>Centro de saúde das Lajes (sem internamento)</p>	
	<p>2 centros de saúde com internamento</p>	 <p>Centro de Saúde da Madalena</p>  <p>Centro de Saúde de São Roque do Pico</p>	
<p>Faial</p> 	<p>1 Hospital EPER</p>	 <p>Hospital da Horta</p>	<p><b>USIF</b> <b>Extensões/unidades de Saúde</b> Pedro Miguel, Ribeirinha, Salão e Cedros; Feteira, Castelo Branco, Capelo e Praia do Norte; Praia do Almoxarife e Flamengos.</p>
	<p>1 Centro de Saúde sem internamento</p>	 <p>Centro de Saúde da Horta</p>	
<p>Flores</p> 	<p>1 centro de saúde com internamento</p>	 <p>Centro de Saúde de Sta. Cruz (com internamento)</p>	
	<p>1 centro de saúde sem internamento</p>	<p>(sem imagem disponível para o Centro de Saúde das Lajes das Flores)</p>	
<p>Corvo</p> 	<p>1 centro de saúde com internamento</p>	 <p>Unidade/Centro de Saúde da Ilha do Corvo</p>	

Com a criação das Unidades de Saúde de Ilha, algumas passaram a agregar vários Centros de Saúde. Por sua vez, cada Centro de Saúde possui extensões na sua área geográfica de cobertura, assegurando consultas e tratamentos, nas localidades mais afastadas das sedes de concelho.

A extensão de um Centro de Saúde, de acordo com a definição do INE, é uma “unidade periférica dos Centros de Saúde, situada em local da sua área de influência, tendo em vista proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.”

Da análise dos dados anteriores, conclui-se que todas as ilhas possuem uma Unidade de Saúde, com valência de internamento (de Santa Maria ao Corvo), exceção de São Miguel, Terceira e Faial, onde esse serviço é assegurado por Hospital.

## 8.2 – OS RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA RAA

Já foi apresentado anteriormente a evolução do número de Médicos, Enfermeiros e outros profissionais que constituem o capital humano que, desde a sua criação, foi construindo o Sistema Regional de Saúde.

Neste ponto iremos detalhar os números referentes às últimas décadas para melhor compreendermos o quadro atual dos recursos humanos a trabalhar em cada ilha, nos Centros de Saúde e Hospitais, ao nível de Médicos e Enfermeiros.

### 8.2.1. - Número total de profissionais nos estabelecimentos de saúde da RAA

Os dados publicados nas Estatísticas de Saúde não permitem detalhar, desde 1969<sup>56</sup>, a distribuição dos recursos humanos ou dos equipamentos por ilha. Por esse facto,

---

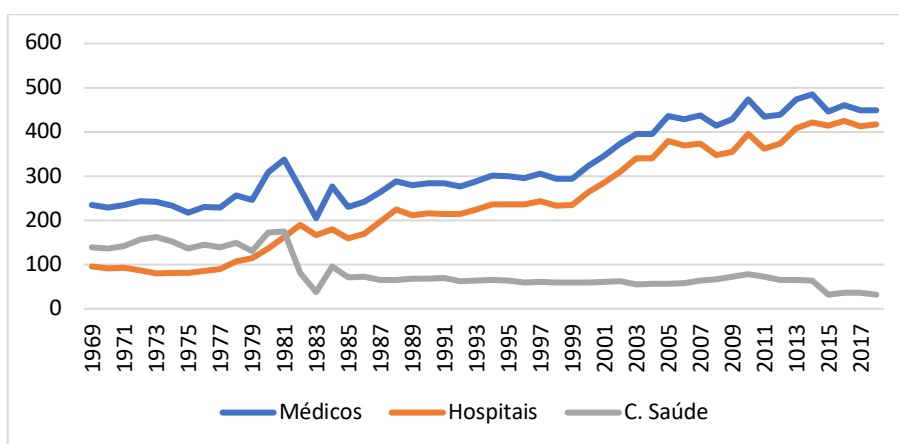
<sup>56</sup> Importa alertar para o facto de as estatísticas de saúde terem alterado o lay out das suas publicações a a partir de 1984 (deixando de publicar os dados segundo a divisão administrativa dos distritos – P. Delgada, Angra do Heroísmo e Horta e passando apenas a registar Açores). A partir de 2004, as publicações regionais, disponibilizadas pelo Serviço Regional de Estatística (SREA) permitem-nos um maior detalhe quanto à distribuição dos recursos por ilha.



optamos por analisar a evolução a nível regional desses recursos, para depois detalhar, com dados dos últimos anos, a realidade por ilha.

Como foi apresentado anteriormente, entre 1969 e 1984, o sistema de saúde regional contava com médicos, parteiras, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Estes últimos foram assumindo progressivamente a prestação de cuidados, em maior número, desaparecendo a figura da parteira e a da auxiliar de enfermagem, substituídas por enfermeiros (gerais ou com especialidade materno-obstétrica).

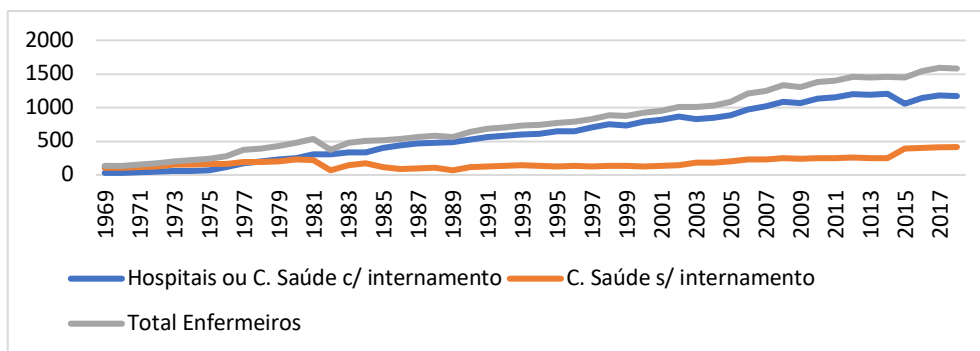
Figura 48 - Número de Médicos em Estabelecimentos de Saúde Públicos (Total, Hospitais e Centros de Saúde com e sem internamento) - RAA - 1969-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Da leitura do gráfico anterior (Fig.48), fica evidente a aposta, ao longo do tempo, no reforço dos recursos humanos em cuidados hospitalares, quer ao nível dos médicos como dos enfermeiros.

Figura 49- Número de Enfermeiros em Estabelecimentos públicos (Total, Hospitais e Centros de Saúde com e sem internamento) - RAA - 1969-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

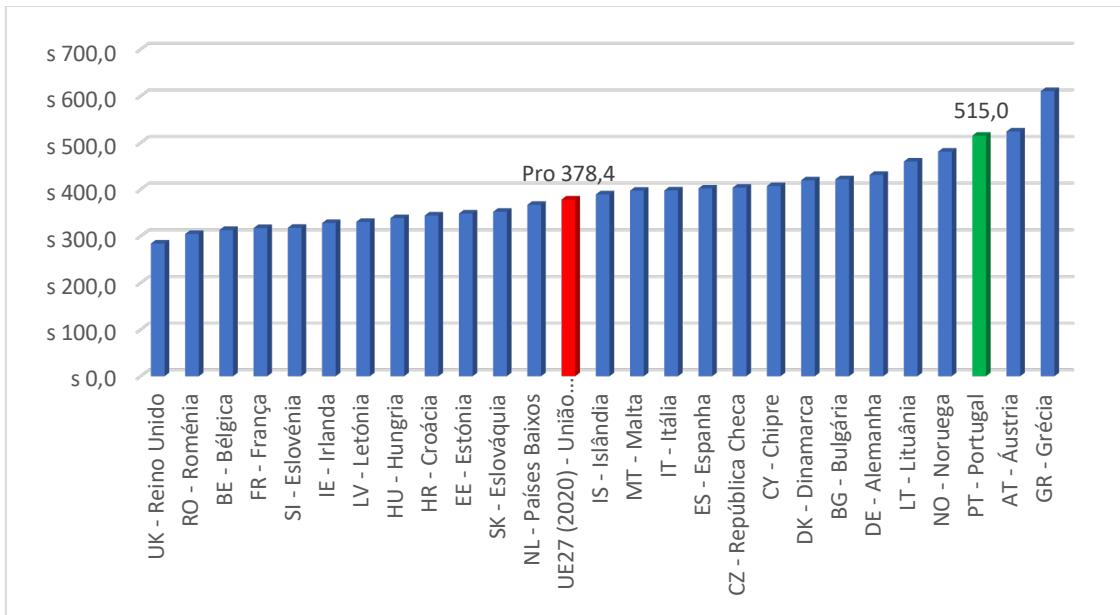
Apesar das orientações internacionais no final dos anos 80 apontarem para a necessidade de reforço dos cuidados primários, os dados revelam a inflexão no número de médicos e um crescimento moderado no número de enfermeiros a trabalhar nesse setor da saúde, ao invés do número de profissionais afetos aos Hospitais. No caso dos enfermeiros (Fig. 49), apesar da predominância do hospital, há a registar uma tendência crescente de entrada de profissionais de Enfermagem nos Centros de Saúde, sobretudo, entre 2014 e 2018.

A aposta de contratação de profissionais para os cuidados hospitalares ou de saúde primários reflete uma opção política, que em parte pode comprometer a descentralização do sistema de saúde, nos Centros de Saúde. Ao mesmo tempo, reflete uma menor valorização das ações preventivas e de educação para a saúde, da responsabilidade destas Unidades, mais próximas das populações e mais vocacionadas para o acompanhamento das famílias.

#### 8.2.1 - Recursos humanos na Saúde em Portugal (Médicos e Enfermeiros) no contexto europeu

Quando se analisa o número de médicos por 100 mil habitantes (Fig. 50), verifica-se que Portugal está bastante acima da média europeia. No entanto, como referem os autores Lopes, Castro & Simões (2018:20) “Portugal encontra-se acima das médias da EU e da OCDE, sendo o quarto país do conjunto de países que compõem a OCDE, com mais médicos por mil habitantes (OCDE, 2015). Contudo, é de salientar que os valores dos outros países abrangem médicos que estão no ativo, enquanto que Portugal reporta médicos que possuem licença para praticar, incluindo registos duplicados, médicos que já faleceram, que emigraram, que mudaram de profissão e que se reformaram (OCDE, 2015). A OCDE estima que o número real esteja sobrestimado em 30% (OCDE, 2015), havendo nesta situação 3 médicos por mil habitantes (abaixo da média dos 35 países da OCDE), no entanto não é apresentada nenhuma documentação ou base teórica que sustente esse valor”.

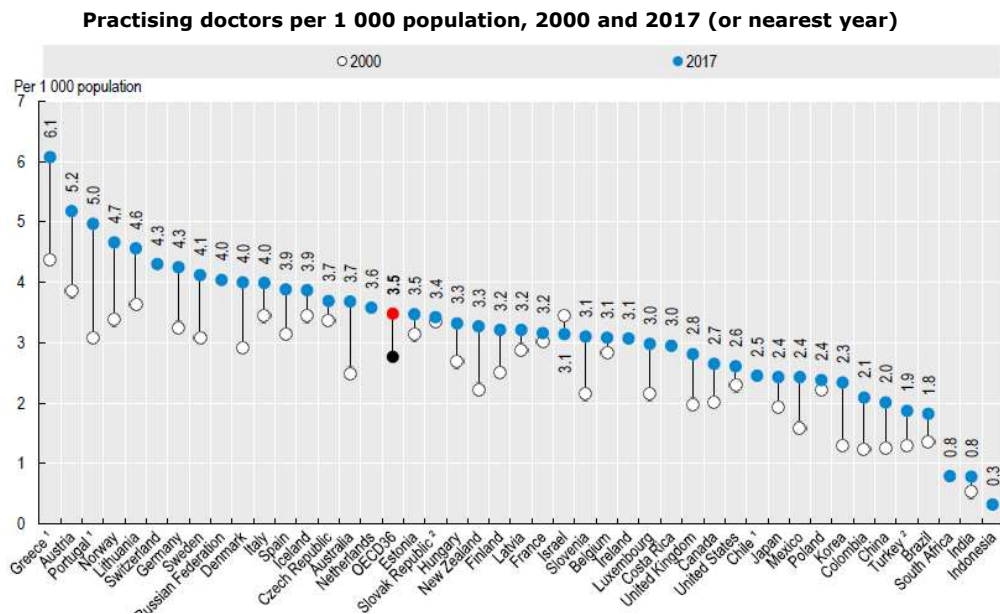
Figura 50 - Rácio médico por 100 mil habitantes - Europa - 2018



Fonte: PORDATA

Uma leitura deste indicador ao nível dos países da OCDE (Fig. 51), confirma a posição de Portugal, mais favorável do que a média.

Figura 51 - Médicos por 1000 habitantes - países da OCDE - 2000 e 2017



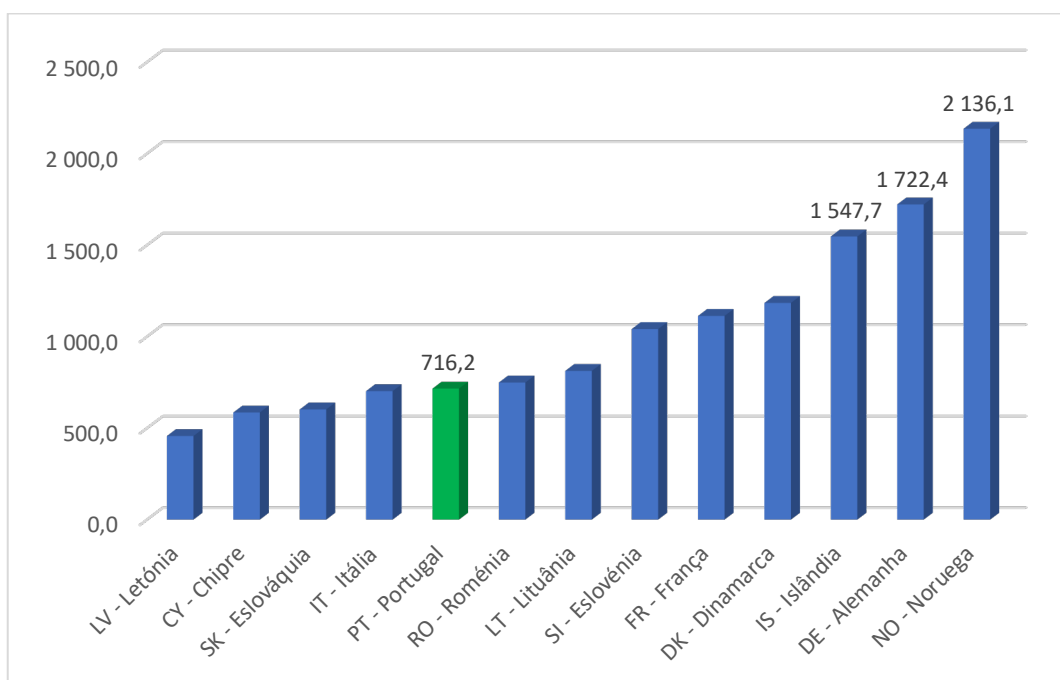
Fonte: Health in a Glance, 2019<sup>57</sup>

<sup>57</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>

Os autores desta obra prospetivam as necessidades em médicos e enfermeiros para o ano 2040 e registam que, ao contrário dos médicos, “o número médio de enfermeiros por mil habitantes nos países da UE está acima do encontrado em Portugal” (Lopes, Castro & Simões, 2018:21).

De acordo com os dados disponíveis, em 2018, Portugal surge entre os países europeus com menor número de enfermeiros por 100 mil habitantes (716,2), quando comparado com a Noruega (2136,1), a Alemanha (1722,4) ou a Islândia (1547,7) (Fig.52).

Figura 52 - Número de Enfermeiros por 100 mil habitantes - Países europeus - 2018



Fonte: PORDATA<sup>58</sup>

De acordo com um documento de trabalho da “COMISSÃO Sobre um plano de ação para a força de trabalho da UE na saúde” (2012)<sup>59</sup>, o futuro da Europa, particularmente se tivermos em conta o envelhecimento previsto, exige um número acrescido de

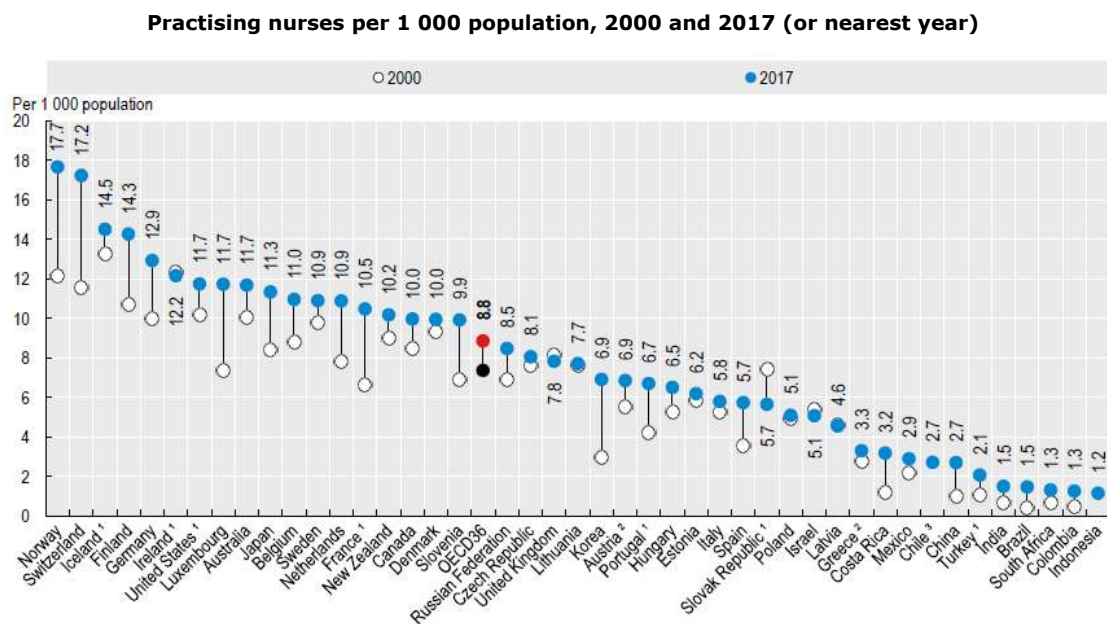
<sup>58</sup><https://www.pordata.pt/Europa/Pessoal+de+sa%C3%BAd+enfermeiros+e+pessoal+auxiliar+de+cuidados+de+sa%C3%BAd+por+100+mil+habitantes-1699>

<sup>59</sup>[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff\\_working\\_doc\\_health\\_care\\_workforce\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_health_care_workforce_en.pdf)

profissionais de saúde. De acordo com a previsão da comissão, “muitos Estados-Membros enfrentam o desafio da escassez causada por uma distribuição desigual de profissionais de saúde no seu país, o que levanta sérias preocupações sobre a disponibilidade de cuidados de saúde em algumas regiões”.

Os dados da OCDE permitem concluir o mesmo, ou seja, um menor número de enfermeiros por 1000 habitantes, em Portugal, quando comparado com a média OCDE. (Fig.53)

Figura 53 - Enfermeiros por 1000 habitantes - OCDE - 2000 e 2017



Fonte: *Health in a Glance, 2019*<sup>60</sup>

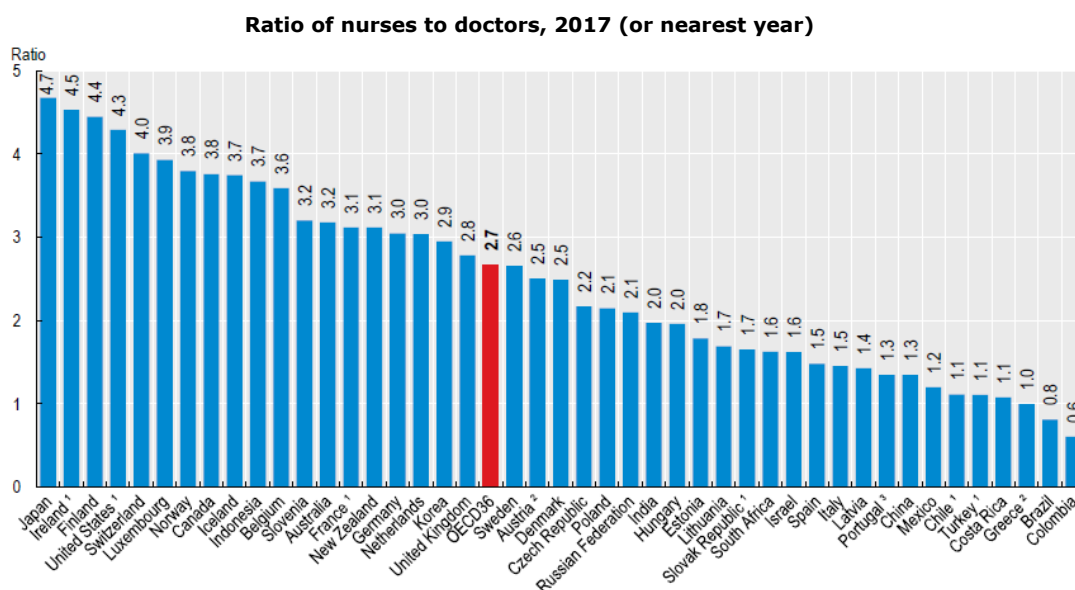
Um outro dado, relevante para a avaliação dos recursos humanos na saúde, é a proporção de enfermeiros por médico. Também a este nível Portugal encontra-se “abaixo das médias dos países da UE e da OCDE, 2,5 e 2,8, respetivamente. Citando um texto de Simões e al. (2017), Lopes, Castro & Simões (2018:21,22) referem que “o rácio de enfermeiros por médico em Portugal sugere uma redefinição das tarefas a cargo dos profissionais de saúde. Não obstante, atualmente, ainda não existe nenhuma política definida para abordar este aspeto, embora a evidência internacional aponte para uma

<sup>60</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>

expansão do papel dos enfermeiros (Buchan e Seccombe, 2012; Delamaire e Lafortune, 2010; Dussault, 2014).”

Os dados publicados no relatório *Health in a Glance, 2019*<sup>61</sup> confirmam o número extremamente baixo de enfermeiros por médico registado em Portugal, no ano de 2017 (Portugal = 1,3; Média OCDE = 2,7) (Fig. 54).

Figura 54 - Rácio Enfermeiros por Médico - OCDE - 2017



Fonte: *Health in a Glance, 2019*<sup>62</sup>

### 8.2.2 - Rácio Enfermeiros/médicos na Região Autónoma dos Açores – e por ilha

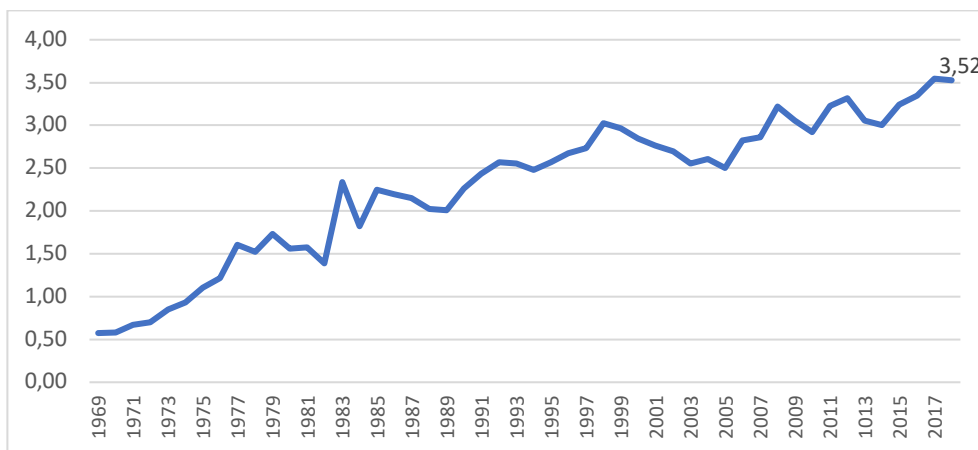
Considerando a relevância do indicador que avalia a proporção dos enfermeiros por médicos, enquanto orientação de uma política de saúde de maior ou menor proximidade às populações, olhemos esta relação nos profissionais em exercício na RAA, tendo por base os dados publicados nas Estatísticas da Saúde (SREA). De acordo com estes dados, o rácio Enfermeiros/médicos na RAA em 2018 (3,52) era superior à média europeia (2,7) (Fig. 55).

<sup>61</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>

<sup>62</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>

No entanto, nunca podemos esquecer o facto de estarmos perante uma região arquipelágica, com uma dispersão da população residente em nove ilhas, distantes e de dimensões geográficas e demográficas muito diferentes.

Figura 55 - Rácio Enfermeiros por Médico na RAA - 1969 - 2018



Fonte: Estatísticas da Saúde – 1969-2018

Os dados publicados ao nível de ilha (Séries estatísticas) não são coincidentes, com o total global referido no gráfico anterior. O importante a ter em consideração, mesmo que total não seja coincidente é que na RAA existe uma diversidade de situações (Tabela 12).

Tabela 12 - Número total de Enfermeiros e de Médicos, Rácio Enfermeiros/médicos por ilha - 2017

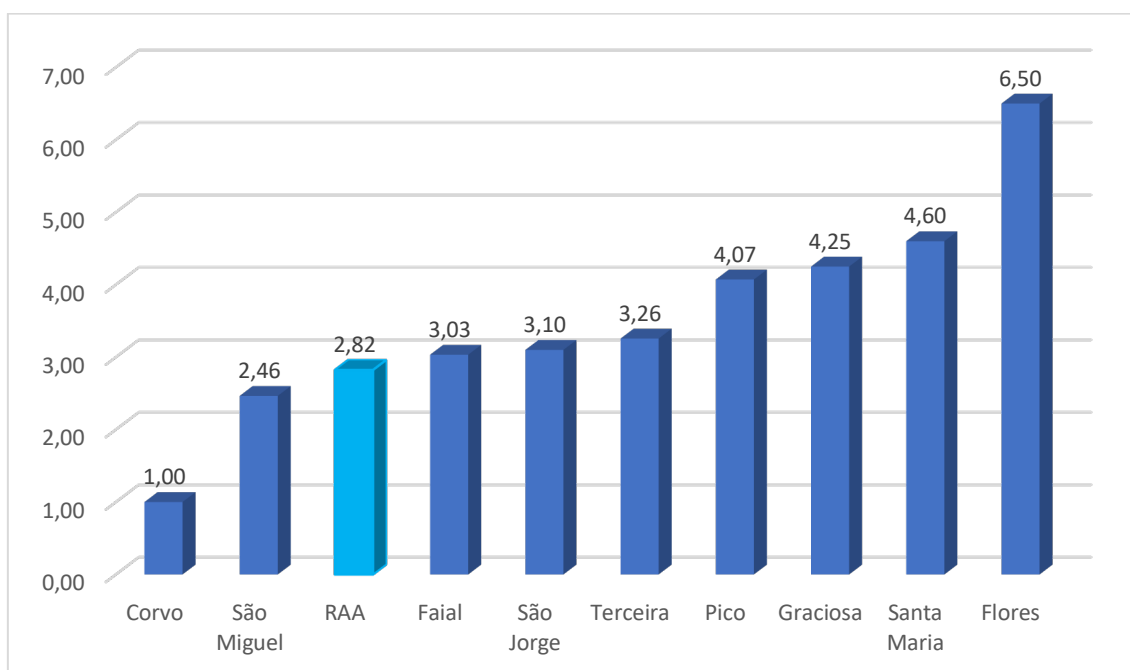
	Enfermeiros	Médicos	Rácio enfermeiros/médicos
<b>Santa Maria</b>	23	5	4,60
<b>São Miguel</b>	843	342	2,46
<b>Terceira</b>	521	160	3,26
<b>Graciosa</b>	17	4	4,25
<b>São Jorge</b>	31	10	3,10
<b>Pico</b>	57	14	4,07
<b>Faial</b>	182	60	3,03
<b>Flores</b>	13	2	6,50
<b>Corvo</b>	1	1	1,00
<b>RAA</b>	1688	598	2,82

Fonte: Séries estatísticas 2007-2017<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Q.03.01 - Número de camas, médicos e pessoal de enfermagem dos hospitais, centros de saúde e casas de saúde e clínicas particulares dos Açores, por Ilha e ano

De acordo com os dados publicados na Série estatística 2007- 2017 (capítulo Saúde), o rácio enfermeiros/médicos para a RAA seria, em 2017, de 2,82, um valor inferior ao que resultou do cálculo anterior, que teve por base o total de profissionais de saúde publicado nas Estatísticas de Saúde (3,52), uma diferença que poderá decorrer do universo de profissionais tido em conta.

Figura 56 - Rácio Enfermeiros/médico por ilha - 2017



Fonte: Séries estatísticas (2007-2017) RAA - SREA

Da análise do gráfico anterior (Fig. 56) constata-se o facto de o rácio enfermeiros/médicos ser particularmente baixo na ilha de São Miguel (2,46), quando comparado com a média regional (2,82). Ao invés, a ilha das Flores regista um número bastante significativo de enfermeiros por médico, equivalente ao dobro da média regional.

Quando comparado com a média europeia (2,7) os Açores (2,82) estariam, à primeira vista, bem posicionados. No entanto, os dados referentes a São Miguel, onde se concentrava 56,47% da população residente na região em 2018, revelam um défice de enfermeiros nesta ilha (2,46).

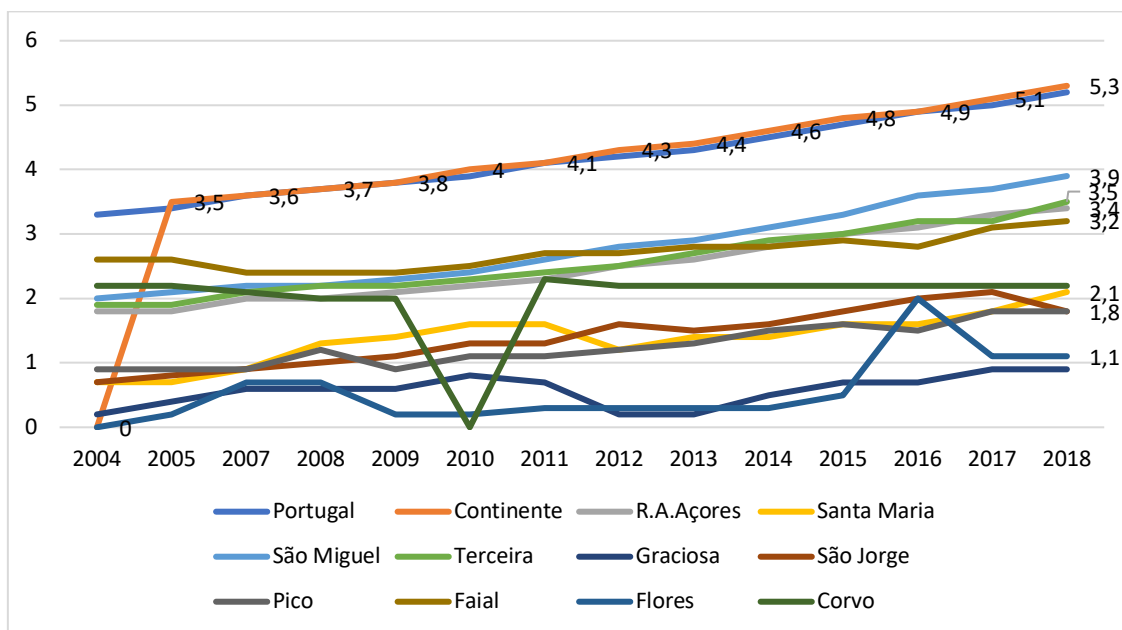


Consideremos então a distribuição dos médicos e enfermeiros por ilha, tendo por base os rácios médicos/1000 habitantes e enfermeiros/1000 habitantes.

### Rácio médicos/1000 habitantes (2004-2018)

O gráfico seguinte (Fig. 57) revela como a Região possui rácios de médicos /1000 habitantes bastante inferiores aos verificados no continente ou a nível do País. Acima do rácio regional (3,4) estavam apenas as ilhas de São Miguel (3,9) e Terceira (3,5). O Faial registava 3,4 e todas as outras ilhas situavam-se abaixo da média regional. Relembramos a relevância do número de habitantes, na leitura dos dados, particularmente no caso do Corvo.

Figura 57 - Rácio médicos por 1000 habitantes (Portugal, continente, RAA e ilhas) - 2004-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

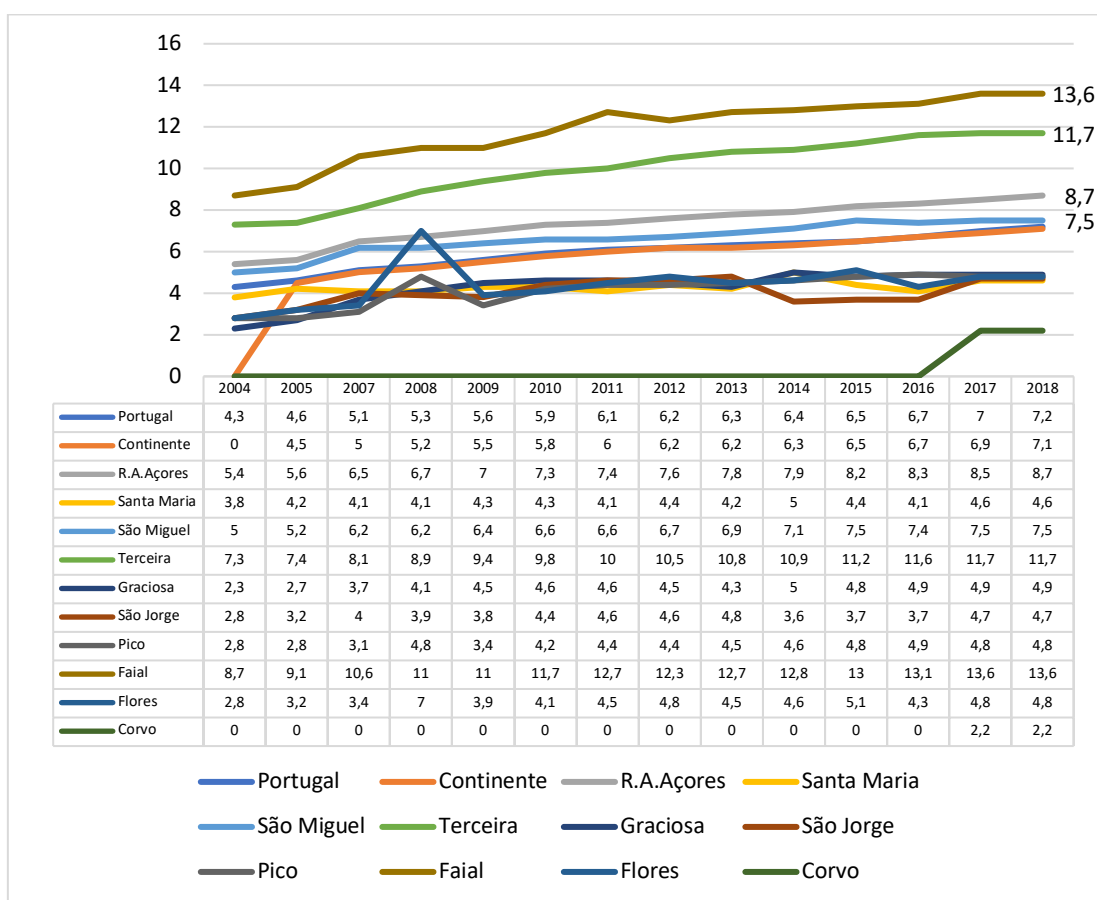
### Rácio Enfermeiros por 1000 habitantes (2004-2018)

Em termos do rácio Enfermeiros por 1000 habitantes (Fig.58), verificamos uma situação diferente, com destaque para as ilhas do Faial e Terceira (13,6 e 11,7), quando comparadas com a média regional (8,7).

São Miguel, apesar de ser a ilha maior e com o Hospital mais diferenciado em termos de áreas de serviço, situava-se abaixo da média regional.

Não é de estranhar a diferença em relação aos valores nacionais (7,1), dada a dispersão geográfica que obriga à existência de enfermeiros em todos os centros de saúde de todas as ilhas. No entanto, como vimos anteriormente esse facto não parece aplicar-se à distribuição dos médicos, pelas diferentes ilhas.

Figura 58 - Rácio Enfermeiros por 1000 habitantes (Portugal, continente, RAA e Ilhas) - 2004-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

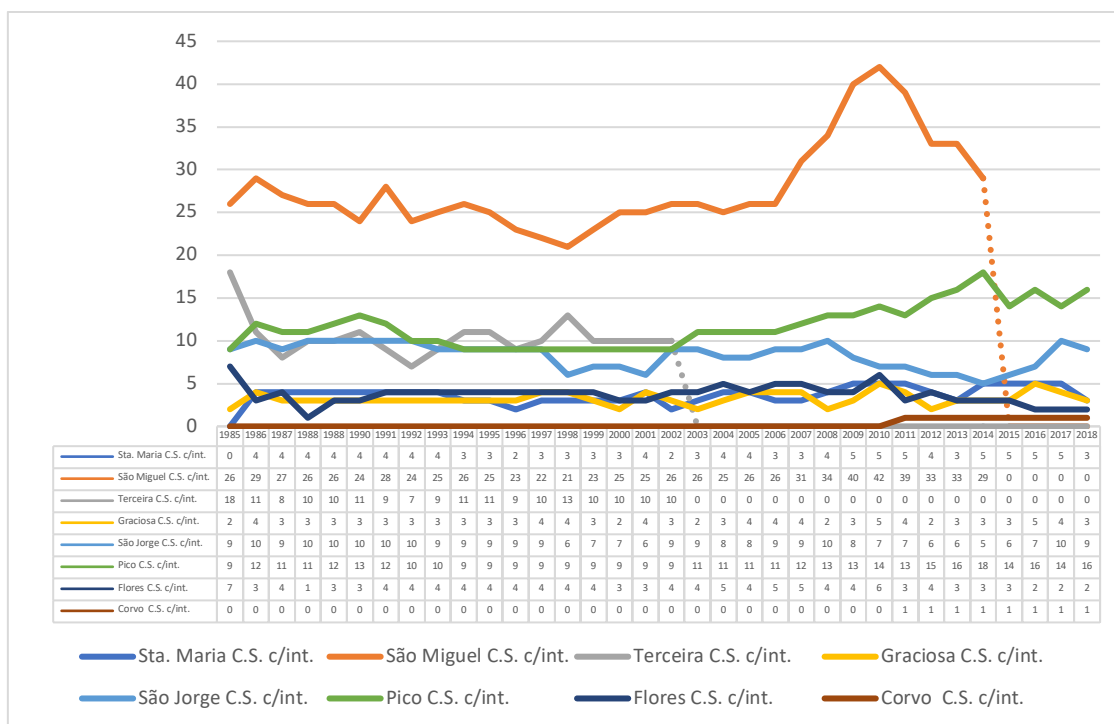
Para melhor compreensão da distribuição dos recursos humanos em Saúde, iremos detalhar a presença dos diferentes grupos profissionais (médicos, enfermeiros e outros técnicos) nos Centros de Saúde (por ilha e por concelho) e nos Hospitais da RAA.

## 8.2.3 – Centros de Saúde

### 8.2.3.1 - Médicos nos Centros de Saúde da RAA

O gráfico seguinte (Fig. 59) projeta o número de médicos a trabalhar em Centros de Saúde com internamento. Como foi anteriormente referido, nas ilhas com Hospital esta infraestrutura foi desativada da função internamento. No entanto, como é possível verificar, este facto não beneficiou as restantes ilhas. Verifica-se inclusive uma redução nos últimos anos, do número de médicos presentes em ilhas como Flores, Graciosa e Santa Maria.

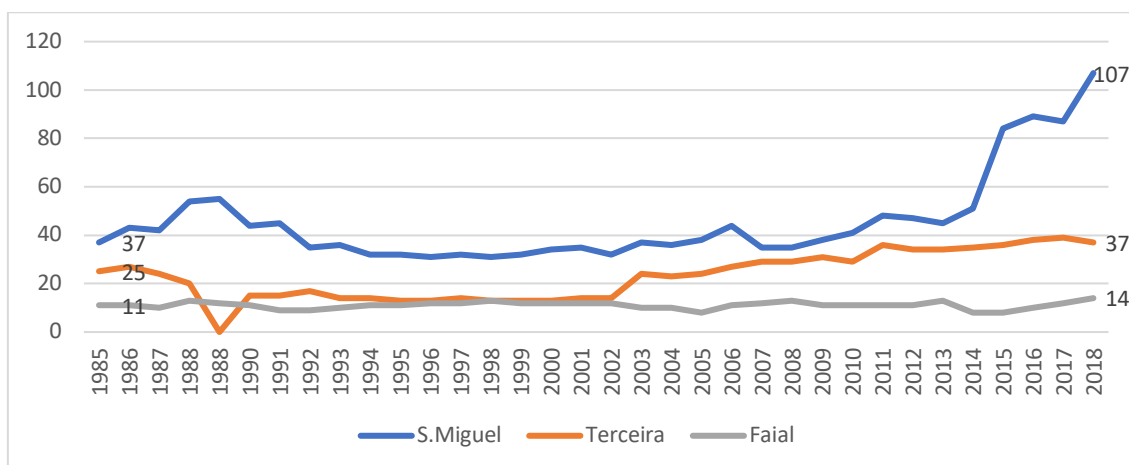
Figura 59 - Número de médicos a trabalhar nos Centros de Saúde com internamento por Ilha - 1985-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Ao nível dos centros de saúde sem internamento existentes em ilhas com Hospital (Fig.60), a evolução do número de médicos tem registado uma tendência crescente, particularmente nos Centros de saúde da ilha de São Miguel, desde 2015.

Figura 60 - Número de médicos a trabalhar em Centros de Saúde sem internamento (Ilhas com Hospital) - São Miguel, Terceira e Faial - 1985-2018



Fonte: Estatísticas de Saúde/SREA

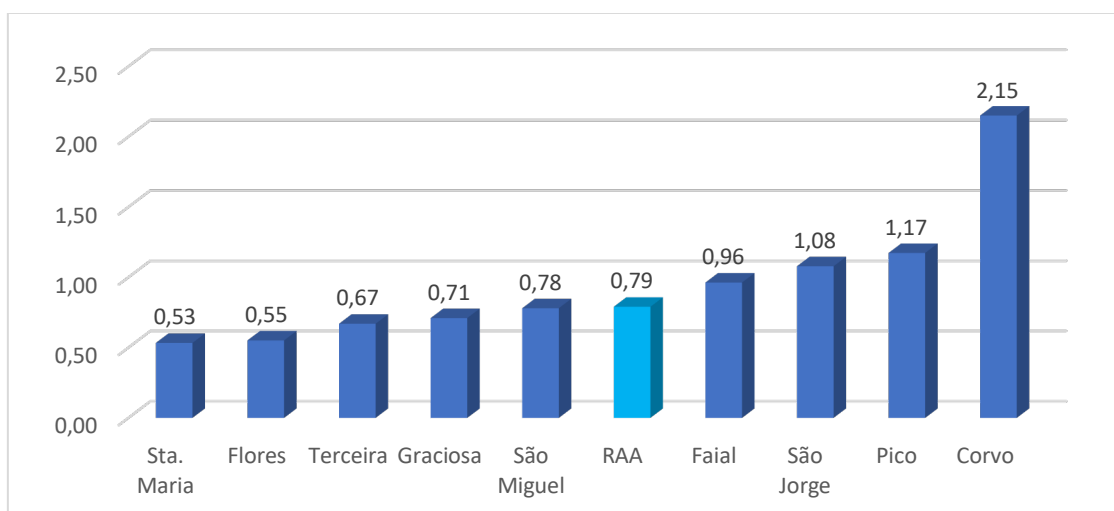
Considerando o rácio médico/1000 habitantes, e tendo por referência a totalidade dos profissionais nos centros de saúde, com e sem internamento, verificamos (Tabela 13) que, de um modo geral, o rácio médicos nos centros de saúde/1000 habitantes está abaixo de um médico por cada mil habitantes, exceção de São Jorge, Pico e Corvo.

Tabela 13 - População residente, médicos nos Centros de Saúde (com e sem internamento) e rácio médicos/1000 habitantes - 2018

	População	Médicos CS	Rácio Médicos/1000 hab.
Sta. Maria	5623	3	0,53
São Miguel	137150	107	0,78
Terceira	55234	37	0,67
Graciosa	4225	3	0,71
São Jorge	8342	9	1,08
Pico	13637	16	1,17
Faial	14542	14	0,96
Flores	3628	2	0,55
Corvo	465	1	2,15
RAA	242846	192	0,79

Fonte: Estatísticas de Saúde/SREA

Figura 61 - Rácio total de Médicos em Centros de Saúde/1000 habitantes (2018)



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O interesse neste dado reside no facto de estar associado ao rácio definido para a constituição das listas de utentes por médico de família.

#### 8.2.3.2 - O médico de família nos Centros de Saúde

De acordo com uma recomendação do Ministério da Saúde (Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários)<sup>64</sup> a existência de uma lista de utentes organizada, preferencialmente por famílias, ocorre desde a criação da especialidade de medicina geral e familiar e como refere o texto da recomendação, a importância desta gestão,

*“pretende obter destes especialistas e correspondentes unidades de saúde – **acesso** fácil aos cidadãos, sejam sãos ou doentes, **continuidade** ao longo dos percursos de vida, cuidados **personalizados** em função das **necessidades em saúde** de cada pessoa, de preferência pelo **mesmo MF (médico de família)** a toda a família, considerando a inter-relação e interdependência que cada um dos seus elementos tem na saúde e no bem estar dos restantes, assim como a gestão e a garantia da **articulação e integração** de cuidados com os restantes prestadores*

<sup>64</sup> [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/08/cncsp\\_recomendacao\\_2017\\_02.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/08/cncsp_recomendacao_2017_02.pdf)

*(cuidados hospitalares, cuidados continuados, a comunidade, os privados e o sector social).”*

O documento refere ainda que para além da dimensão dessa lista, devem ser consideradas as *unidades ponderadas* (UP) que se obtêm pela aplicação dos seguintes fatores (Nº 4 do artº 9 do Decreto Lei nº73/2017 de 21 de junho).

*4 - As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores:*

*a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5;*

*b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2;*

*c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo fator 2,5.*

De acordo com o mesmo diploma (art.º 9º, nº 3), *“a lista de utentes inscritos por cada médico e enfermeiro de família tem uma **dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas**”.*

No entanto, como refere o texto da recomendação<sup>65</sup>,

*“a alteração ao Acordo Coletivo de Trabalho nº 2/2009, efetuado através do Aviso nº 17239/2012, publicado em 27 de dezembro de 2012, estabelece na sua Cláusula 11ª - uma lista de utentes inscritos com uma dimensão de **no máximo 1.900 utentes**, correspondentes a 2.358 unidades ponderadas. Embora este valor se aplique apenas às listas dos MF sindicalizados com contrato de 40 horas e enquanto **limite máximo**, as administrações, na maioria dos casos, têm feito dele a regra atribuindo listas de 1900 utentes sem qualquer respeito pelo valor ponderado.”*

A Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários<sup>66</sup> recomenda que “a dimensão excessiva das listas de utentes - deve ser corrigida (...) propondo que o valor máximo a atribuir aos novos MF seja de 2100 UP, valor intermédio e arredondado entre o mínimo e o máximo de UP fixados na legislação em vigor.”

---

<sup>65</sup> [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/08/cncsp\\_recomendacao\\_2017\\_02.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/08/cncsp_recomendacao_2017_02.pdf)

<sup>66</sup> [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/08/cncsp\\_recomendacao\\_2017\\_02.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/08/cncsp_recomendacao_2017_02.pdf)

Conforme se pode ler, na recomendação do grupo de coordenação do Ministério da Saúde, “uma lista excessiva tem repercussões negativas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados e também na satisfação dos utentes e profissionais e na saúde destes últimos.”

O enquadramento desta medida na RAA está definido no Despacho nº1822/2015 de 17 de agosto,

*“1. Todas as Unidades de Saúde de Ilha da Região devem agrupar os utentes da sua área de influência em núcleos de 1500 utentes, o que corresponde a um número aproximado de 300 a 400 famílias, devendo a lista ser organizada por agregados familiares e com base na geodemografia.*

*2. A cada núcleo de 1500 utentes será atribuído um médico especialista em medicina geral e familiar, um enfermeiro de família e um assistente técnico, o que constitui o Núcleo de Saúde Familiar.”*

Logo, o valor na Região de cada lista de utentes é mais baixo do que o previsto a nível nacional, mas o despacho nº 1822/2015 de 17 de agosto não faz qualquer referência aos fatores de ponderação considerados na legislação nacional.

Se tivermos em conta a totalidade dos médicos a trabalhar nos centros de saúde, e considerarmos a população residente em cada ilha, o rácio de 1500 habitantes por médico estaria coberto.

*Tabela 14 - População residente (31.12.18), número de médicos nos Centros de Saúde e rácio médicos/1500 utentes - 2018*

	População	Médicos a exercer nos C. de Saúde	Rácio pop. residente/1500 (número lista de utentes). Número de médicos necessário
Sta. Maria	5623	3	3,8
São Miguel	137150	107	91,4
Terceira	55234	37	36,8
Graciosa	4225	3	2,8
São Jorge	8342	9	5,5
Pico	13637	16	9,0
Faial	14542	14	9,6
Flores	3628	2	2,4
Corvo	465	1	0,93
RAA	242846	192	161,8

No entanto, temos de analisar as especialidades médicas destes profissionais para avaliar se existe, ou não um número suficiente de médicos de família

Recorde-se a este propósito que a especialidade atualmente considerada para o exercício da medicina em Cuidados de Saúde Primários é a Medicina Geral e Familiar. No entanto, esta área de especialização é relativamente recente e tem acompanhado a própria evolução dos serviços de saúde de proximidade, que constituem os Centros de Saúde.

Para além disso, é uma área de especialização onde, ainda agora, há carência de profissionais, um pouco por todo o país e em particular na região, como revela o comunicado do Governo Regional<sup>67</sup> datado de 23 de julho de 2020.

*A Secretária Regional da Saúde anunciou hoje (23 julho 2020), em Ponta Delgada, que, “a partir de setembro, todos os utentes da Ilha de São Miguel vão ter médico de família”, sendo que o Governo dos Açores está a fazer “todos os esforços para garantir que, num curto espaço de tempo, cada cidadão açoriano tem acesso a um médico de família”.*

#### 8.2.3.3 - Do Clínico geral ao Clínico de Medicina Geral e Familiar

Para melhor compreendermos a realidade atual dos médicos de família na Região, importa lembrar a evolução histórica desta área da medicina e a correspondente alteração da prestação de serviços de saúde na comunidade.

Tabela 15 - Medicina Geral e familiar - Legislação

Ano de referência	Diploma regulamentador	Equipamento de saúde	Especialidade médica
1963	Lei nº2120 de 19 de julho	Assistência caritativa; Serviços médicos sociais das Caixas de Previdência e Medicina privada e liberal.	
1971	Decreto-Lei nº413/1971 de 27 setembro (Legislação Gonçalves Ferreira)	Criação dos Centros de saúde de 1ª geração  em paralelo com as Caixas de Previdência	

67

<http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/novidades/Todos+os+utentes+de+S%C3%A3o+Miguel+com+m%C3%A9dico+de+fam%C3%ADlia+a+partir+de+setembro+anuncia+Secret%C3%A1ria+Regiona.htm?lang=pt&area=ct>



1980	Portaria nº444-A/80, de 28 julho		Regulamentação da carreira de Generalista para o exercício de Clínica Geral
1981	Decreto Regulamentar nº16/1982 de 26 de março		Criação do internato de Especialidade de Generalista
1982	Decreto-lei nº310/82, de 3 de agosto		Regulamentação das carreiras médicas e definição do perfil profissional do Médico de Clínica Geral.
1982			Criação do Internato complementar de Clínica geral e o Colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos
1983	Despacho Normativo nº97/1983 de 22 de abril	Criação dos Centros de Saúde integrados (de 2ª geração) que resultam da fusão das Caixas de Previdência com os Centros de Saúde de 1ª geração	
1990	Decreto-lei nº73/90 de 6 de março		Criação da especialidade de Medicina Geral e Familiar
1999	Decreto-Lei nº157/1999 de 10 de maio	Criação dos Centros de Saúde de 3ª geração, que serviria de base à construção das Unidades de Saúde familiar. São considerados como pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio	
2005	Decreto-lei nº157/05	Reconfiguração dos Centros de Saúde e criação das Unidades de Saúde Familiar (USF)	
2006	Despacho normativo nº9/06 de 16 de fevereiro	Regulamentação das USF	
2009	Portaria nº300 de 2009, de 24 março		Aprova o programa de formação do internato médico de Especialização em Medicina Geral e Familiar

Fonte: baseado no artigo de Duarte, V. (2017)<sup>68</sup>

Com esta resenha histórica, podemos melhor entender a presença dos médicos em serviços de proximidade como são os centros de saúde, vocacionados, sobretudo para uma intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários, como foi advogado no início dos anos 80, com a declaração de Alma-Ata. No entanto, no caso da RAA, os centros de

<sup>68</sup> <https://www.newsfarma.pt/artigos/5921-a-evolu%C3%A7%C3%A3o-da-medicina-geral-e-familiar.html>

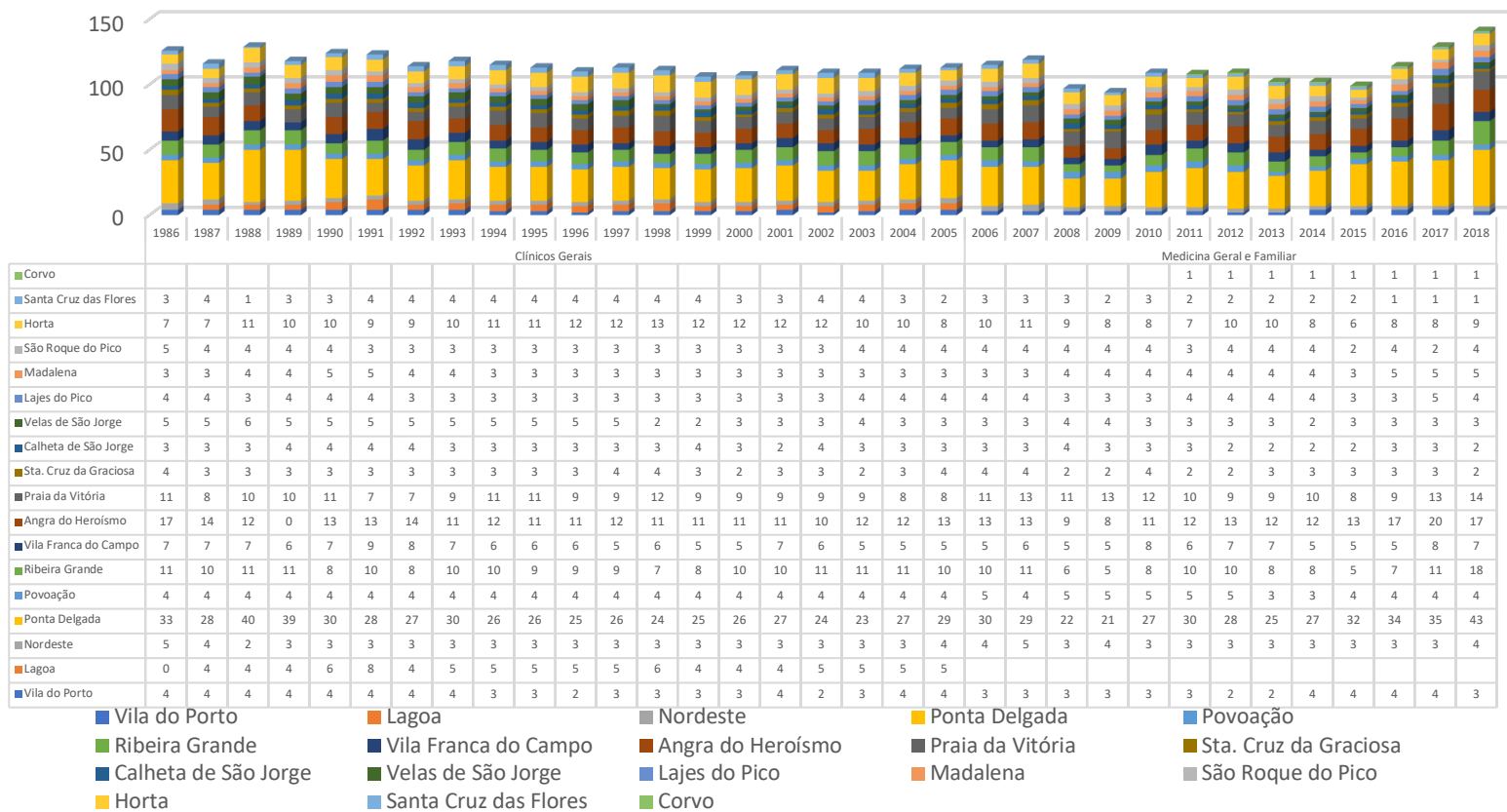
saúde em ilhas onde não existem estruturas hospitalares, assumem também a resposta ao nível de cuidados diferenciados.

#### *8.2.3.4 - Distribuição dos médicos de clínica geral ou Medicina Geral e Familiar por ilha*

Os dados que a seguir apresentamos (Fig.62) reúnem o número total de médicos a exercer nos Centros de Saúde como clínicos gerais (até 2006) ou especialistas em Medicina Geral e Familiar (desde 2006).

Conforme é possível constatar nos últimos anos (2016-2018) houve um incremento do número destes especialistas em alguns dos Centros de Saúde, nomeadamente nos CS da Ribeira Grande, Ponta Delgada, Praia da Vitória e A. do Heroísmo.

Figura 62 - Número de médicos de Clínica Geral e de Medicina Geral e Familiar a trabalhar nos Centros de Saúde da RAA - 1986-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde /SREA

Considerando apenas os dados de 2018 e fazendo de novo o exercício de divisão pelo número máximo de utentes que cada médico de família deve atender (1500), verificamos que existiria um défice de médicos de família, particularmente nas ilhas de São Miguel, Terceira e Flores (Tabela 16). A ilha do Pico regista um número superior ao “necessário”. Em termos regionais, seriam precisos 20 médicos de Medicina Geral e Familiar para garantir uma cobertura de 1500 utentes por médico. Obviamente, este exercício não tem em conta os residentes não inscritos nos Centros de Saúde que, habitualmente, recorrem à medicina privada.

*Tabela 16 - População residente, Médicos de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde e distribuição da população residente (1500) por médico de família - 2018*

	População residente a 31.12.18	Médicos de Medicina Geral e Familiar a exercer nos C. de Saúde (2018)	Número de médicos necessário para uma lista de utentes de 1500/médico.*
Sta. Maria	5623	3	3,8
São Miguel	137150	76	91,4
Terceira	55234	31	36,8
Graciosa	4225	2	2,8
São Jorge	8342	5	5,5
Pico	13637	13	9,0
Faial	14542	9	9,6
Flores	3628	1	2,4
Corvo	465	1	0,93
RAA	242846	141	161,8

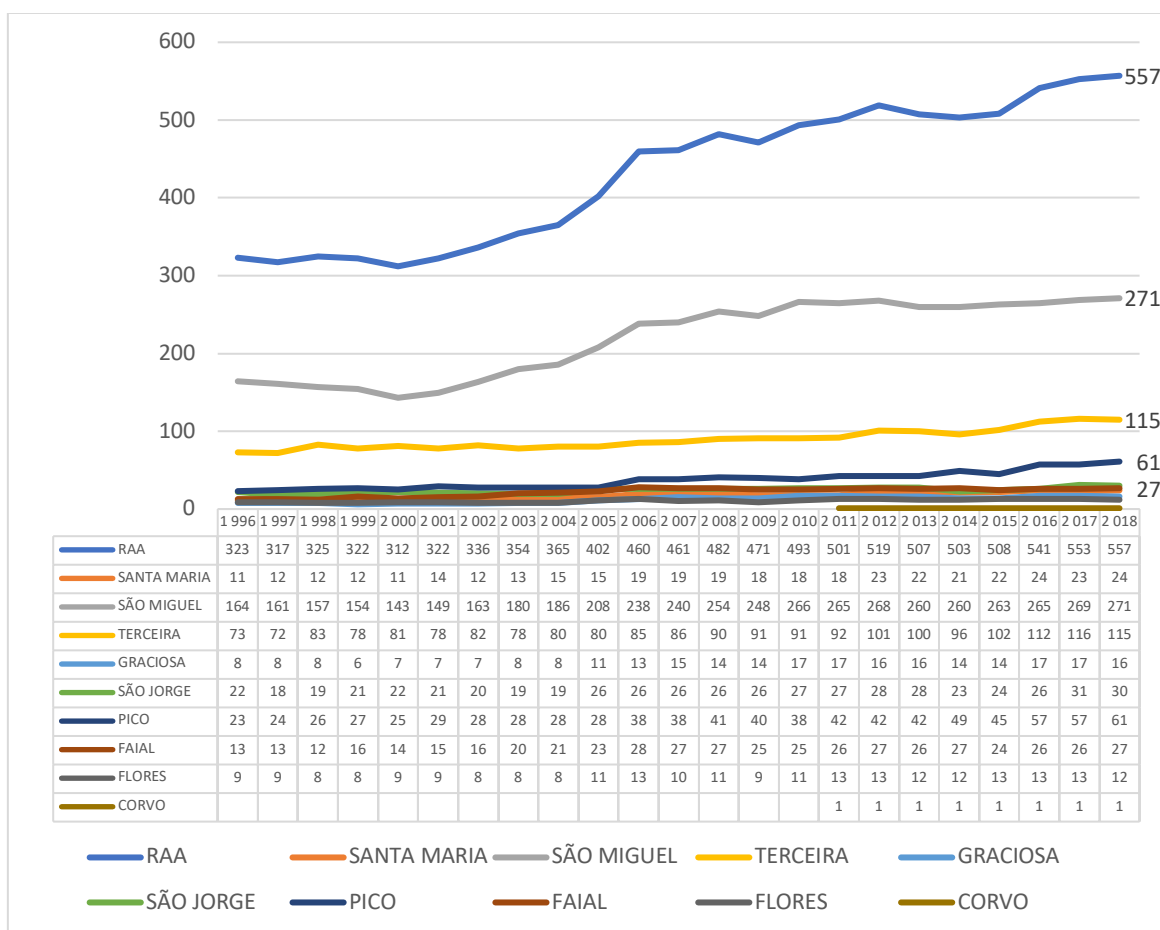
\*Nota: os cálculos apresentados são da responsabilidade do autor deste relatório

#### *8.2.3.5 - Enfermeiros nos Centros de Saúde da RAA*

Os dados a seguir (Fig.63) refletem a distribuição dos enfermeiros por Centro de Saúde, nas diferentes ilhas e concelhos.

Uma primeira abordagem revela que, em 2018, São Miguel reunia 48,7% dos profissionais de Enfermagem a trabalhar em Centros de Saúde.

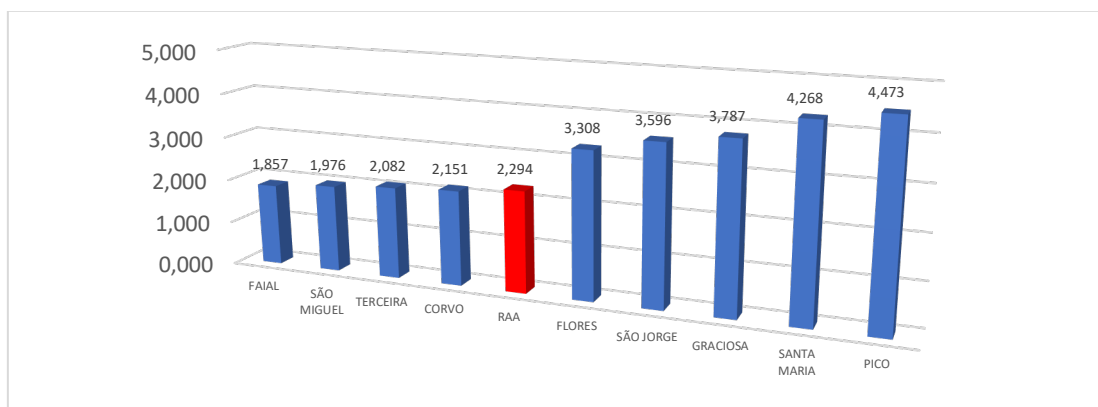
Figura 63 - Número de Enfermeiros nos Centros de Saúde da RAA/Ilha - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

No entanto, se considerarmos a população residente em cada ilha, verificamos que a distribuição destes profissionais está mais favorecida em algumas das ilhas como é o caso do Pico e de Santa Maria, duas das seis ilhas sem hospital.

Figura 64 - Rácio Enfermeiro em Centro de Saúde/1000 habitantes, por Ilha - 2018



Fonte: Estatísticas de Saúde/SREA

É evidente que existe uma menor presença de enfermeiros nos centros de saúde sem internamento das ilhas com Hospital. No entanto, se por um lado, este facto é compreensível em termos de gestão de pessoal, um baixo rácio pode contribuir para intensificar a procura dos serviços de saúde hospitalares por parte dos residentes nas ilhas de S. Miguel, Terceira e Faial, em detrimento da vigilância proporcionada em unidades de cuidados de saúde primários.

Um olhar por concelhos, confirma esta realidade. No entanto há a registar o baixo número de enfermeiros nos centros de saúde de concelhos populosos, como é o caso da Ribeira Grande, Praia da Vitória ou mesmo Vila Franca do Campo.

O caso do Corvo, como foi referido inicialmente não serve de referência por ter menos de 500 habitantes.

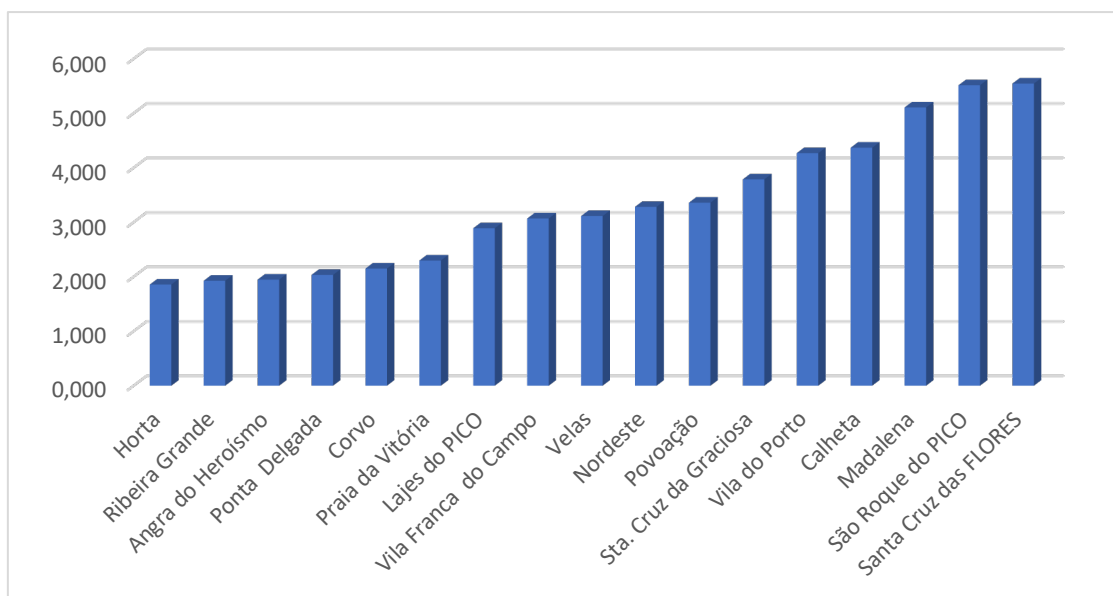
*Tabela 17 - Número de Enfermeiros nos Centros de Saúde/concelho; População residente (31.10.18) e Rácio Enfermeiros/1000 habitantes - 2018*

<b>Centros de saúde/concelho</b>	<b>Número de enfermeiros nos Centros Saúde 2 018</b>	<b>População residente a 31/12/18</b>	<b>Rácio enfermeiros no Centro de Saúde por 1000 hab.</b>
Horta	27	14542	1,857
Ribeira Grande	63	32698	1,927
Angra do Heroísmo	66	33903	1,947
Ponta Delgada	138	67864	2,033
Corvo	1	465	2,151
Praia da Vitória	49	21331	2,297
Lajes do PICO	13	4498	2,890
Vila Franca do Campo	34	11078	3,069
Velas	16	5137	3,115
Nordeste	16	4875	3,282
Povoação	20	5954	3,359
Sta. Cruz da Graciosa	16	4225	3,787
Vila do Porto	24	5623	4,268
Calheta	14	3205	4,368
Madalena	30	5875	5,106
São Roque do PICO	18	3264	5,515
Santa Cruz das FLORES	12	2164	5,545
Lagoa	-	14681	

Fonte: Estatísticas de Saúde/SREA- 2018; Anuário Estatístico – RAA – 2018

O gráfico seguinte (Fig.65) reflete os concelhos onde os centros de saúde registam um melhor rácio enfermeiros/1000 habitantes, com destaque para Santa Cruz das Flores (5,545) São Roque (5,515) e Madalena do Pico (5,106), sobretudo, quando comparamos com o rácio médio regional (2,294). Há que lembrar que nestas ilhas, os centros de saúde têm internamento, ao contrário daqueles que situam em ilhas com hospital, como acontece na Ribeira Grande, V. Franca do Campo ou Praia da Vitória. No entanto, retomamos a questão, refletida neste dado, das opções do sistema de saúde regional ao nível a prevenção, promoção e educação para a saúde, quando comparadas com o investimento na vertente hospitalar.

Figura 65 - Rácio Enfermeiros em Centros de Saúde/habitante - concelhos da RAA - 2018



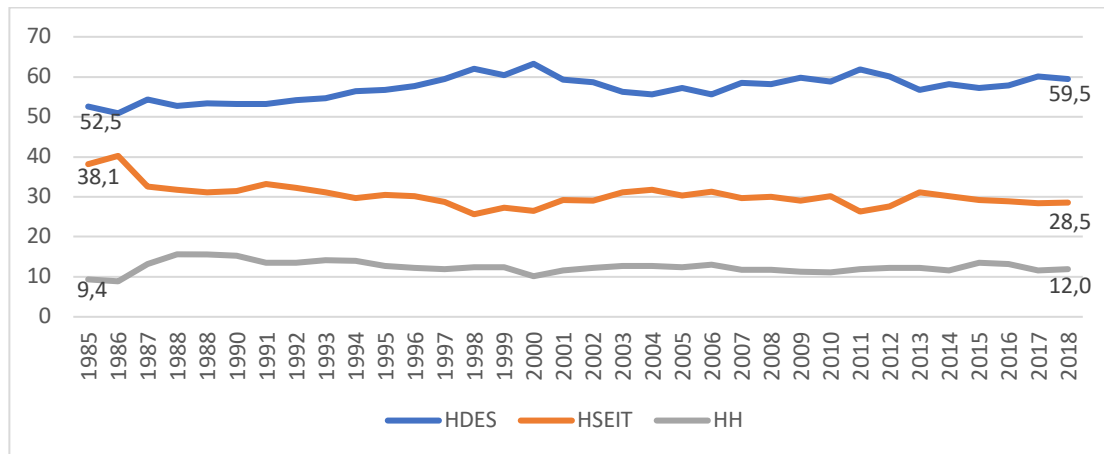
Fonte: Estatísticas da Saúde - 2018

## 8.2.4 – Médicos e Enfermeiros nos Hospitais da RAA

### 8.2.4.1 – Médicos nos Hospitais da RAA

Considerando a totalidade dos médicos a exercer atividade nos Hospitais da RAA, verificamos o peso percentual do Hospital de Ponta Delgada (HDES) no total dos clínicos hospitalares, correspondendo quer à dimensão populacional da Ilha, quer ao número de especialidades e serviços sedeados nesta unidade de saúde (Fig.66)

Figura 66 – Distribuição da % de médicos pelos três Hospitais da RAA (1985-2018)

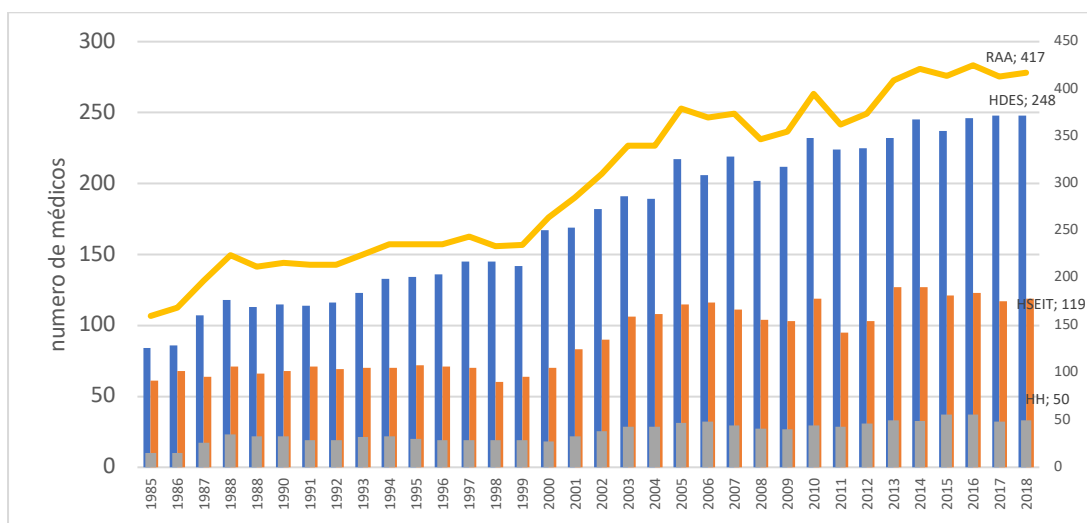


Fonte: Estatísticas da Saúde

Comparando 1985 e 2018, verificamos que a distribuição de médicos, em contexto hospitalar tem crescido, sobretudo no HDES, registando um peso percentual menor no HSEIT, mantendo-se mais ou menos estabilizado no HH.

Se considerarmos o número total de médicos, em cada um dos hospitais, em 2018 (Fig.67) existiriam 50 médicos no HH, 119 no HSEIT e 248 no HDES. No total a RAA registava, em 2018 um total de 417 médicos a exercer a sua atividade nos cuidados hospitalares.

Figura 67 - Número de médicos nos cuidados hospitalares dos três hospitais da RAA - 1985-2018



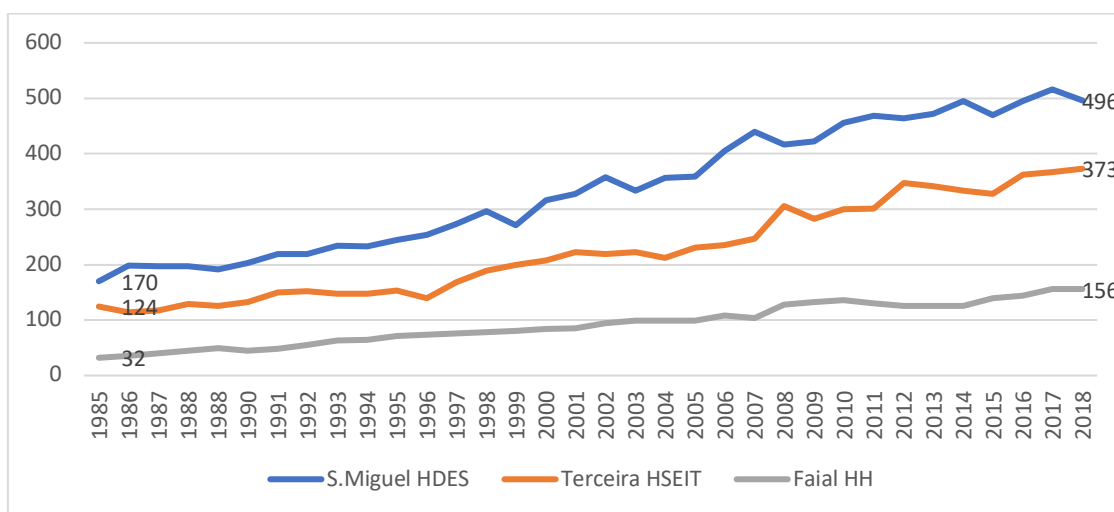
Fonte: Estatísticas da Saúde



#### 8.2.4.2 - Enfermeiros nos Hospitais da RAA

Se considerarmos o período temporal entre 1984 e 2018, o número de enfermeiros a trabalhar em cuidados hospitalares tem crescido de forma evidente, particularmente no Hospital da Horta (+387,5%), seguido do Hospital da Terceira (+200,8%) e por último no Hospital de S. Miguel (+191,76%) (Fig. 68).

Figura 68 - Número de Enfermeiros em Cuidados hospitalares no HDES, HSEIT e HH - 1984-2018



Fonte: Estatística da Saúde/SREA

Os serviços prestados nestes três hospitais cobrem, não apenas a população das ilhas em que estão sedeados, mas recebem doentes de outras ilhas, como adiante se verá no movimento de serviços prestados<sup>69</sup>.

### 8.3 – OUTROS RECURSOS NOS HOSPITAIS E CENTROS DE SAÚDE

#### 8.3.1 - Camas em hospitais e centros de saúde com internamento.

A referência ao número de camas nos estabelecimentos de saúde com internamento é considerada um “input” para efeitos de medição da eficiência destas organizações (Harfouche, A.P, 2012), permitindo entre outros cálculos, o estabelecimento de rácios

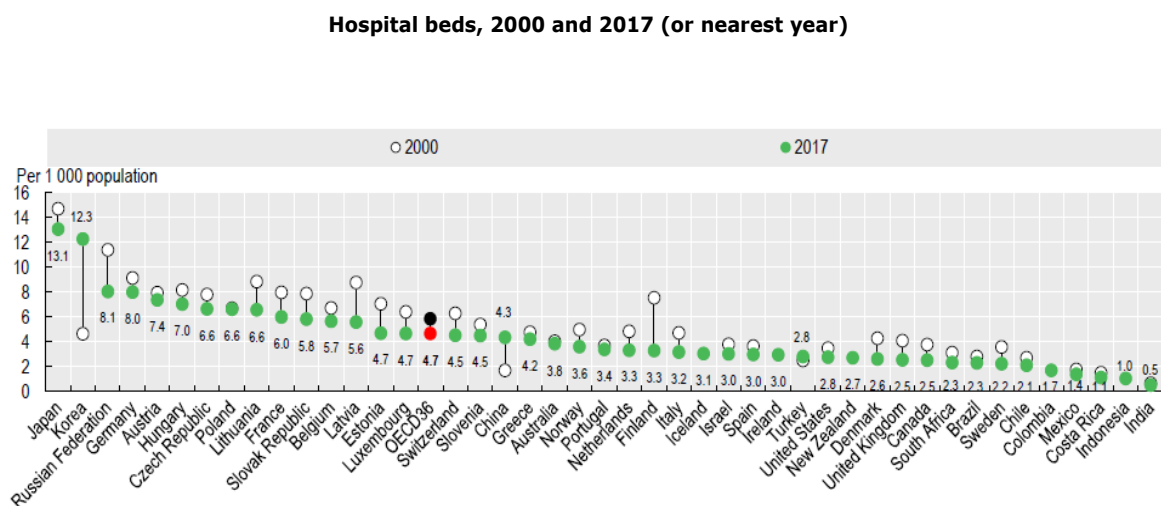
<sup>69</sup> Apesar de termos procurado identificar o número de médicos especialistas a exercer nos Hospitais, tal informação não está discriminada, apenas são registados enquanto categoria – especialistas.

médicos/cama, enfermeiros/cama, a taxa de ocupação e o número de doentes saídos por cama (Simões, J.,2004).

A análise do indicador “camas disponíveis” permite ainda avaliar da sua distribuição geográfica, tendo por base, entre outros indicadores, a população residente como “densidade populacional”, acessibilidade geográfica, capacidade para fixar os técnicos de saúde e o grau de confiança das populações na sua relação com os hospitais” (Simões, J., 2004:190).

O relatório da OCDE (2019) (Fig.69), com dados de 2000 e 2017, coloca Portugal (3,4) abaixo da média dos outros países (4,7) em termos de camas/1000 habitantes.

Figura 69 - Número de camas/1000 habitantes - OCDE - 2000 e 2017



Fonte: *Health in a Glance, 2019*<sup>70</sup>

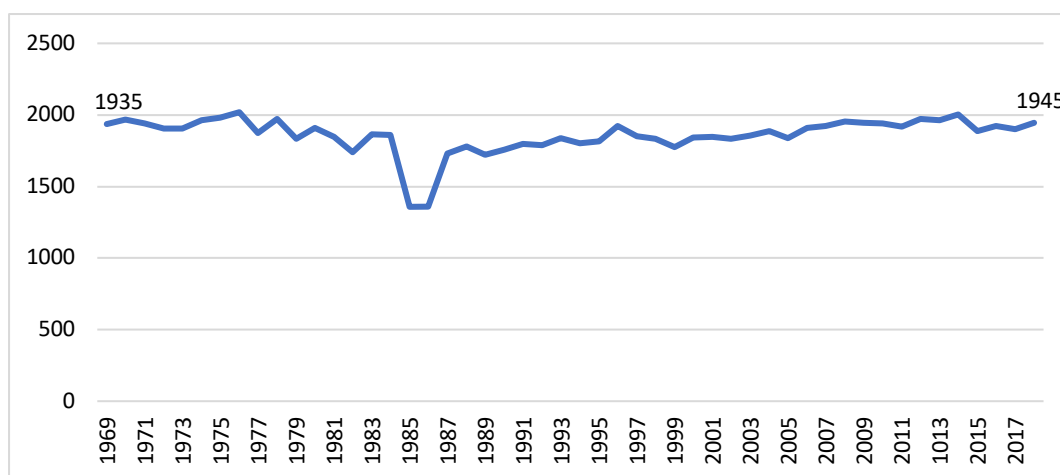
Uma análise contextualizada deste indicador permite verificar a relevância de outros serviços de saúde, sem internamento, como são os cuidados de saúde primários. Veja-se o exemplo do Reino Unido, que no gráfico anterior está bastante abaixo de Portugal (2,5 camas por 1000 habitantes). Segundo Maria do Rosário Giraldes, num texto datado de 1997, “em 1960, atingiu-se no Reino Unido, o pico de camas hospitalares (450.000), sendo atualmente o país com menor número de camas hospitalares, por habitante, para situações agudas, comparativamente com os restantes países da Europa Ocidental,

<sup>70</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>

membros da OCDE. Em contrapartida, os cuidados primários e comunitários têm sofrido um aumento” (Giraldes, M. R., 1997:102). Nesse sentido, a redução do número de camas por habitantes apenas faz sentido se analisada numa ótica das políticas públicas de saúde e a uma reconceptualização do papel do hospital. Já no final do séc. XX Giraldes referia (1997:102) que “o hospital com a telemedicina, teleconferência, registos clínicos eletrónicos etc., pode estar organizado em componentes especializadas, que não necessitam ter uma proximidade geográfica: aquilo a que se poderá chamar: *o hospital sem fronteiras.*” Um aumento da eficiência ao nível hospitalar só é possível com um investimento acrescido nos Cuidados de Saúde Primários.

Os dados publicados sobre o número de camas disponíveis nos estabelecimentos de saúde com internamento, desde 1969 até 2018, revelam uma aparente estabilidade na oferta, em torno das 1940 camas (Fig.70).

Figura 70 - Número de Camas nos Hospitais, Centros de Saúde com internamento, Casas de Saúde e Estabelecimentos Privados - RAA - 1969-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

No entanto, quando aprofundamos a análise destes números, é possível diferenciar dois períodos, o primeiro até 2013 e o segundo desde então.

O primeiro corresponde à existência dos centros de saúde com internamento, em todas as ilhas, o segundo, corresponde à transformação dos hospitais em EPE<sup>71</sup>, centralizando

<sup>71</sup> EPE – Entidades Públicas Empresariais – Segundo o Lexionário do Diário da República Eletrónico, as EPE “são um tipo de empresa pública que reveste a forma de pessoa coletiva de direito público, cuja iniciativa da respetiva criação cabe ao Estado para a prossecução de fins postos a seu cargo. Este tipo de empresa

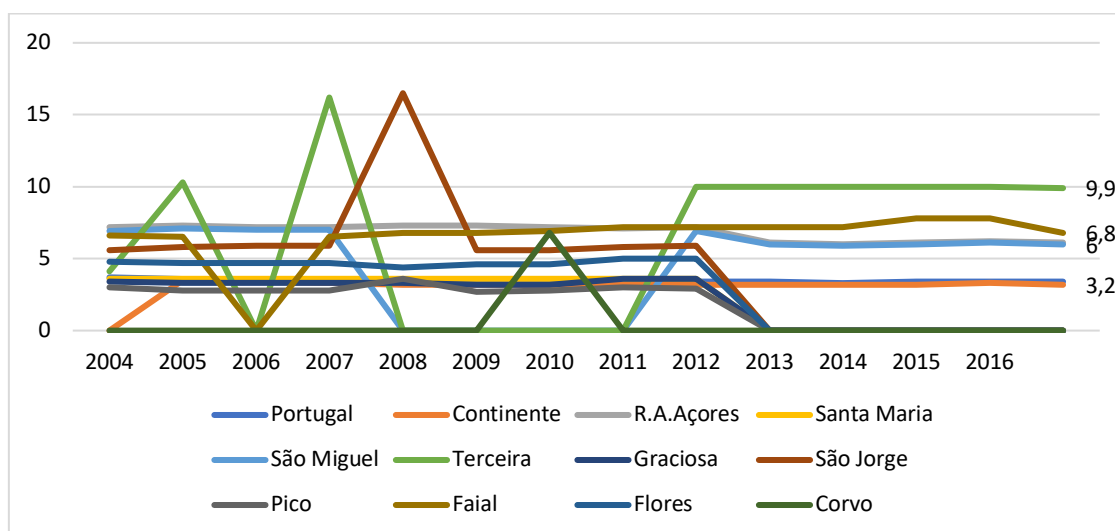
a oferta de cuidados diferenciados apenas em três ilhas: São Miguel, Terceira e Faial, a partir de 2013.

A análise do indicador “nº camas/1000 habitantes” será feita com base nos dados publicados entre 2004 e 2018 e tendo por referência a média nacional e para o continente, comparadas com a média regional e por ilha.

O gráfico seguinte (Fig. 71), permite verificar a oferta diferenciada dos três hospitais da RAA, com destaque para o Hospital da Ilha Terceira (9,9) e o Hospital do Faial (6,8) que registavam em 2018 rácios de camas por 1000 habitantes superiores à média regional (6) idêntica ao valor registado no Hospital de São Miguel.

Quando comparada com a média nacional, a Região possui, atualmente, o dobro da oferta em camas hospitalares.

Figura 71 - Rácio número de Camas por 1000 habitantes (Portugal, continente, RAA e Ilhas) - 2004-2018



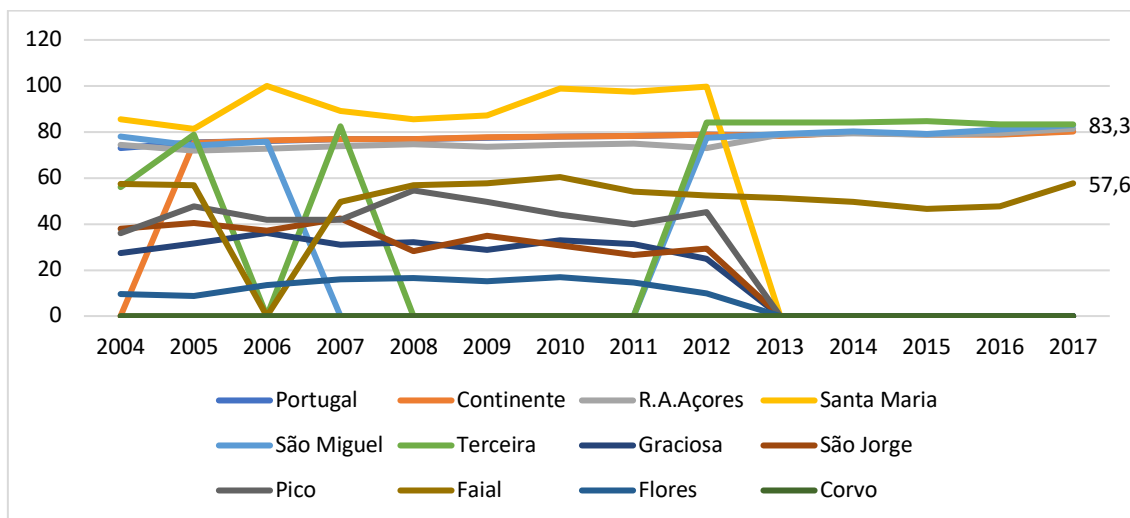
Fonte: Estatísticas da Saúde

Ao nível da taxa de ocupação das camas disponibilizadas (Fig.70), em 2018 o Hospital da Horta (Faial) registava um valor muito inferior (57,6%) ao verificado no HDES (S. Miguel) e no HSEIT (Terceira) (83,3%).

---

pública encontra-se previsto no regime do setor público empresarial (artigos 56.º e seguintes), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro.” (...)” Este modelo de entidade pública de gestão privada é adotado no setor da saúde, revestindo a maioria dos hospitais públicos a natureza de entidade pública empresarial”. Consultado em <https://dre.pt/lexionario/-/dj/115077475/view> a 10 setembro 2020.

Figura 72 - Taxa de ocupação das camas (%) - Portugal, continente, RAA e Ilhas - 2004-2018

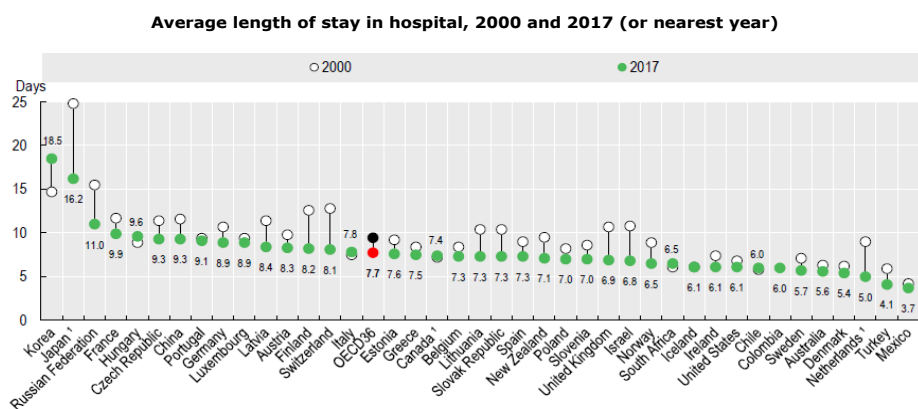


Fonte: Estatísticas da Saúde

### 8.3.2 - Tempo médio de estadia nos Hospitais

De acordo com o relatório da OCDE (*Health in a Glance 2019*) um dos indicadores que permite avaliar a eficiência das unidades de saúde com internamento é a duração da estadia média dos doentes internados. Atendendo aos dados publicados em 2019, Portugal situava-se em 9,1 dias, uma média que praticamente não se alterou entre 2000 e 2017. A média da OCDE neste indicador situava-se em 7,7 (Fig.73).

Figura 73 - Tempo médio de estadia nos Hospitais - OCDE - 2000 e 2017



Notes: 1. Data refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation). In Japan, the average length of stay for all inpatient care was 28 days in 2017 (down from 39 days in 2000).

Source: Health at a Glance 2019.

Fonte: Relatório OCDE

De acordo com o relatório da OCDE, “a média da estadia nos hospitais é frequentemente considerada como um indicador da eficiência do sistema de saúde. (...) Estadias longas pode ser um sinal de fraca coordenação, resultando na presença desnecessária de doentes em espera no hospital até que a sua reabilitação ou cuidados de longo prazo possam ser equacionados. Ao mesmo tempo, alguns pacientes poderão ter alta demasiado cedo, quando se tivessem prolongado a sua estadia no hospital teriam melhorado a sua saúde ou reduzido as hipóteses de readmissão.” (*Health in a Glance*, 2019:198).

A duração da estadia está diretamente relacionada com o número de camas e a % de utilização destes recursos.

De acordo com os resultados do recente estudo da OCDE, que aborda algumas das características dos hospitais, relacionadas com a estadia dos doentes revela que:

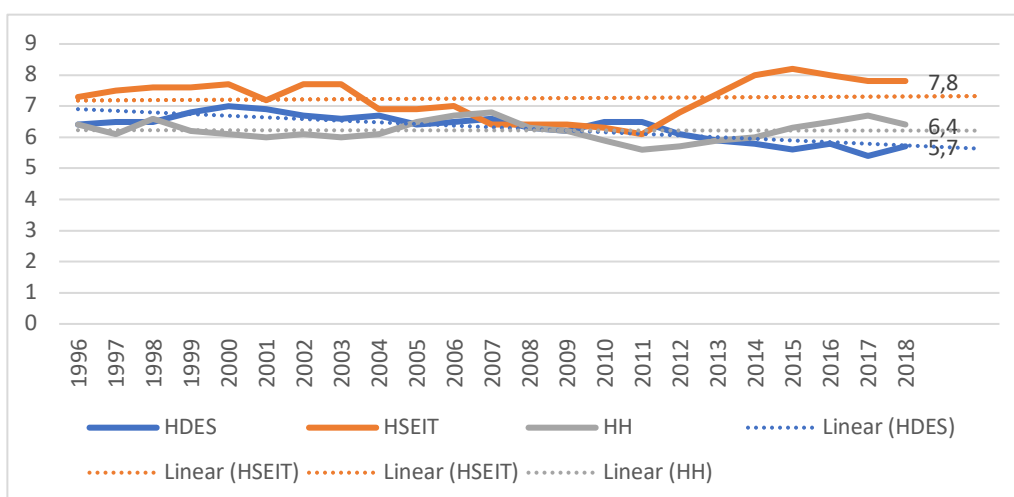
“hospitais com muitas camas (acima das 200) estão associados a estadias mais longas, enquanto que, uma taxa de ocupação na ordem dos 70% está mais associada a uma estadia curta (cit. Lorenzoni and Marino, 2017<sup>72</sup>)” (*Health in a Glance*, 2019:198).

No caso dos hospitais da RAA, e com base no número total de doentes entrados e no número total de dias de internamento, podemos calcular a estadia média de um doente, em qualquer dos serviços, em cada Hospital (Fig.74).

---

<sup>72</sup> [1] Lorenzoni, L. and A. Marino (2017), “Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project”, *OECD Health Working Papers*, No. 94, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/ae3a5ce9-en>.

Figura 74 - Tempo médio de estadia (dias) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1996-2018



Comparando com a média da estadia hospitalar da OCDE (7,7), aparentemente, a RAA está abaixo dessa média, apesar de no caso do Hospital da Ilha Terceira (HSEIT) se ter registado, desde 2011 um ligeiro aumento da estadia média, ao contrário do Hospital de São Miguel (HDES) que regista uma diminuição. No caso do Hospital da Horta (HH), a tendência é de estabilidade.

### Em síntese

Os resultados encontrados para os recursos existentes nas diferentes ilhas da RAA, refletem uma imagem, aparentemente distorcida, da distribuição a nível regional. Se, por um lado, São Miguel é a ilha com mais população, por outro possui um rácio menor de enfermeiros/ habitantes e uma oferta de camas hospitalares menor. Apenas ao nível dos médicos o rácio é superior à média regional. Por outro, no Faial, concentram-se mais enfermeiros do que nas restantes ilhas, quase o dobro do verificado em S. Miguel.

Considerando a taxa de utilização das camas, para além do facto de o Hospital de São Miguel ser aquele que regista uma menor taxa, é também neste equipamento hospitalar que se regista uma estadia média mais baixa.

No caso do Hospital da Ilha Terceira, há a registar um aumento da estadia média a partir de 2012, ano em que o novo Hospital foi inaugurado, aumentando neste estabelecimento o número de camas disponibilizadas, um dado que poderá explicar a permanência maior dos doentes.

## 8.4 – A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR ILHA – CENTROS DE SAÚDE

Os dados que a seguir apresentamos, permitem caracterizar a atividade clínica dos médicos, nos Centros de Saúde, com e sem internamento.

Interligado com a problemática já apresentada anteriormente, ou seja, o número de utentes que deve constar na lista de cada médico de família, iremos poder avaliar, em cada centro de saúde, a média de consultas/ano que os clínicos de Medicina Geral e Familiar realizaram entre 1996 e 2018.

A questão principal que os dados levantam é a saber se existe ou não um número máximo de consultas que cada médico pode ou deve realizar, independentemente de atender o limite máximo dos utentes da sua lista que, como já referimos, na RAA é de 1500 por médico.

Não está definido na Circular normativa nº17 de 7 de setembro 2015 (Núcleos de Saúde familiar – Unidades de saúde de ilha do Serviço Regional de Saúde) emanada da Direção Regional de Saúde, qualquer tempo padrão por consulta. Apenas se refere que o clínico deverá gozar de 4h semanais para atividades não assistenciais (ponto 6.9) e que “A gestão do número de cada tipo de consultas disponibilizadas é da responsabilidade de cada médico, dependendo das características e do perfil de procura de cada lista de utentes” (ponto 11, alínea d).

No entanto, a nível nacional, têm sido feitas diligências no sentido de ser definido um tempo padrão para o exercício da medicina, conforme documento colocado em discussão pública a 11 de fevereiro 2019, da autoria da Ordem dos médicos<sup>73</sup> onde são definidos para cada especialidade, um tempo de referência para as primeiras consultas e consultas subsequentes, bem como para outro tipo de exames clínicos. Segundo o bastonário da Ordem dos Médicos, é intenção alterar a média de 15 a 20 minutos por utente para 30 a 45 minutos.

---

73

[https://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2019/02/TemposPadraoParaConsultas\\_Final\\_CONSU\\_LTA-PUBLICA.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2019/02/TemposPadraoParaConsultas_Final_CONSU_LTA-PUBLICA.pdf)



Segundo refere o documento

“A necessidade de fixar estes tempos de referência não oferece qualquer dúvida à Ordem dos Médicos. Não é possível aceitar como inevitável a sobrecarga que atualmente se verifica nas consultas, agendadas com diferenças de escassos minutos, quando não sobrepostas, prejudicando as boas práticas clínicas e a qualidade da assistência ao doente” (*Tempos padrão para as consultas médicas*, 2019:33)

De acordo com a Associação dos médicos de Medicina Geral e Familiar, os tempos de consulta deveriam ser alterados, o que implicaria uma redução do número máximo de utentes por lista de médico, que no continente está em 1900 e na RAA em 1500. E comentando o documento publicado pela Ordem dos Médicos sobre os tempos padrão refere que:

As listas de utentes sobredimensionadas diminuem o acesso à consulta e diminuem o tempo de consulta disponível, o que pode originar constrangimentos no desempenho das atividades médicas e no rigor da prestação de cuidados de saúde.<sup>74</sup>

Como veremos em cada Centro de Saúde, o número de consultas/ano/médico é variável, mas situa-se habitualmente entre as 2000 e as 3000. No entanto há anos, em que por força da redução do número de clínicos de Medicina Geral e Familiar, o número de consultas aumenta significativamente.

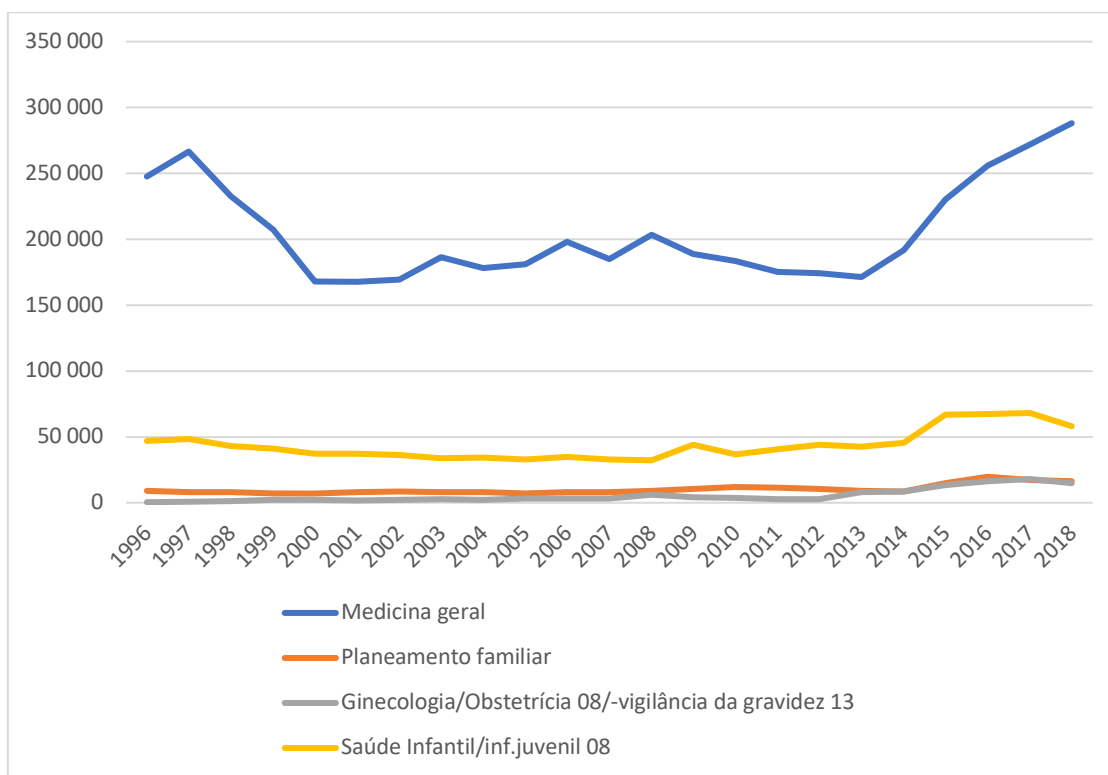
#### 8.4.1 – Consultas de Medicina Geral e Familiar nos centros de saúde – total da RAA

Um olhar sobre o total de consultas realizadas pelos médicos dos centros de saúde, no total das ilhas (RAA) (Fig. 75), revela um incremento recente (desde 2016) no número de consultas de Medicina Geral.

---

<sup>74</sup> <https://apmgf.pt/2019/02/11/om-coloca-as-suas-propostas-em-consulta-e-discussao-publica/>

Figura 75 - Total de consultas realizadas nos Centros de Saúde da RAA nas áreas da Medicina Geral e Familiar - 1996-2018

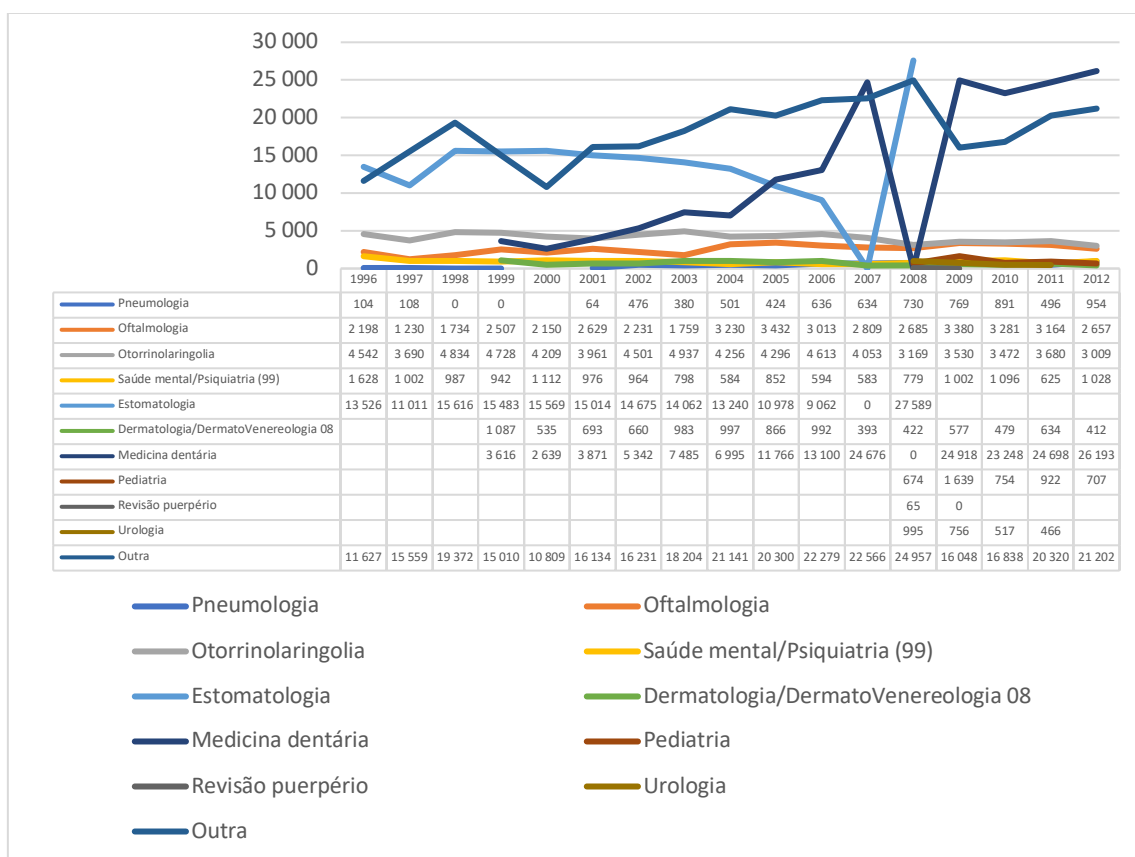


De acordo com o registo das Estatísticas de Saúde do Serviço Regional de Estatísticas, para além das áreas de consulta mencionadas (Medicina geral, planeamento familiar, ginecologia ou mais recentemente, Saúde da Mulher e Saúde infantil ou infantojuvenil), todas as outras especialidades são asseguradas por médicos especialistas dos hospitais. Por esse facto a partir de 2013 deixaram de ser contabilizadas como consultas do Centro de Saúde<sup>75</sup>.

O gráfico seguinte regista as consultas, entre 1996 e 2012, de um conjunto de especialidades (Fig. 74), entre as quais se destacam a Medicina Dentária, a Estomatologia e a categoria Outras, que dados os valores acumulados (entre 11 e 21 mil consultas), em nosso entender, deveria ser desdobrada.

<sup>75</sup> Os dados sobre consultas de especialidade nos Hospitais, que adiante se apresentam, não refletem a continuidade da prestação deste serviço nos Centros de Saúde.

Figura 76 - Consultas de Especialidade nos Centros de Saúde - 1996-2012

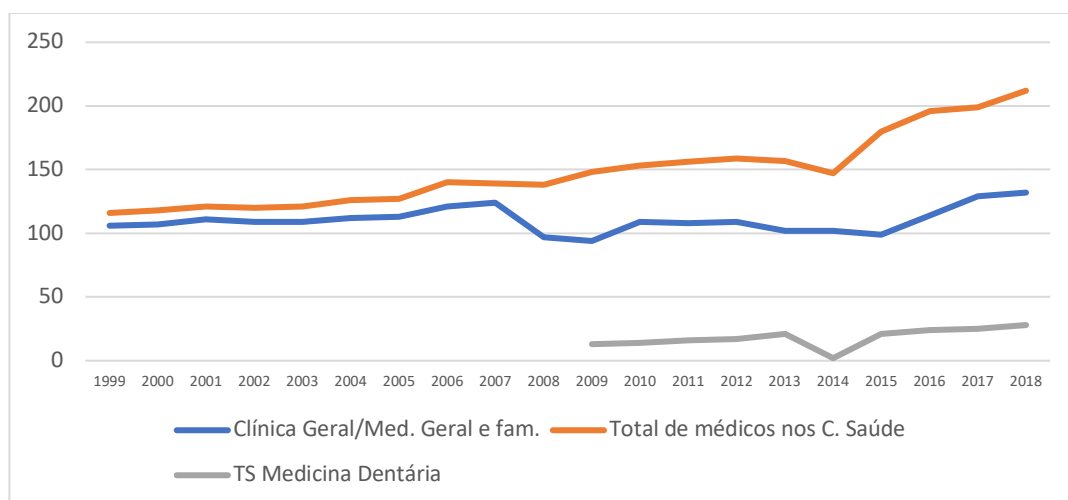


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando o total de médicos nos centros de saúde, podemos ter uma noção do número de consultas por médico, por ano, em todos os centros de saúde da RAA. O cálculo teve por base apenas as áreas específicas dos Cuidados de Saúde Primários, ou seja, a medicina geral, a saúde da mulher e a saúde infantil.

Apesar de os dados sobre consultas nos Centros de Saúde só contemplarem estas áreas da medicina, não podemos deixar de referir que, a partir de 2009 passaram a ser contabilizados, registados separadamente, os clínicos de medicina dentária a trabalhar nos Centros de Saúde (Fig. 77), o que poderá explicar o aumento significativo do número de consultas registado a partir desse ano.

Figura 77 - Médicos nos Centros de Saúde (Total, de Medicina Geral e Familiar e Medicina Dentária) - 1999-2018

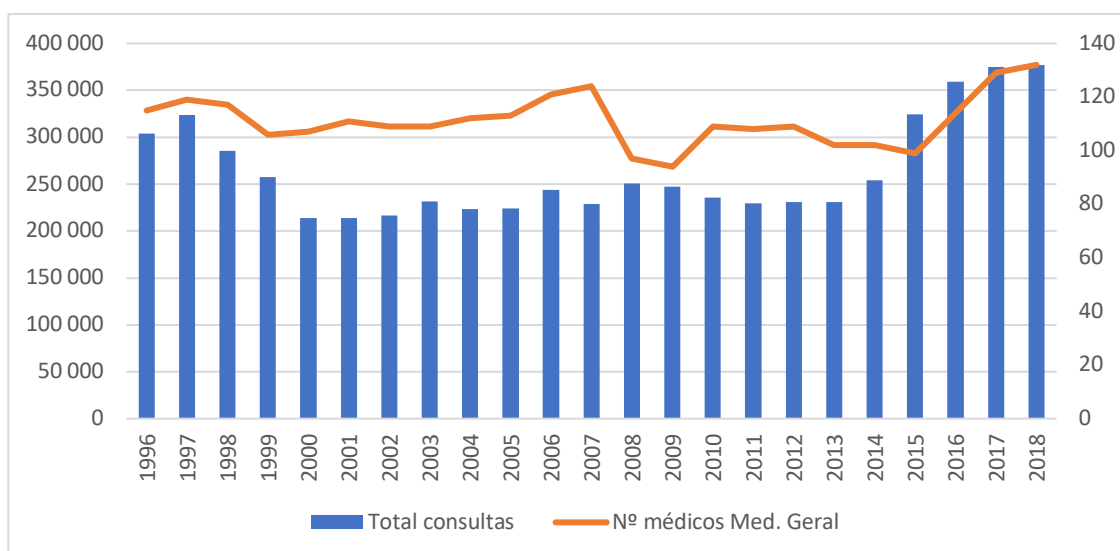


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.4.2 - Relação entre médicos de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar e Nº de consultas

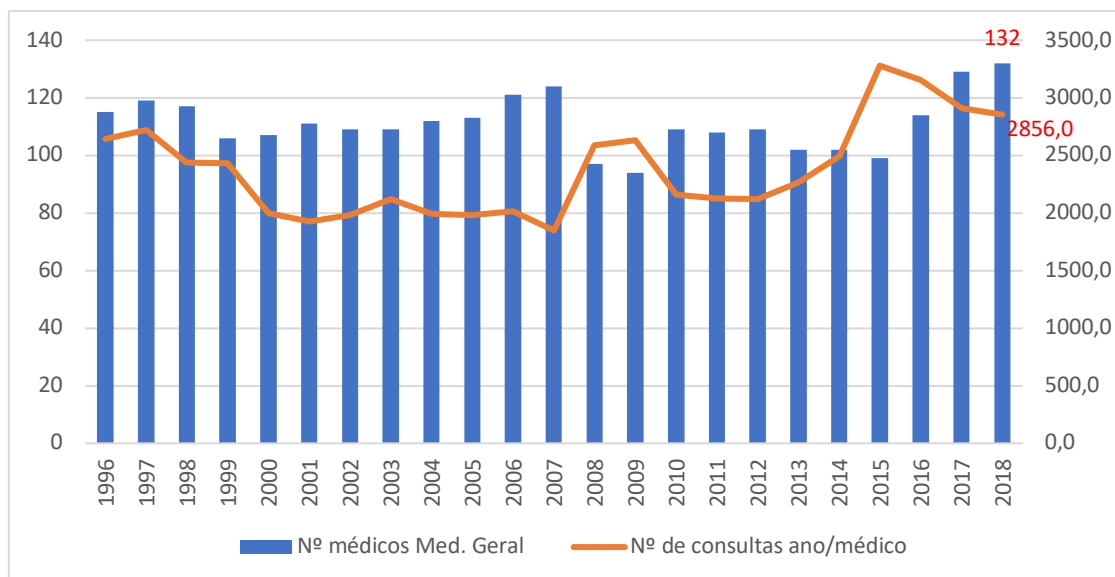
Quando se cruzam os dados sobre o número de consultas e o número de profissionais de medicina a exercer nos centros de Saúde da Região, verifica-se que, apesar de entre 2016 e 2018 ter aumentado o número de médicos e de consultas (Fig. 78), o número médio de consultas por médico diminuiu (Fig. 79).

Figura 78 - Número de médicos de Medicina Geral (e Familiar) nos Centros de Saúde da RAA e Número total de Consultas (Medicina Geral, Saúde da Mulher e Saúde Infantil) - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Figura 79 - Número de médicos de Medicina Geral (e familiar) nos Centros de Saúde e Número médio de consultas por médico/ano - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

A leitura do gráfico (Fig.79) revela, inclusive, que sempre que aumentou o número de médicos, verificou-se uma redução média no número de consultas por médico. Em 2018, quando se registavam 132 clínicos nos Centros de Saúde, foram contabilizadas 2856 consultas em média por médico, o que significaria, não retirando o tempo de férias, 55 consultas por semana, ou seja, 11 consultas por dia. É evidente que estas médias devem ser relativizadas ao facto de cada consulta, em função da sua complexidade e da área de saúde envolvida, implicar tempos diferenciados.

#### 8.4.3 – Consultas nos centros de saúde/ilha por especialidade

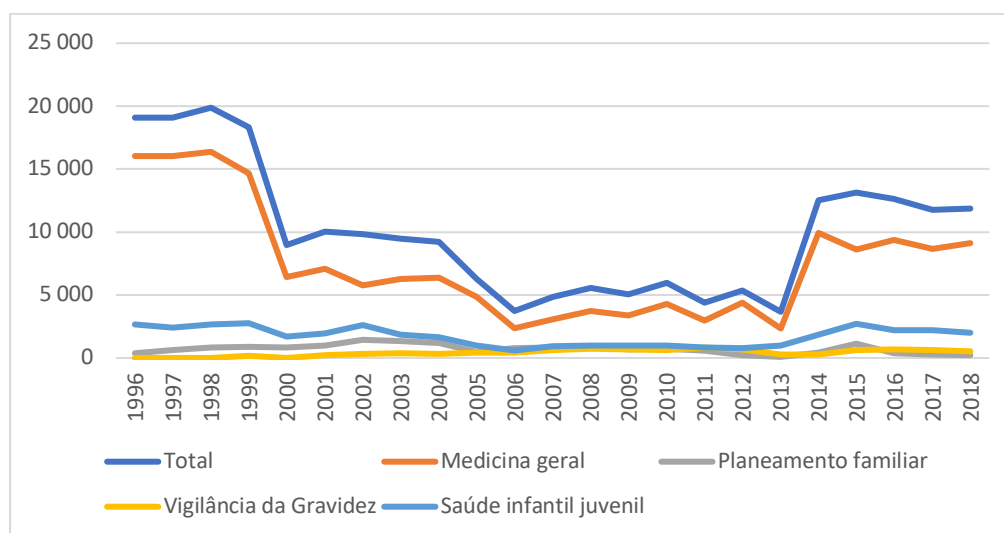
Neste ponto iremos olhar a prática das consultas médicas<sup>76</sup>, em cada centro de saúde/ilha.

<sup>76</sup> Nota Prévia: os dados publicados nas Estatísticas de Saúde têm sido organizados de forma diferente ao longo dos anos. E, a partir de 2013 deixaram de contemplar as áreas de especialidade que não são do domínio da Medicina Geral e Familiar, mas são prestadas por clínicos hospitalares.

#### 8.4.3.1 - Santa Maria (Centro de Saúde de Vila do Porto)

O gráfico seguinte regista o número total de consultas (Fig.80), realizadas no Centro de Saúde de Vila do Porto entre 1996 e 2018 nas áreas da Medicina Geral e Familiar.

Figura 80 - Número total de consultas - Centro de Saúde de Vila do Porto/Santa Maria - Medicina Geral, Saúde da Mulher e Saúde Infantil - 1996-2018

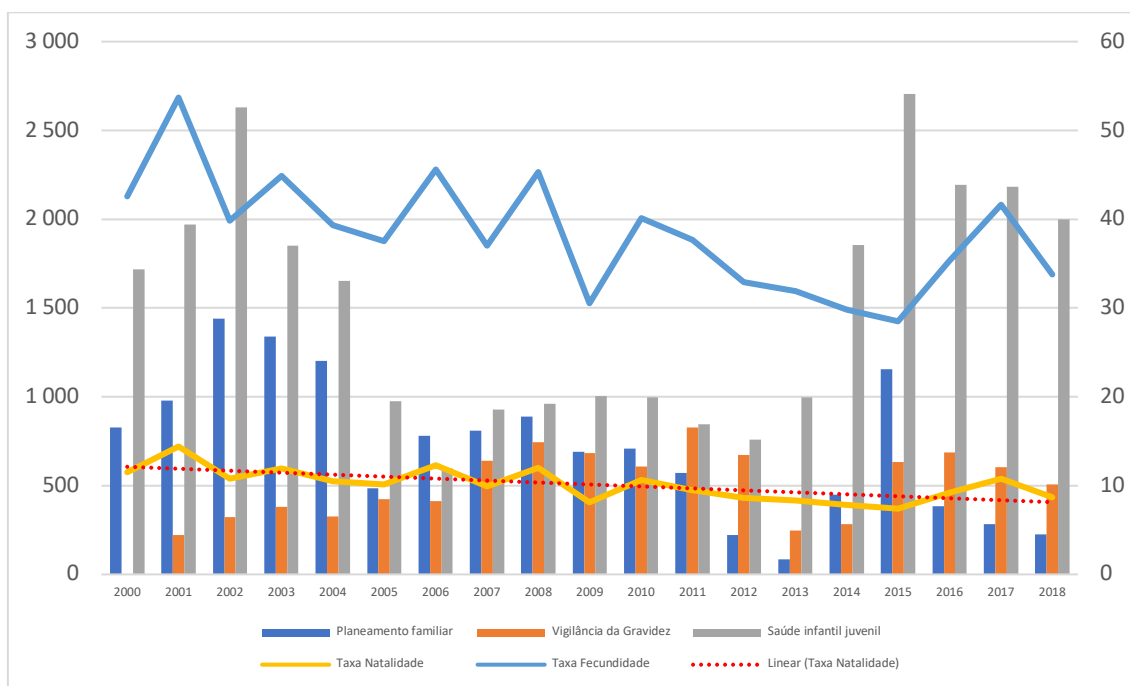


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Como se pode concluir neste caso do Centro de Saúde de Vila do Porto, houve uma quebra acentuada no número de consultas nas áreas dos Cuidados de Saúde primários, até 2006, tendo retomado a partir de 2013 particularmente na área da Medicina Geral e Familiar, com uma tendência decrescente nas outras áreas. Este facto, poderá estar relacionado com a evolução das taxas de natalidade e fecundidade nesta ilha.

No entanto, a análise do gráfico seguinte (Fig.81) que conjunta o número de consultas na área materno-infantil com a evolução dos indicadores demográficos (natalidade e fecundidade) não sugere uma correlação direta ao longo dos últimos anos. No entanto, há uma tendência decrescente desde 2000 no número de nascimentos registados na ilha de Santa Maria.

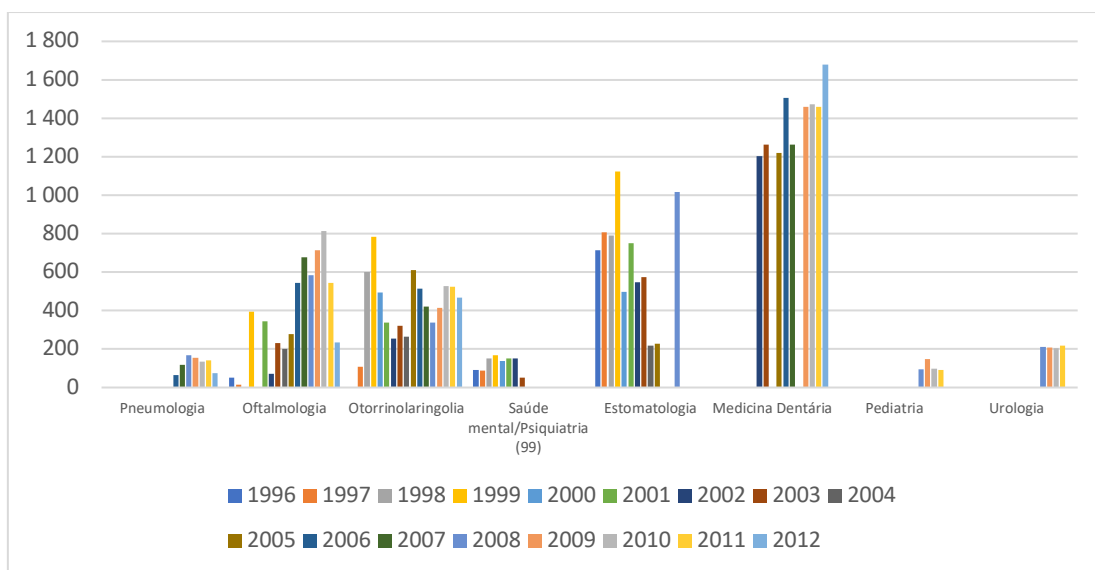
Figura 81 - Número de consultas nas áreas materno-infantil e taxas de natalidade e fecundidade na Ilha de Santa Maria -2000-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde e Anuários estatísticos/SREA

Quanto às restantes consultas de especialidade, inicialmente contabilizadas nas estatísticas de saúde dos Centros de Saúde (Fig.82), podemos verificar que a medicina dentária e a estomatologia reúnem o maior número de consultas, seguidas das áreas da Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

Figura 82 - Consultas de especialidade no Centro de Saúde de Vila do Porto - 1996-2012



Fonte: Estatísticas de saúde/SREA

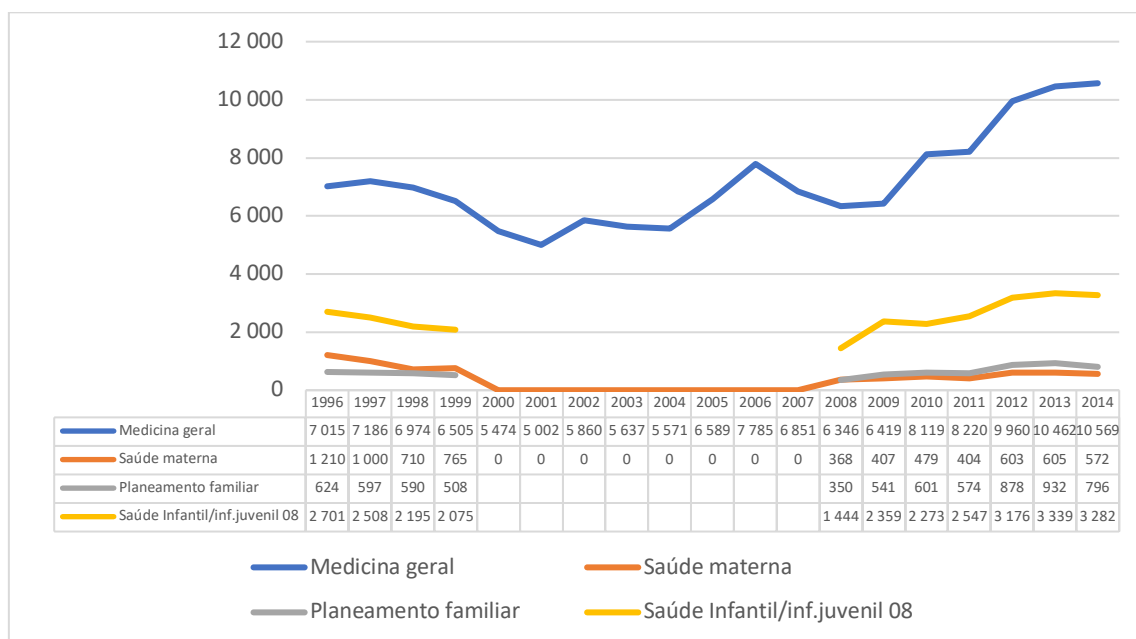
8.4.3.2 - São Miguel (Centros de Saúde de Lagoa, Nordeste, Ponta Delgada, Povoação, Ribeira Grande e Vila Franca do Campo)

Na ilha de São Miguel existiam inicialmente seis centros de saúde, no entanto, os dados das Estatísticas de Saúde passaram a não contabilizar Lagoa, como um centro de saúde autónomo, mas integrado no Centro de Saúde de Ponta Delgada. Atualmente a Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel (USISM) integra cinco centros de saúde.

**Lagoa**

O centro de Saúde de Lagoa deixou de registar atos clínicos a partir de 2014 e passou a integrar as estatísticas do Centro de Saúde de Ponta Delgada, surgindo nos documentos da USISM como “unidade de saúde”. Entre os anos de 2000 e 2007 não consta informação nas áreas da saúde materna ou infantil (Fig.83)

Figura 83 - Número de consultas nas áreas da Medicina Geral e Familiar - Centro de Saúde da Lagoa - 1996-2014



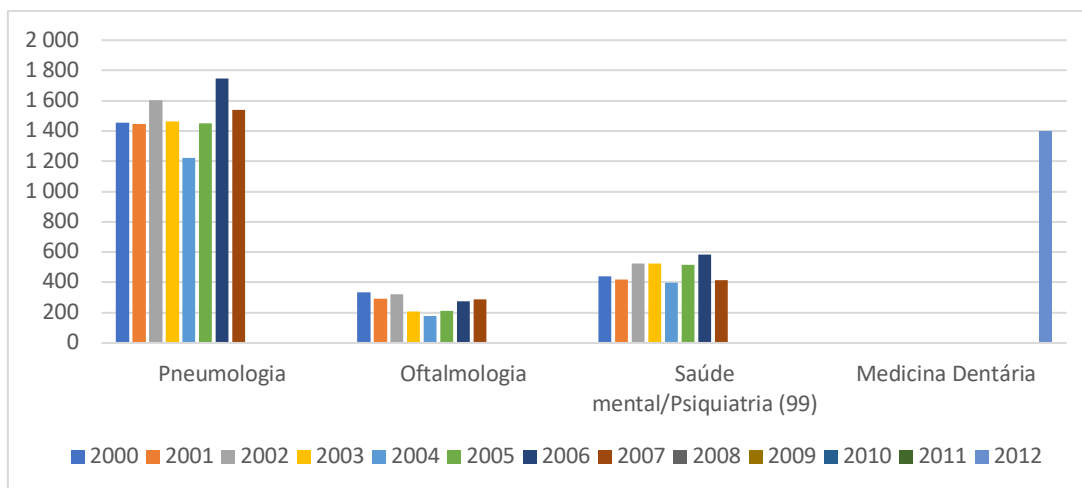
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Dos dados publicados regista-se um aumento significativo das consultas de Medicina Geral e uma tendência crescente, mesmo que entrecortada no histórico da informação publicada, ao nível das consultas de saúde infantil.



Sobre outras áreas de especialidade há a registar apenas dados entre 2000 e 2007 para três especialidades (Pneumologia, Oftalmologia e Saúde mental/Psiquiatria). De forma isolada surge um dado para a Medicina Dentária em 2012 (Fig.82).

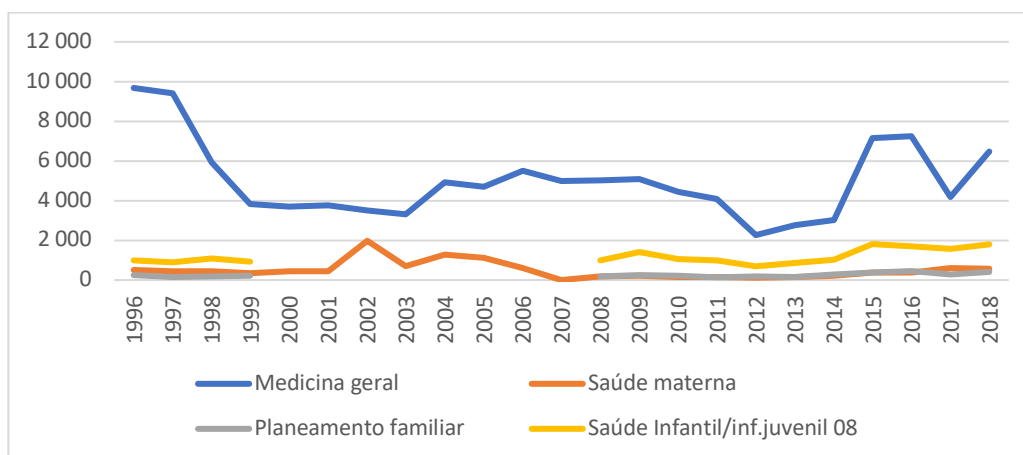
Figura 84 - Consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Lagoa - 2000-2012



## Nordeste

Os dados referentes ao concelho do Nordeste revelam uma tendência decrescente no número de consultas de medicina geral, particularmente entre 2006 e 2013.

Figura 85 - Número de consultas das áreas da Medicina Geral e Familiar - Centro de Saúde do Nordeste - 1996-2018

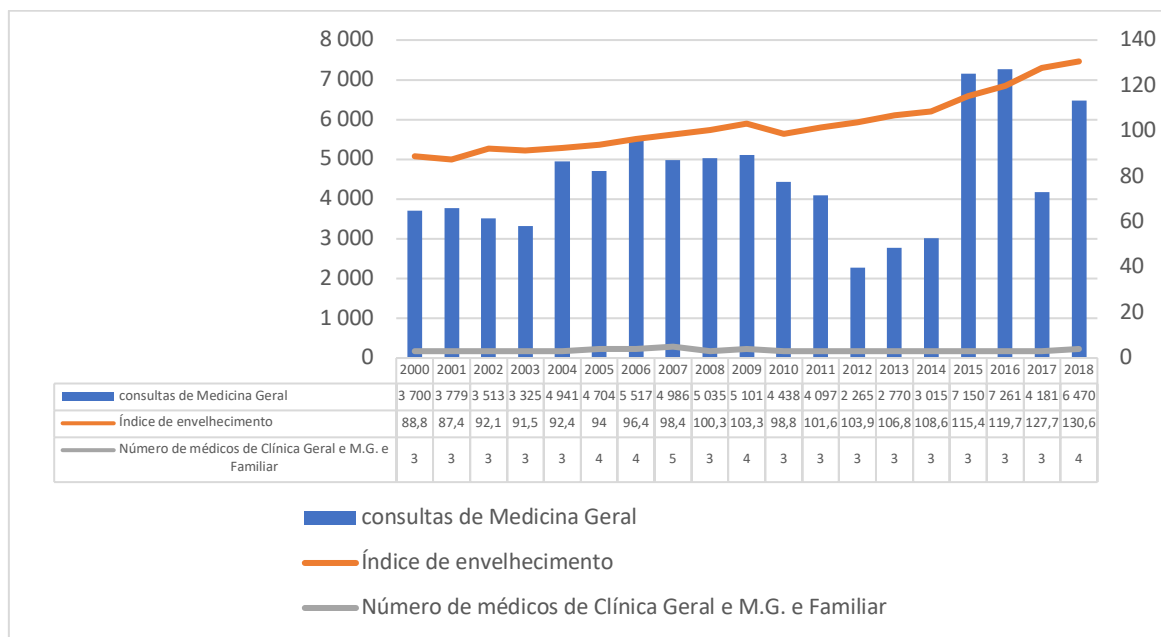


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando que o Nordeste é um dos concelhos mais envelhecidos de São Miguel e da RAA (ver ponto anterior sobre o perfil demográfico), iremos cruzar os dados das

consultas de medicina geral com a evolução do Índice de Envelhecimento neste concelho e o número de médicos a exercer Clínica Geral ou mais recentemente Medicina geral e familiar (Fig.86).

Figura 86 - Número de consultas de Medicina Geral, Número de Médicos de Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar e Índice de Envelhecimento - Centro de Saúde/Nordeste - 2000-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde e Anuários estatísticos da RAA/SREA

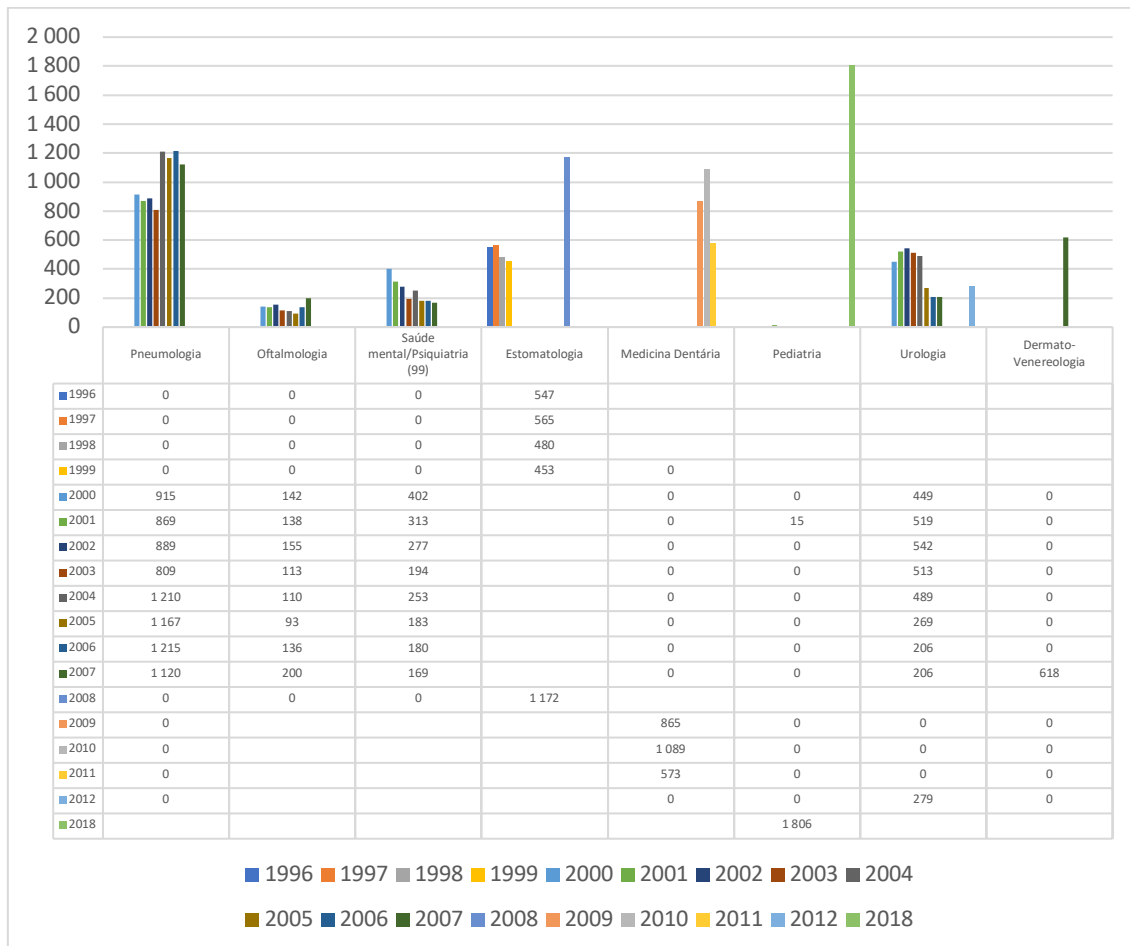
O gráfico anterior mostra-nos como o concelho de Nordeste tem envelhecido de forma continuada nos últimos anos, não tendo, no entanto, sido acompanhado de um adequado número de consultas ao nível da Medicina Geral. Apesar dos números terem aumentado entre 2015 e 2016, voltou a registar-se uma diminuição em 2017 e uma recuperação em 2018.

Considerando o número de médicos de Clínica Geral ou Medicina Geral e Familiar, a trabalhar no Centro de Saúde de Nordeste, podemos concluir que, à exceção do aumento registado em 2018, em outros períodos, não existe uma aparente correlação entre o número de consultas e o número de clínicos.

Nas outras áreas de especialidade, que não as do domínio dos Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde deixou de registar consultas das especialidades “hospitalares” a partir de 2007, registando alguns atos clínicos isolados, como o caso

das consultas de Urologia em 2012, da Pediatria em 2018 ou mesmo da Medicina Dentária entre 2009 e 2011 (Fig.87).

Figura 87 - Consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde do Nordeste - 1996-2018



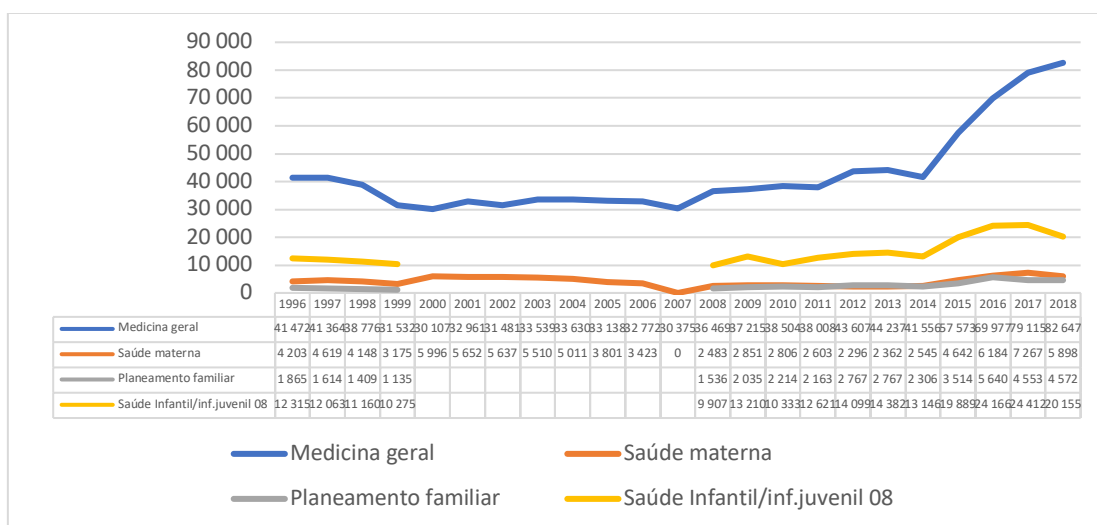
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

### Ponta Delgada

O Centro de Saúde de Ponta Delgada é o maior da RAA e cobre uma população que engloba este concelho e o concelho da Lagoa, pelo menos desde 2014, como foi anteriormente referido.

O gráfico seguinte reúne os dados das consultas da área dos Cuidados de Saúde Primários (Fig.88).

Figura 88 - Número de consultas em Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2018

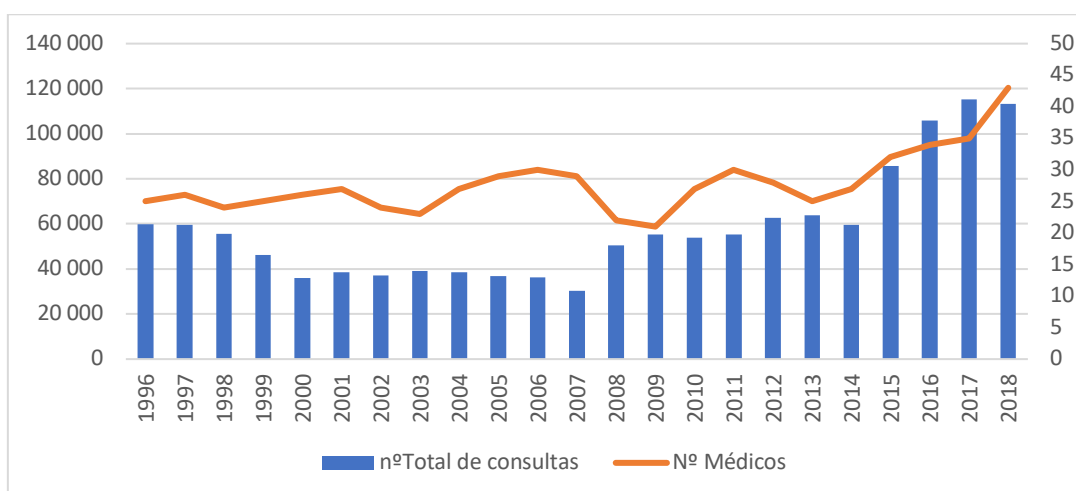


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O gráfico anterior testemunha de uma crescente realização de consultas na área da Medicina Geral, particularmente desde 2015. Nas áreas da saúde familiar apesar da ligeira tendência de aumento entre os anos de 2008 e 2017, verificou-se uma redução do número de consultas no último ano (2018).

Considerando a importância deste Centro de Saúde, ao nível da cobertura da população da ilha de São Miguel, verificamos que o aumento dos profissionais de medicina produziu um maior impacto nos últimos anos (entre 2015 e 2018) (Fig.89).

Figura 89 - Número total de Consultas de Medicina Geral (e familiar), Número de médicos de Medicina Geral e Familiar - Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2018

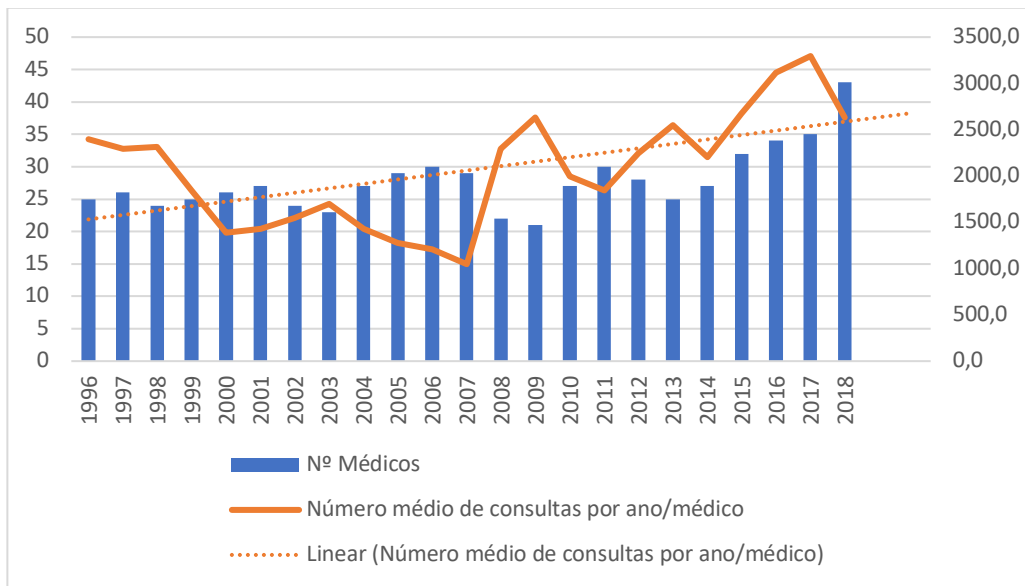


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Se tivermos em conta o número médio de consultas por ano por médico, verificamos que a tendência é crescente, particularmente a partir de 2008 (Fig.90).

De registar o facto de, em 2018, quando o número de clínicos voltou a aumentar, houve um ligeiro decréscimo no número médio de consultas por médico.

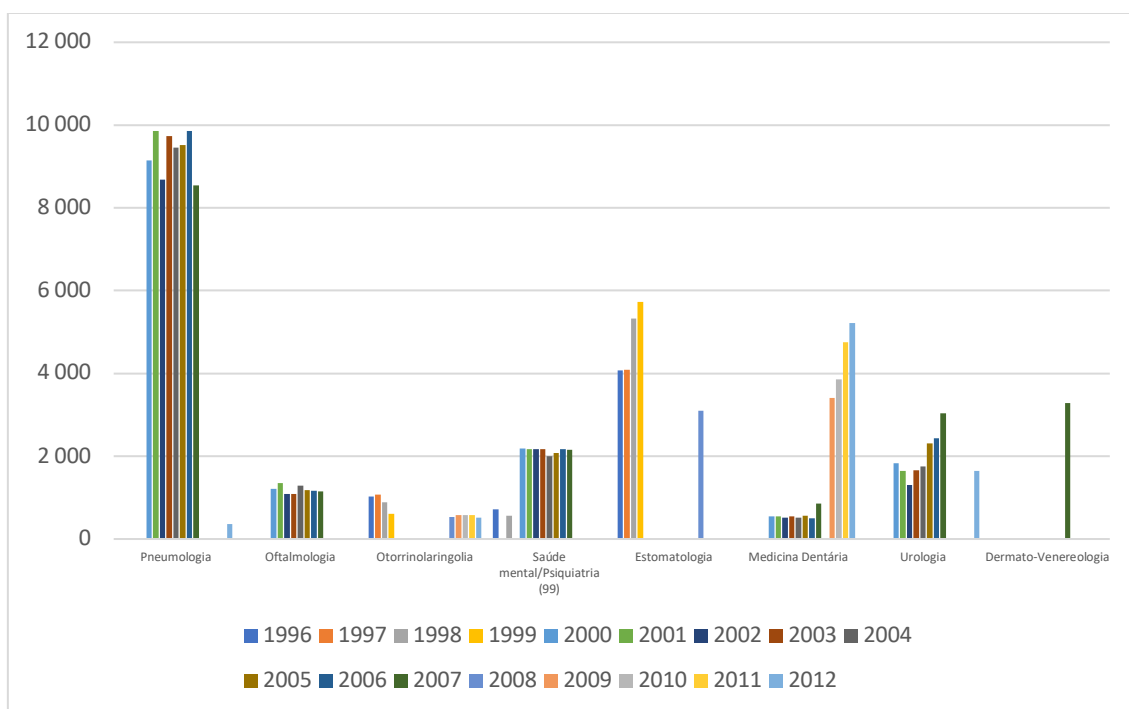
Figura 90 - Número de médicos de Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico no Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Em relação às outras áreas de especialidade, os dados publicados até 2012 revelam uma predominância das consultas de Pneumologia (na ordem das 10 mil por ano), seguidas da Estomatologia/Medicina Dentária (cerca de 5000 em 2012), Urologia (1650 em 2012) e Psiquiatria (na ordem das 2000 por ano até 2007). Com menos expressão, mas com um registo constante em diferentes anos, estão as consultas de Oftalmologia (1100 até 2007).

Figura 91 - Número de consultas de outras Especialidades - Centro de Saúde de Ponta Delgada - 1996-2012

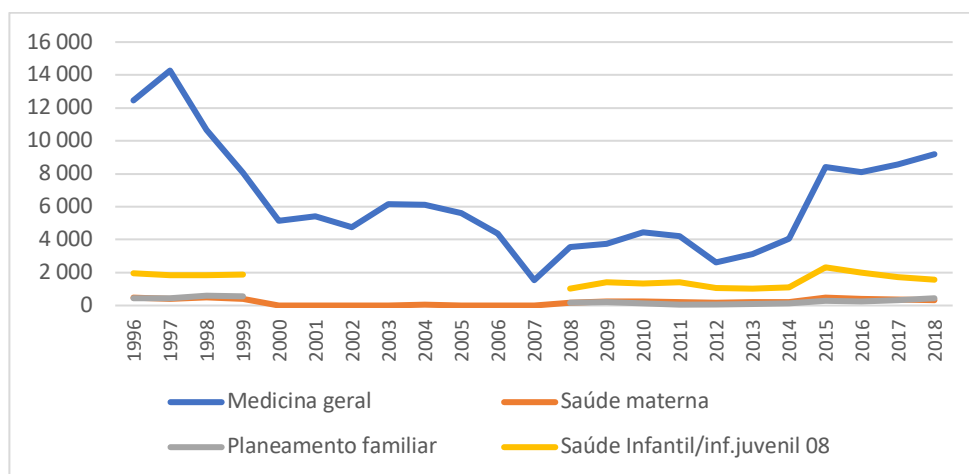


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

## Povoação

À semelhança do concelho do Nordeste, a Povoação, apesar de forma menos acentuada, é hoje um concelho envelhecido, quando comparado com a média da ilha de São Miguel. Os dados sobre as consultas do Centro de Saúde da Povoação revelam a importância da área de Medicina Geral, em relação às áreas da Saúde familiar (Fig.92).

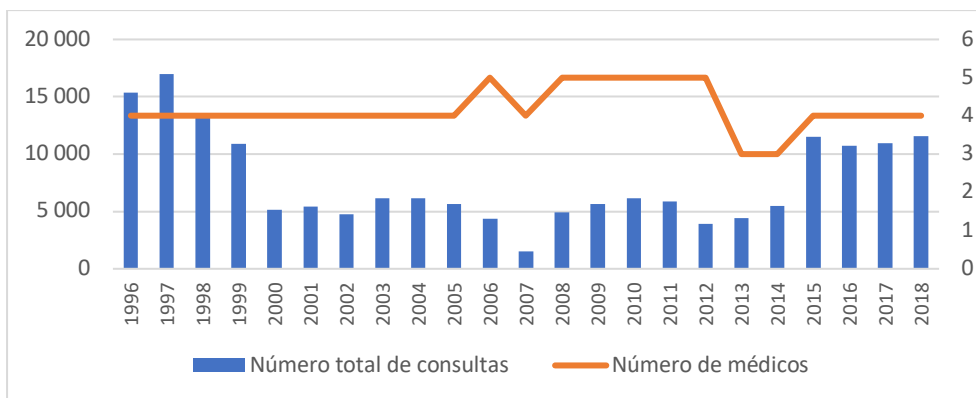
Figura 92 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Povoação. 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O gráfico seguinte (Fig. 93) regista o número de consultas total e o número de médicos de Medicina Geral e Familiar a exercer no Centro de Saúde da Povoação.

Figura 93 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Clínica Geral e Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Povoação (1996-2018)

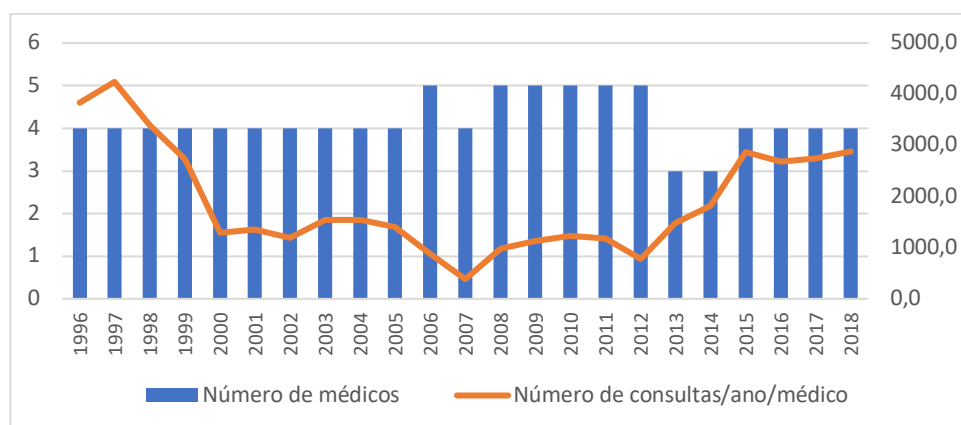


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Como se pode verificar, o Centro de Saúde da Povoação tem tido entre 3 e 5 Médicos a exercer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Em termos de impacto no número total de consultas, aparentemente, só o aumento verificado de 3 para 4 médicos, a partir de 2015, produziu uma significativa diferença no número de consultas (Fig.94).

Figura 94 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e número de consultas médio/ano/médico no Centro de Saúde da Povoação - 1996-2018

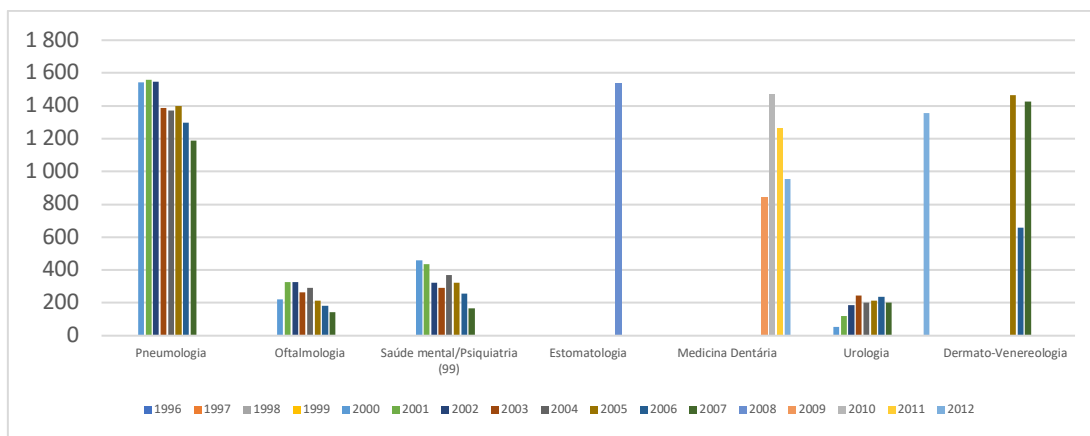


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quanto às restantes especialidades, não inseridas no domínio dos CSP, as áreas mais referenciadas, mesmo considerando que os dados dizem respeito apenas aos anos entre

1996 e 2007, são a Pneumologia, a Dermo-Venereologia, a Saúde mental/Psiquiatria e a Oftalmologia. De registar as consultas de Urologia em 2012 e as de Estomatologia e Medicina Dentária até 2012 (Fig.95).

Figura 95 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Povoação - 1996-2012

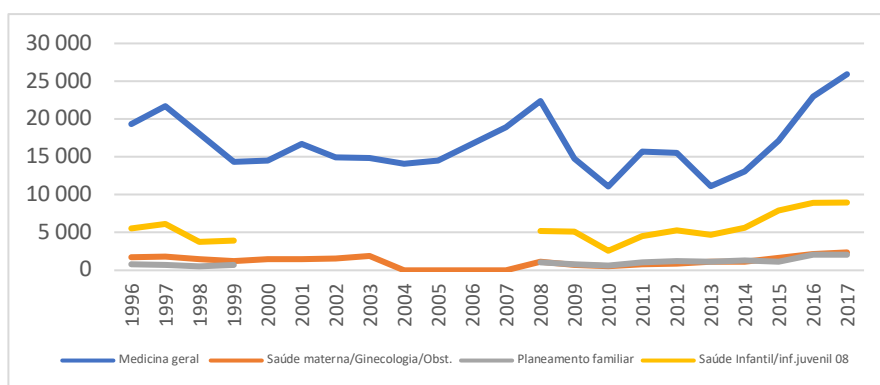


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

## Ribeira Grande

O centro de Saúde da Ribeira Grande situa-se no concelho mais jovem dos Açores, onde as taxas de natalidade e fecundidade são das mais elevadas da RAA, por esse motivo não é de admirar o número de consultas na área da Saúde Familiar, em particular na área da saúde infantil e juvenil (Fig. 96).

Figura 96 - Número de consultas na área da Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2018



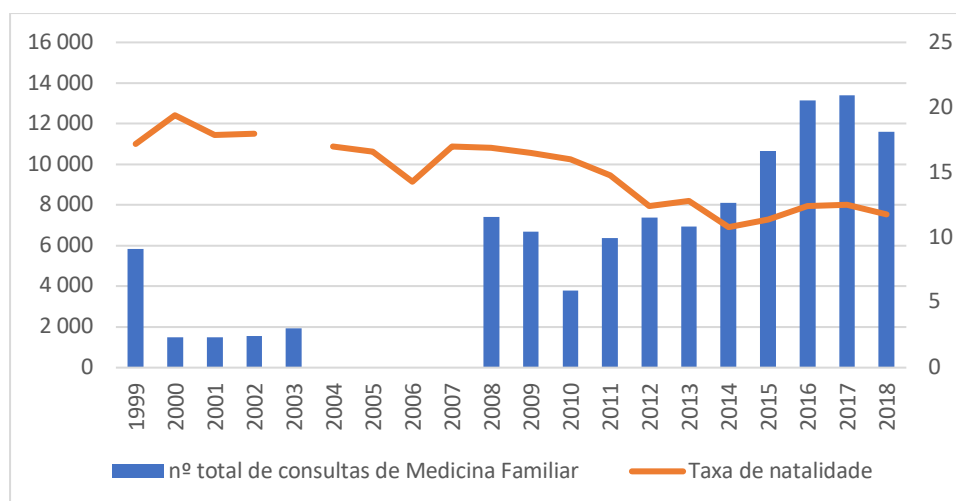
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA



Considerando o facto, como foi referido, de estarmos perante o concelho dos Açores mais jovem, importa introduzir os dados sobre a taxa de natalidade e fecundidade registada no concelho da Ribeira Grande, para melhor avaliar da necessidade que esta população regista ao nível da saúde materna e infantil.

O gráfico seguinte (Fig.97) conjuga os valores da Taxa de Natalidade no concelho da Ribeira Grande com o número de consultas nas áreas Materno-infantil. Como se pode depreender, apesar da falta de informação para alguns anos (2004 a 2008), antes de 2008 era notório o número reduzido de consultas face ao elevado número de nascimentos neste concelho. De relembrar que, apesar da tendência decrescente da natalidade, que tem afetado a RAA como o país, o concelho da Ribeira Grande registava um valor de 11,8‰ em 2018, quando na RAA este indicador era de 9,3 ‰.

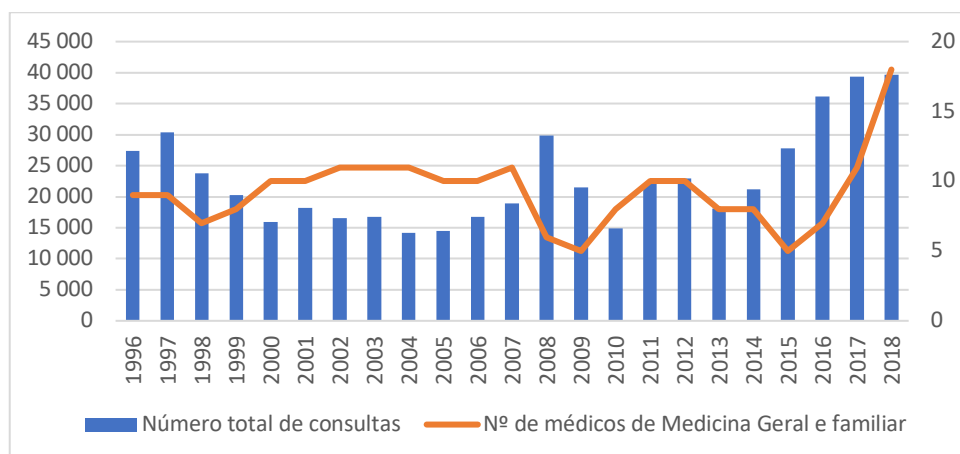
Figura 97 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar (Saúde materna e Infantojuvenil) no Centro de Saúde da Ribeira Grande e Taxa de Natalidade no Concelho da Ribeira. Grande - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde e Anuário estatístico da RAA/SREA

À semelhança das análises anteriores iremos verificar a relação entre o total das consultas registadas com o número de clínicos de medicina geral e familiar a exercer no Centro de Saúde (Fig. 98).

Figura 98 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número total de Médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2018

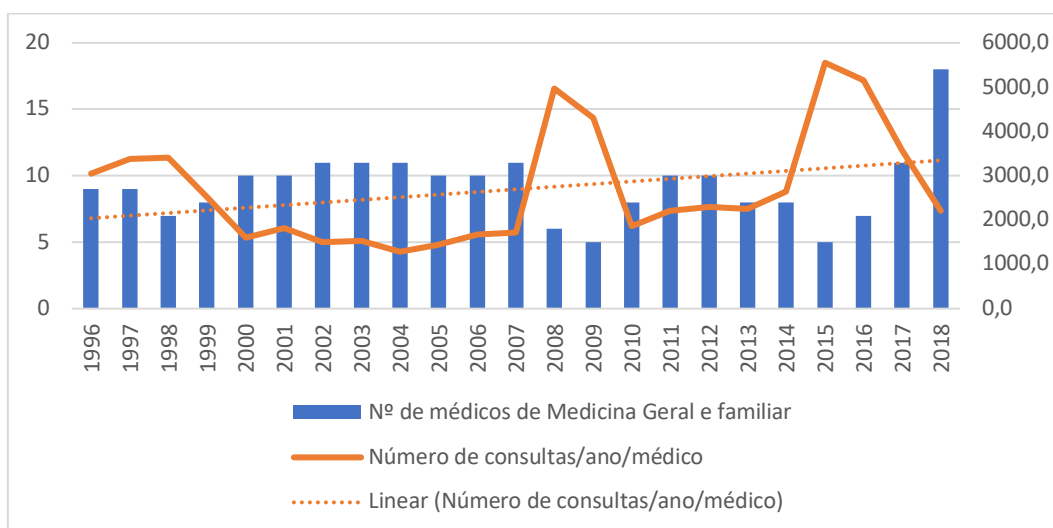


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O gráfico anterior revela uma correlação positiva, particularmente nos últimos anos (2016-2018).

Em termos de número de consultas por médico (Fig.99), a tendência é crescente e situa-se entre as 2000 e as 3000 consultas/ano/médico, exceção dos anos em que o Centro de Saúde registava menos clínicos como aconteceu em 2008 e 2009 e em 2015 e 2016.

Figura 99 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número de consultas/ano/médico no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2018

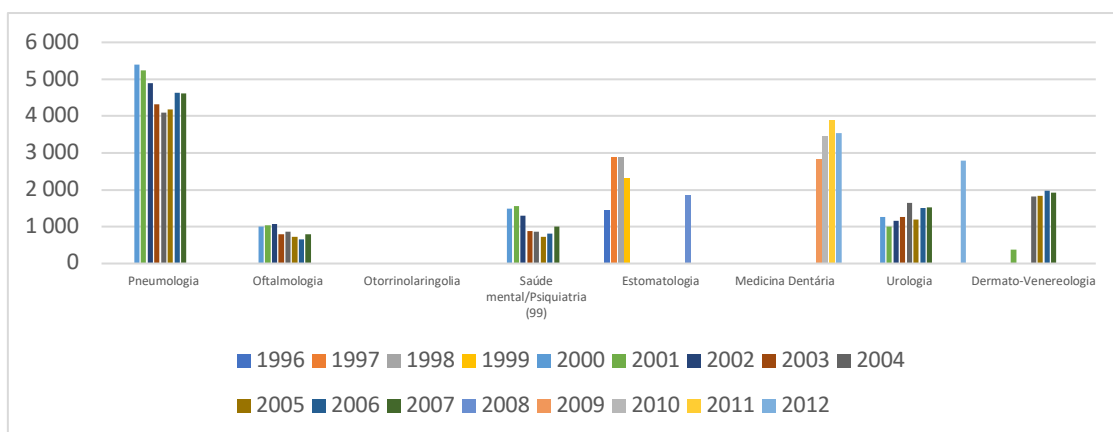


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Em relação às outras especialidades, que não as da área da Medicina Geral e Familiar, tal como nos restantes Centros de saúde, os dados estão limitados até 2012.

O gráfico (Fig.100), à semelhança do que foi registado em outros centros de saúde, confirma a relevância das consultas de Pneumologia, Dermo-Venereologia, Psiquiatria e Urologia. Mais recentemente registam-se números significativos de consultas de Estomatologia/Medicina Dentária.

Figura 100 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Ribeira Grande - 1996-2012

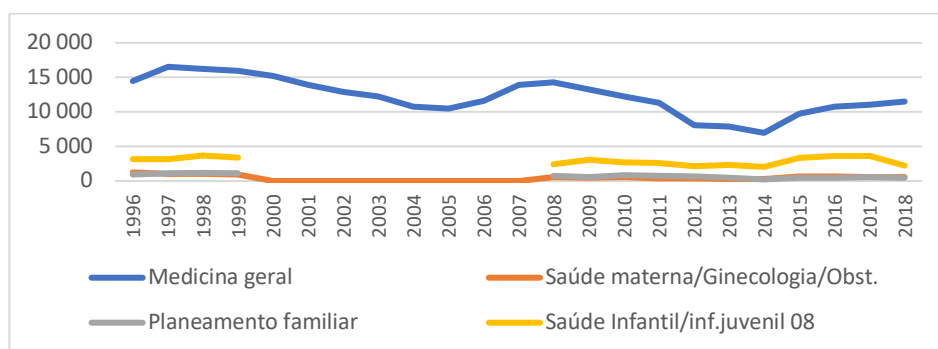


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

## Vila Franca do Campo

Em termos das consultas de Medicina Geral e Familiar o Centro de Saúde de Vila Franca regista uma tendência de decréscimo em todas as áreas, apesar de nos últimos anos (2015-2018) terem retomado com maior intensidade, as consultas de Medicina Geral (Fig.101). Na vertente da saúde familiar existe, pelo contrário, uma diminuição do número de consultas.

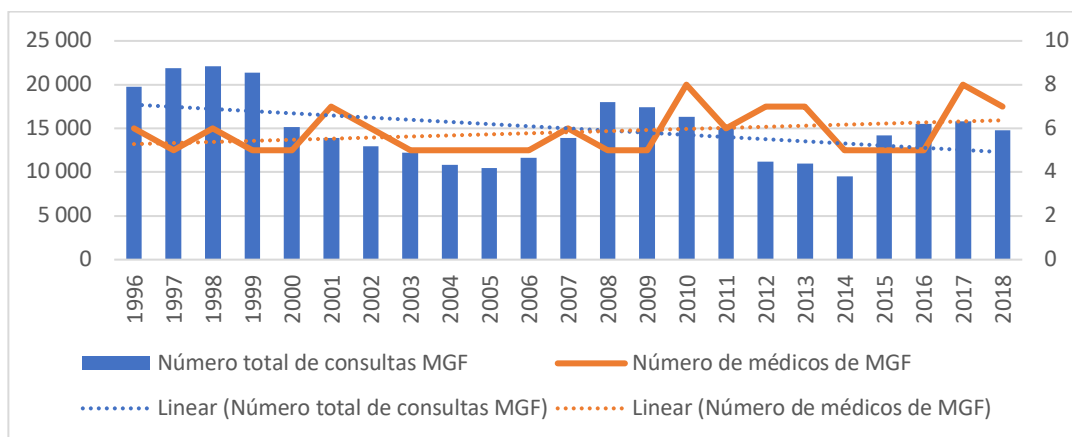
Figura 101 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Vila Franca do Campo - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

A explicação para essa tendência decrescente, particularmente entre 1997 e 2014 poderá estar na oscilação do número de clínicos de MGF, entre 5 e 8 (Fig.102).

Figura 102 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar, Número de Médicos de Medicina Geral e Familiar - 1996-2018

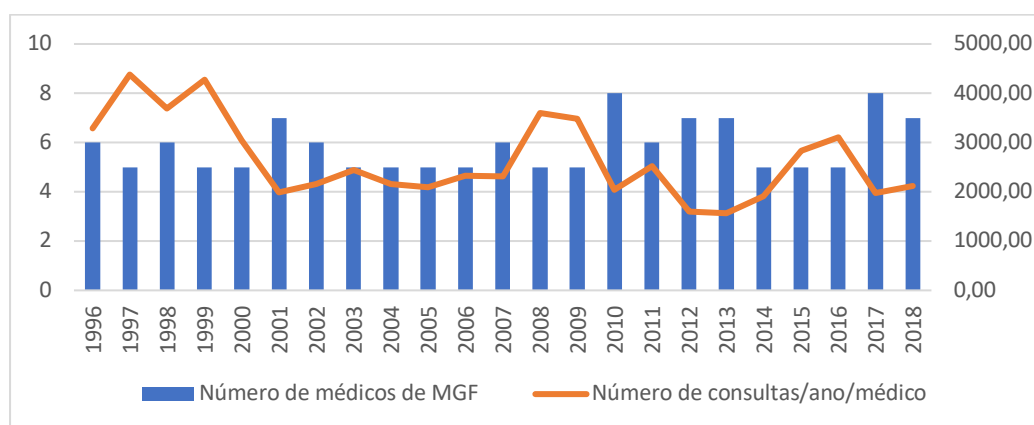


Fonte: Estatísticas da saúde

No entanto, este não parece o único fator que explica a tendência de redução do número de consultas, uma vez que a tendência ao nível do número de médicos é crescente enquanto ao nível das consultas é exatamente o contrário.

Em termos do número médio de consultas/ano/médico, verificamos uma tendência também decrescente, oscilando entre 1500 e 4000 consultas por ano/médico (Fig.103).

Figura 103 - Número de médicos e Número médio de consultas de Medicina Geral e Familiar/ano/médico no Centro de Saúde de Vila Franca do Campo - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

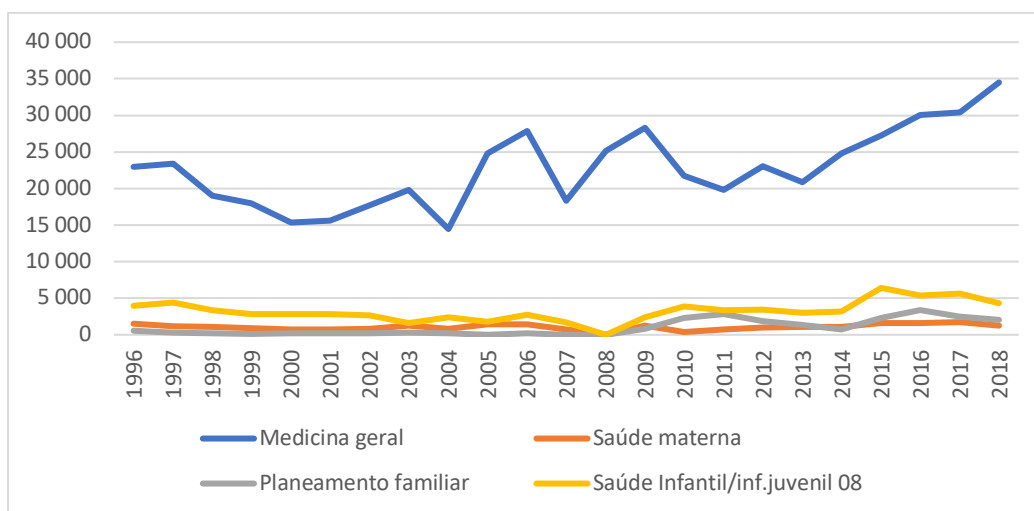
### 8.4.3.3 - Terceira

Na ilha Terceira há dois centros de saúde que integram a Unidade de Saúde da Ilha Terceira (USIT), Angra do Heroísmo e Praia da Vitória.

#### Angra do Heroísmo

O Centro de Saúde de Angra do Heroísmo regista um crescente aumento do número de consultas de Medicina Geral (Fig.104).

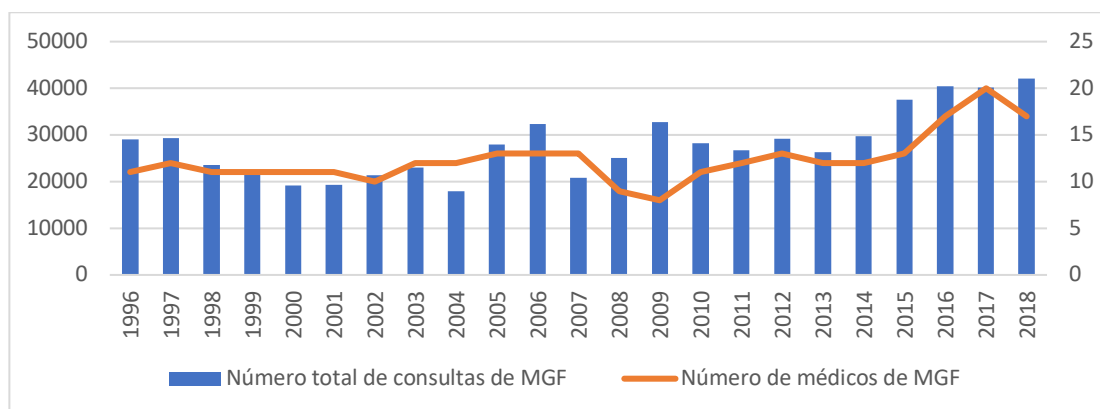
Figura 104 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quando analisamos o número total de consultas e o número total de médicos de medicina geral e familiar a trabalhar no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, verifica-se que há uma certa correlação entre os dois indicadores (Fig.105).

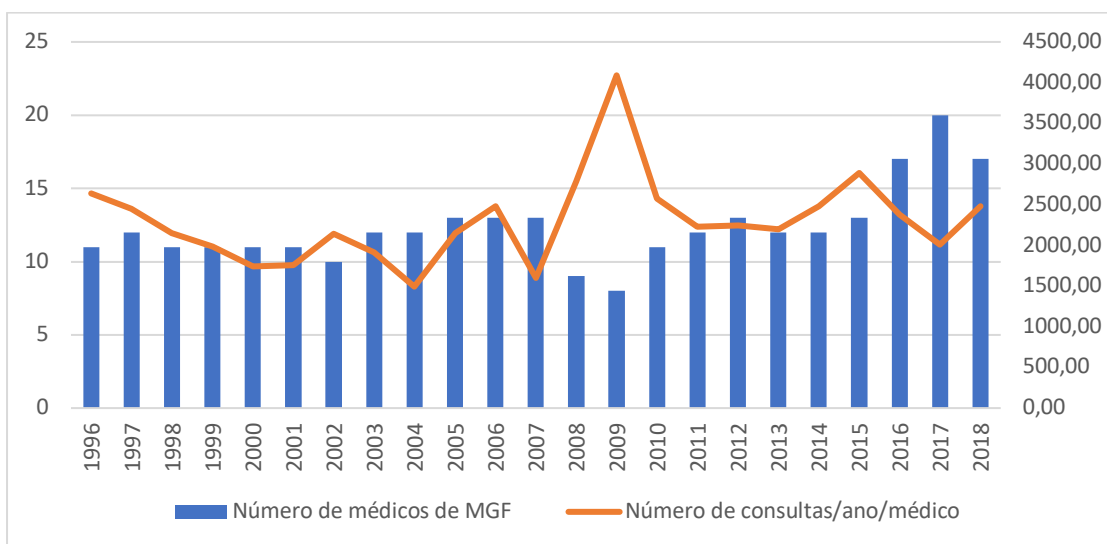
Figura 105 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número total de Médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Em termos de número médio de consultas por médico, por ano (Fig.106), os dados revelam que esse valor tem oscilado em torno das 2000 – 2500 consultas por ano/médico, exceção do ano de 2009, que registou um valor superior a 4000, por ser o ano com menos clínicos de MGF no Centro de Saúde.

Figura 106 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico - 1996-2018

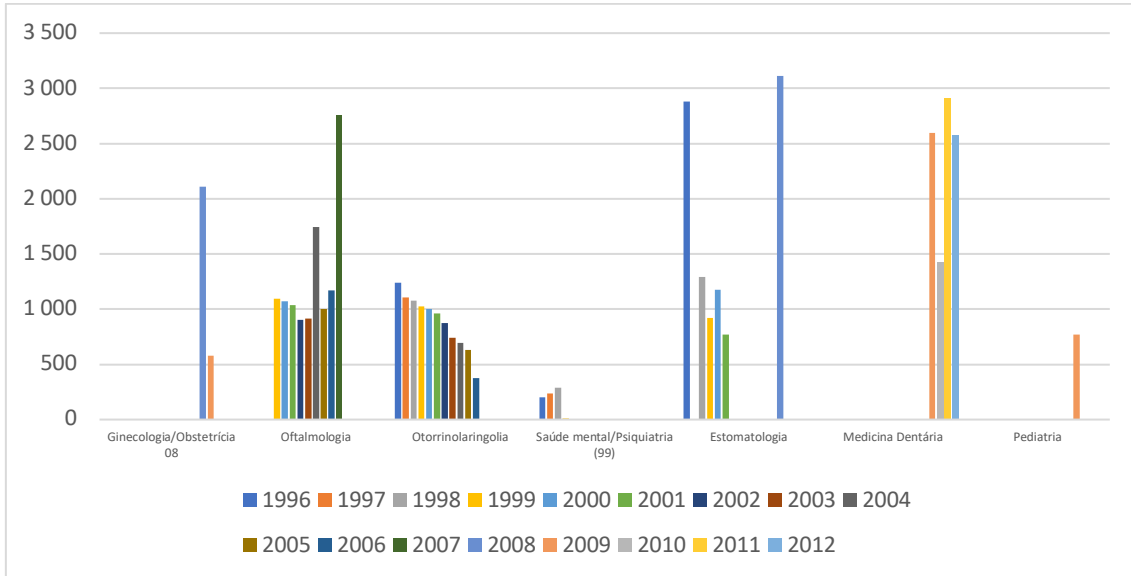


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Para além das áreas da Medicina Geral e Familiar, são poucas as especialidades que registaram atividade no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, conforme se pode verificar no gráfico seguinte (Fig.107).

No entanto, a estomatologia e a medicina dentária registam uma atividade significativa, assim como a Oftalmologia e a Otorrino.

Figura 107 - Consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo - 1996-2012

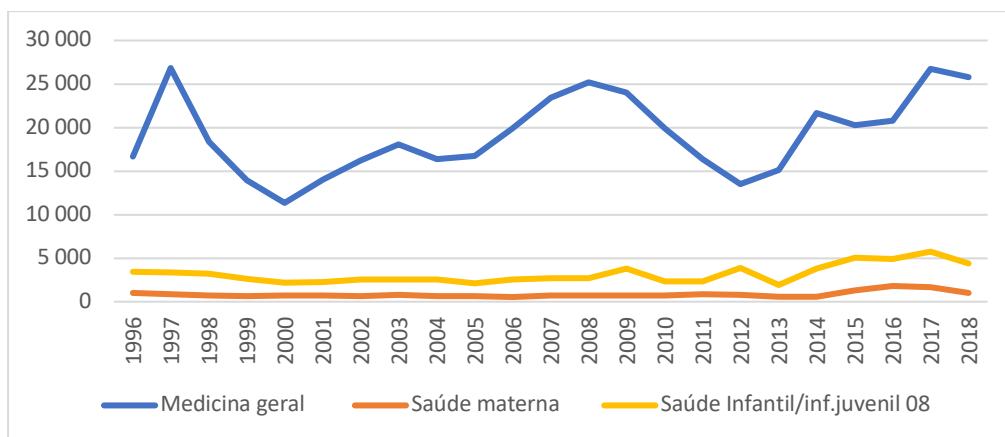


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

## Praia da Vitória

O centro de saúde da Praia da Vitória, à semelhança de Angra do Heroísmo regista uma crescente realização de consultas de Medicina Geral. Ao nível da medicina familiar regista-se um ligeiro aumento do número de consultas entre 2014 e 2018 (Fig.108).

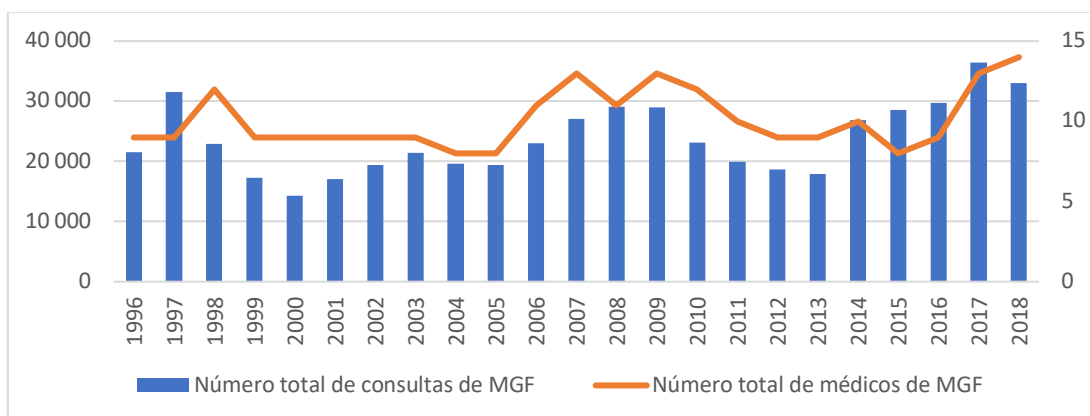
Figura 108 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996 - 2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Da análise do número de médicos de MGF a trabalhar no Centro de Saúde da Praia da Vitória, destaca-se o facto de haver uma relação direta entre o número de clínicos e a produção de consultas (Fig.109).

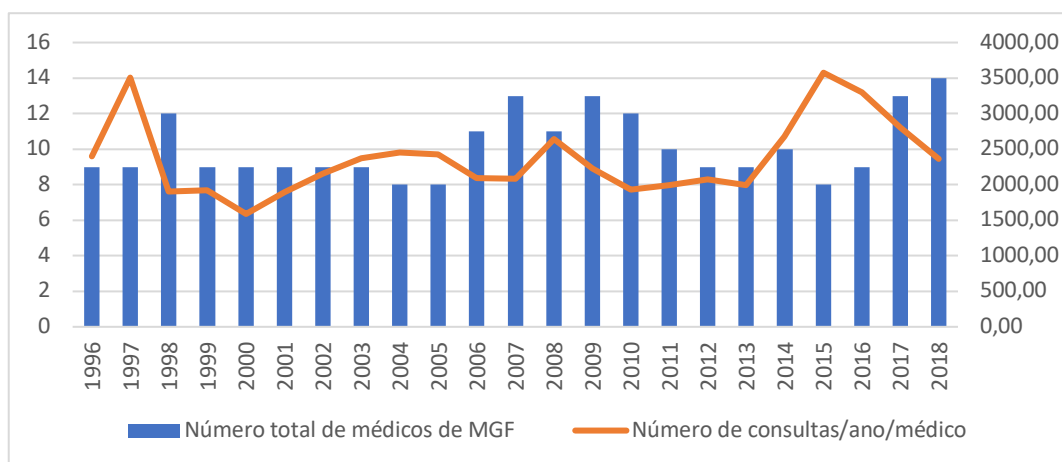
Figura 109 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e número total de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quanto ao número médio de consultas/ano/médico (Fig.110), os dados situam o número médio na ordem das 2300 consultas/ano/médico, exceção dos anos de 2015 e 2016 onde existiram menos clínicos de MGF em exercício no Centro de Saúde.

Figura 110 - Número total de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996-2018

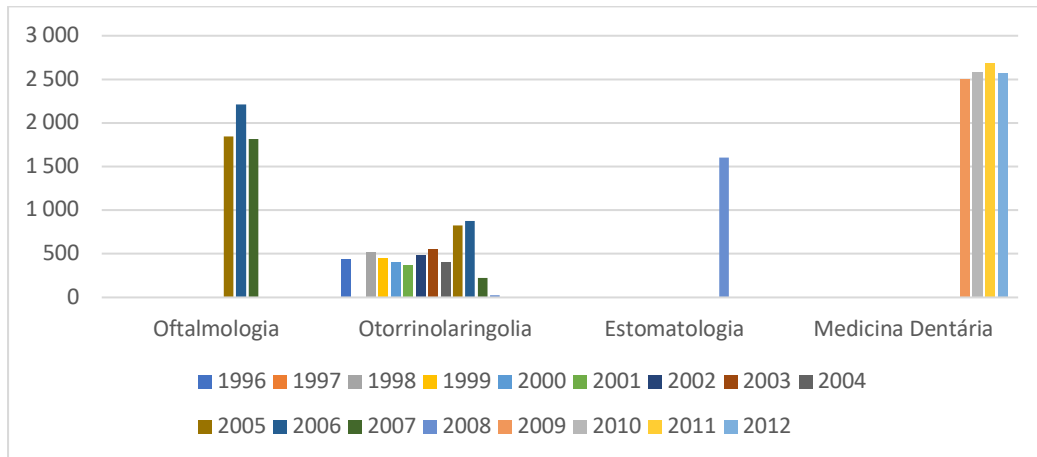


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA



Ao nível de outras especialidades (Fig.111), o Centro de Saúde da Praia da Vitória regista apenas as áreas da Medicina Dentária/Estomatologia, da Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Figura 111- Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Praia da Vitória - 1996-2018



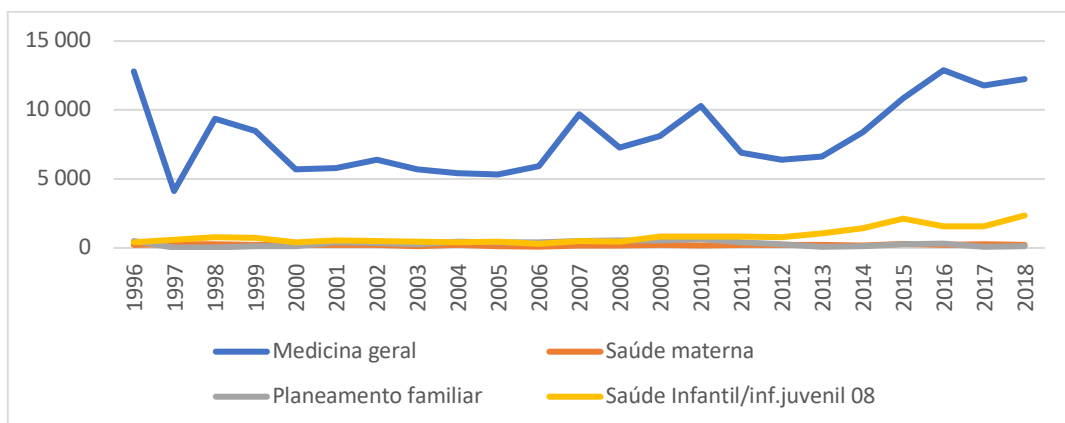
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.4.3.4 - Graciosa

Na ilha Graciosa encontramos um Centro de Saúde que é também o único da Unidade de saúde da ilha.

De acordo com os dados sobre o número de consultas da área da Medicina Geral e Familiar, verifica-se uma tendência crescente, particularmente desde 2012, quer ao nível da Medicina Geral, quer nas áreas da Saúde materna e infantil (Fig.112).

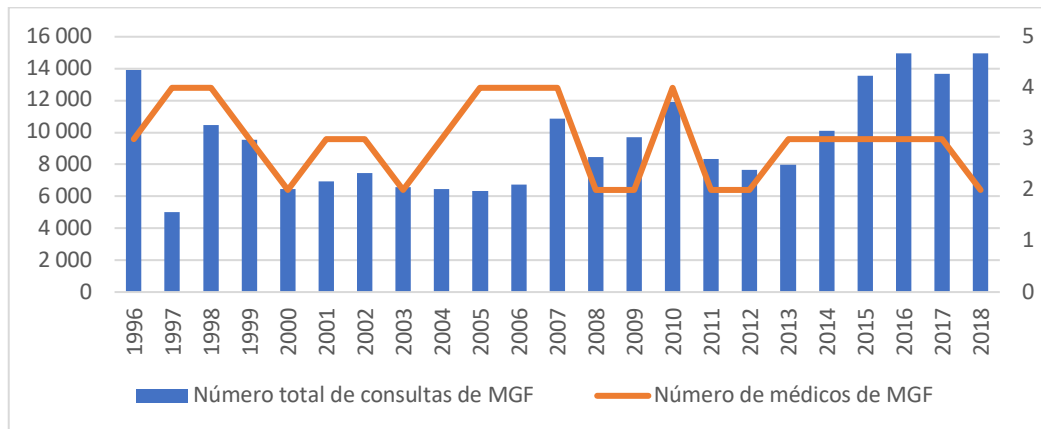
Figura 112 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Graciosa - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Uma análise da evolução do número de clínicos de Medicina Geral e Familiar a exercer no Centro de Saúde da Graciosa (Fig.113) revela que, apesar da redução do número de clínicos registada em 2011 (de 4 para 2) e da recuperação de um clínico em 2013, o número de consultas aumentou desde 2014, inclusive em 2018, quando o centro regista de novo menos um médico de MGF.

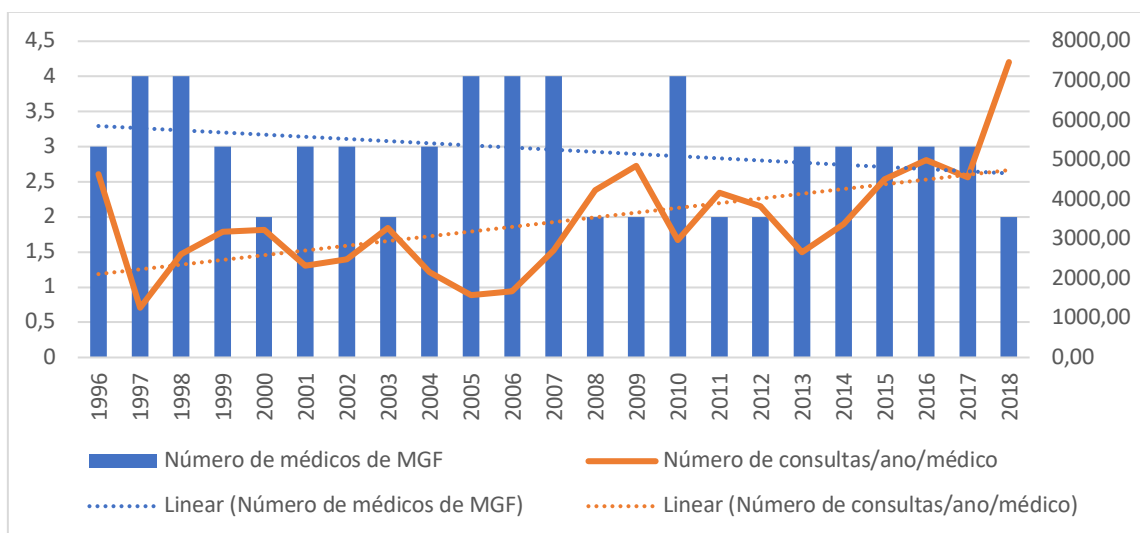
Figura 113 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Graciosa - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Em termos do número médio de consultas por ano/médico, o resultado é uma tendência crescente, na ordem inversa da tendência registada no número de médicos em exercício neste Centro de Saúde (Fig.114).

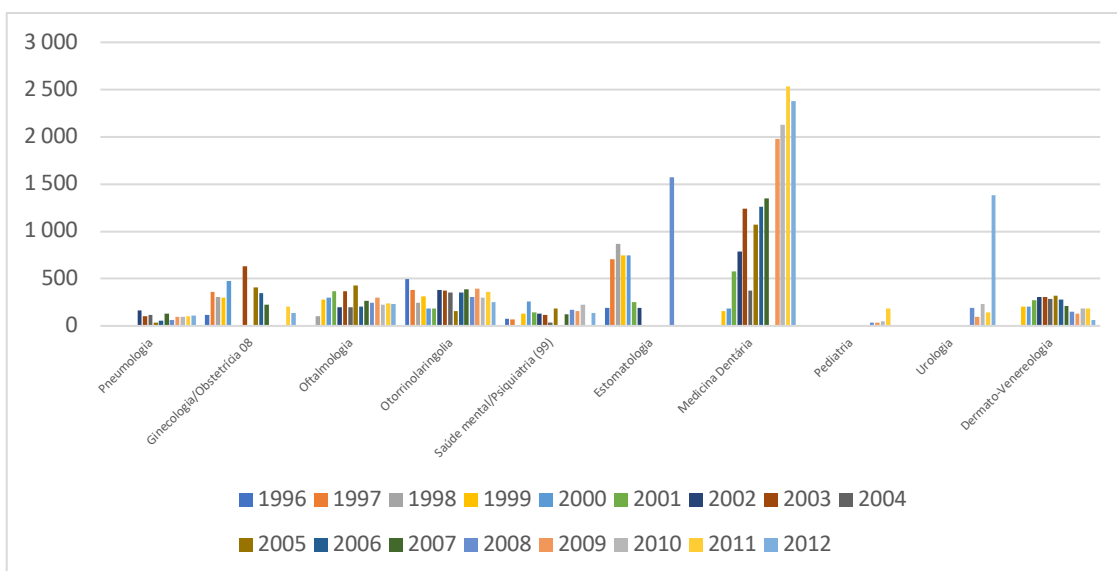
Figura 114 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número médio de consultas/ano/médico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Ao nível das outras especialidades, sem dúvida que a Medicina Dentária/Estomatologia foi a que mais consultas registou entre 1996 e 2012, seguida das áreas da Otorrino e Oftalmologia (Fig.115).

Figura 115 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Graciosa - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

#### 8.4.3.5 - São Jorge

A ilha de São Jorge engloba dois centros de saúde, Calheta e Velas.

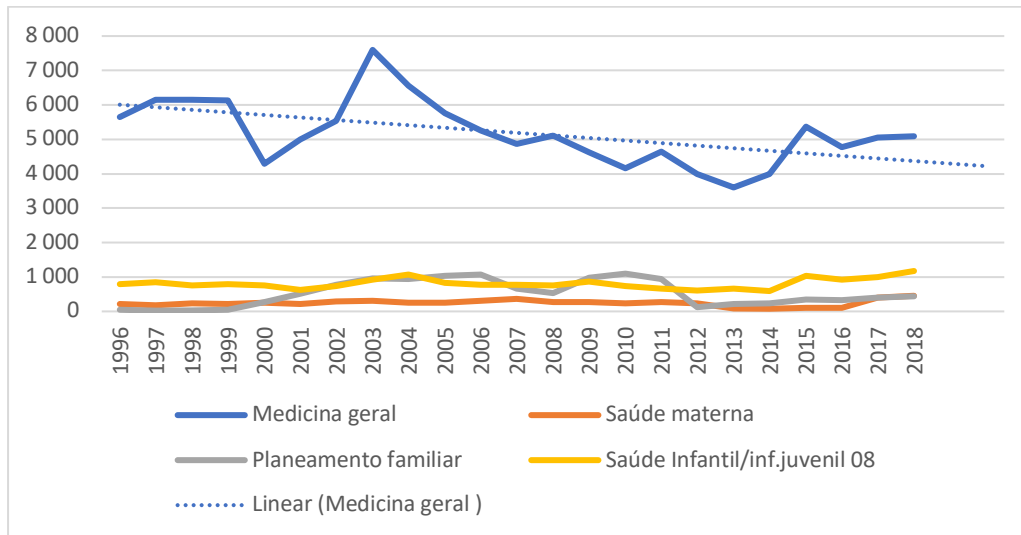
#### Calheta

O concelho da Calheta é o segundo concelho mais envelhecido dos Açores, com um índice de envelhecimento de 175,7 em 2018, quando na RAA se registava 91,2.

Nesse sentido, o centro de saúde tem uma particular importância no atendimento às populações mais envelhecidas nas consultas de Medicina Geral (Fig. 116), o mesmo acontecendo em outros concelhos da região, como temos vindo a destacar. A vertente familiar, da saúde materna e infantil não tem neste concelho o mesmo protagonismo, até pelo fenómeno do envelhecimento e da baixa da natalidade, como adianta se demonstra. O gráfico regista uma tendência de redução do número de consultas de

medicina familiar, o que poderá decorrer da perda de residentes, no entanto, como foi referido, há certamente um acréscimo de necessidades por parte dos residentes mais velhos.

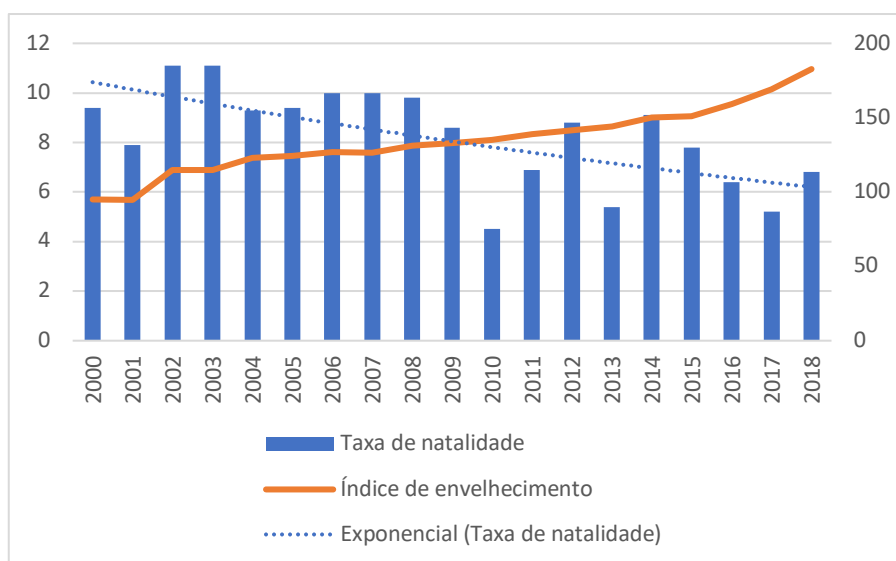
Figura 116 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Calheta - São Jorge - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

O gráfico seguinte reúne informação demográfica sobre a evolução da taxa de natalidade e do índice de envelhecimento no concelho da Calheta (Fig.117).

Figura 117 - Taxa de natalidade e índice de envelhecimento no concelho da Calheta de São Jorge - 2000-2018

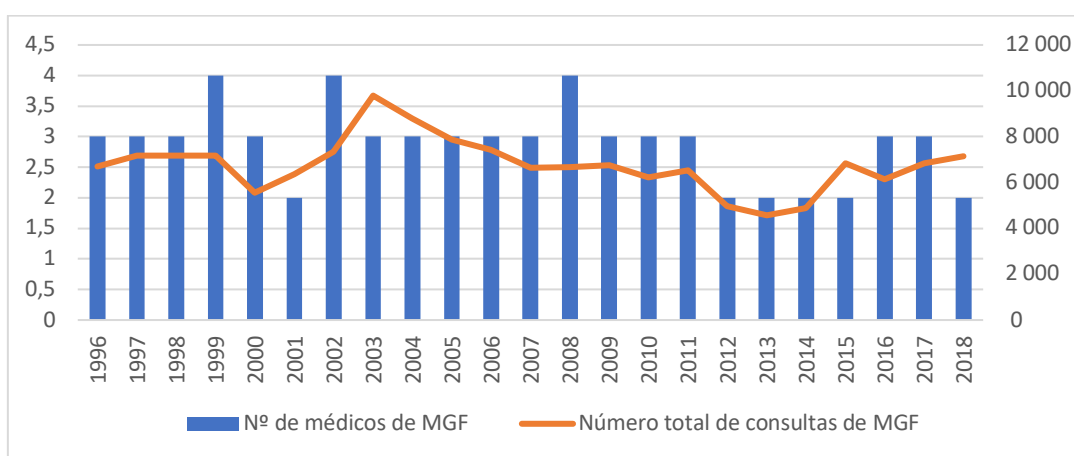


Fonte: Estatísticas demográficas da RAA/SREA

Trata-se de um concelho que tem vindo a envelhecer nos últimos anos, quer pelo número de idosos ali residentes, quer pela diminuição do número de nascimentos.

Em termos da presença dos médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Calheta, verificamos que tem oscilado entre 2 e 3, chegando a ter 4 em alguns anos. Se relacionarmos o número de clínicos com o número de consultas, no caso deste centro tem diminuído com a redução do número de clínicos, exceção do ano de 2018 (Fig.118).

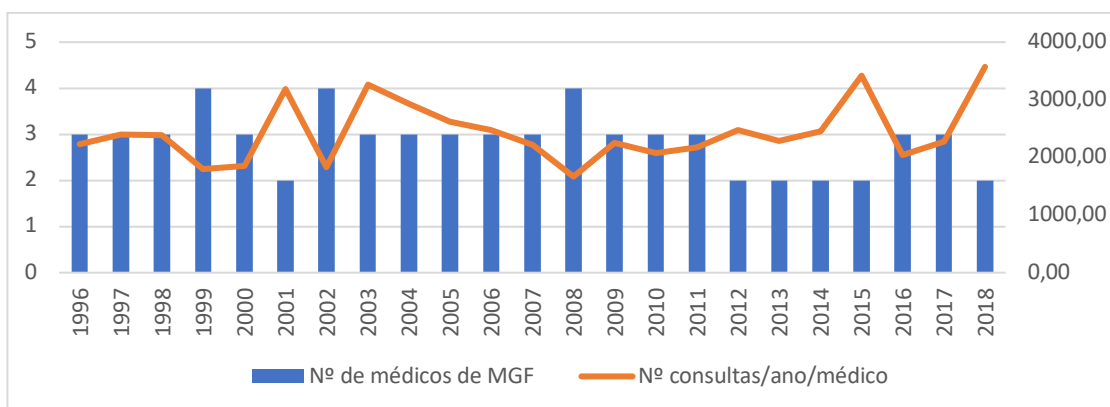
Figura 118 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Calheta de São Jorge - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Atendendo ao número de consultas por ano/médico (Fig.119), verificamos que aumenta quando há uma redução do número de clínicos e diminui sempre que esse número aumenta.

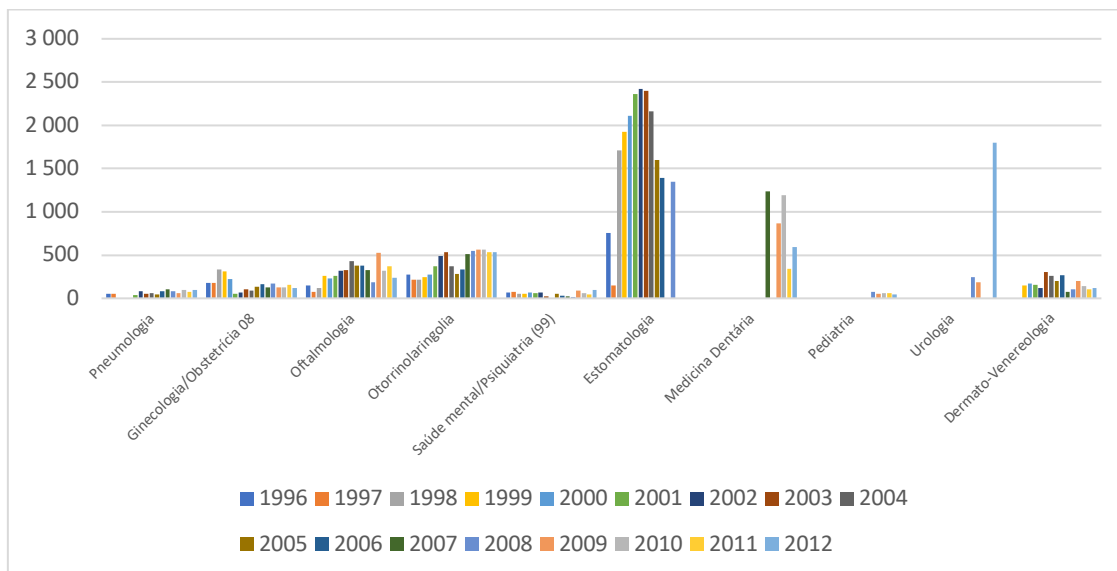
Figura 119 - Número de médicos de Medicina Geral e Familiar e número médio de consultas/ano/médico no Centro de Saúde da Calheta de São Jorge - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Ao nível das outras áreas de especialidade (Fig.120), destacam-se as consultas de Estomatologia e Medicina Dentária, seguidas das áreas de Otorrino, Oftalmologia e Ginecologia.

Figura 120 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Calheta de São Jorge - 1996-2018



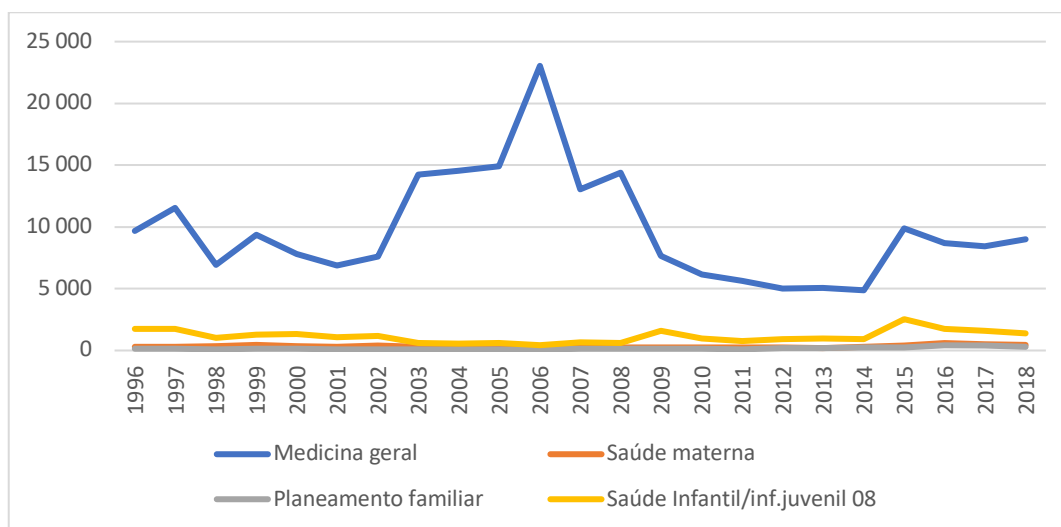
Fonte: Estatísticas da Saúde

## Velas

O concelho das Velas de São Jorge reúne mais população do que o da Calheta, no entanto, no panorama da região, como foi referido anteriormente, é também um dos concelhos mais envelhecidos, fazendo com que esta ilha registe um índice de envelhecimento de 159,5, o mais elevado da RAA.

Em termos de consultas de Medicina Geral e Familiar (Fig.121), a evolução registada no centro de saúde das Velas revela um pico de consultas de medicina geral entre 2003 e 2008, no quadro de uma tendência decrescente, se considerarmos o período em análise (1996-2018).

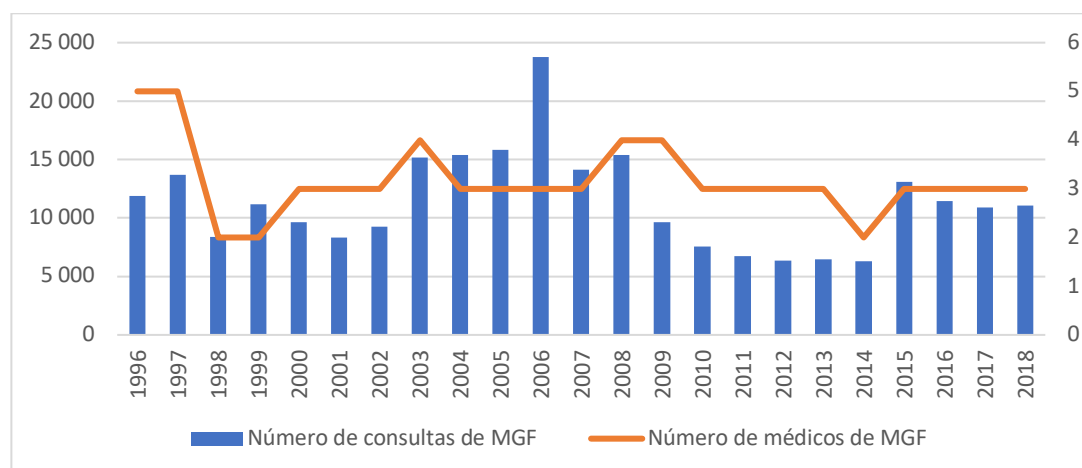
Figura 121 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Velas de São Jorge - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Considerando a presença dos Clínicos de Medicina Geral e Familiar neste Centro de Saúde das Velas (Fig.122), verifica-se que o número de consultas tem variado em função do número de médicos, exceção do ano de 2006 em que não tendo havido alteração no número de clínicos houve um aumento significativo no número de consultas.

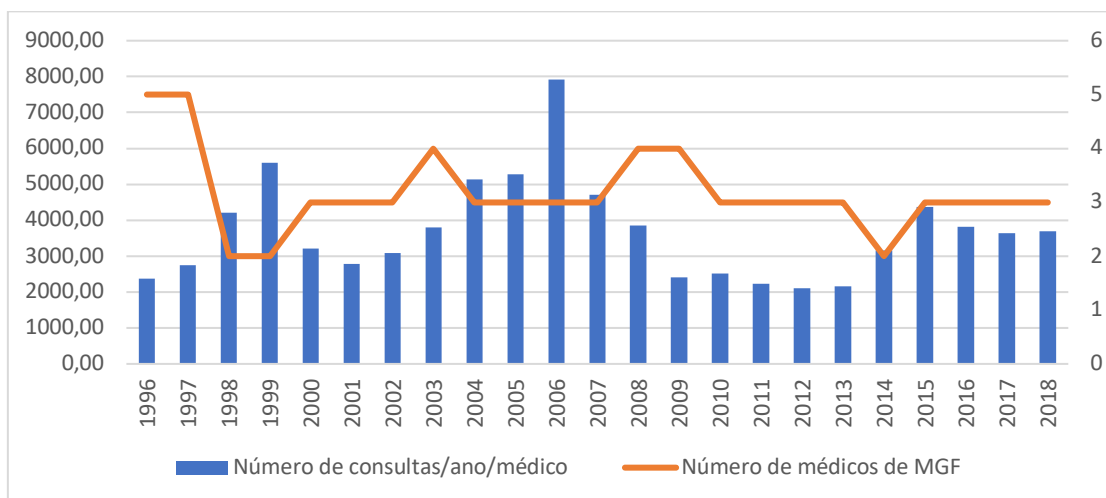
Figura 122 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Velas de São Jorge - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Quanto ao número de consultas por médico/ano, verifica-se uma grande variação, que em parte acompanha a oscilação no número de clínicos ao serviço da população deste concelho (Fig.123).

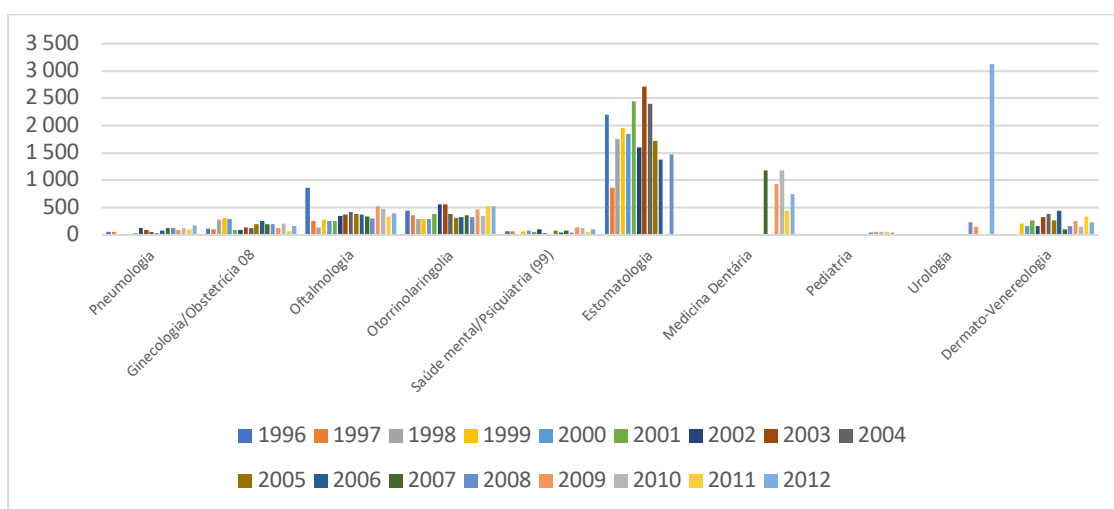
Figura 123 – Número de consultas de Medicina Geral e Familiar/ano/médico e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar – 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Ao nível das outras áreas de especialidade, o Centro de Saúde de Velas regista um número significativo de consultas nas áreas da Estomatologia e Medicina Dentária e de Urologia, no ano de 2012. As áreas que também registam um número consistente de consultas entre 1996 e 2012) foram as de Otorrino e Oftalmologia (Fig.124).

Figura 124 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde de Velas - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde



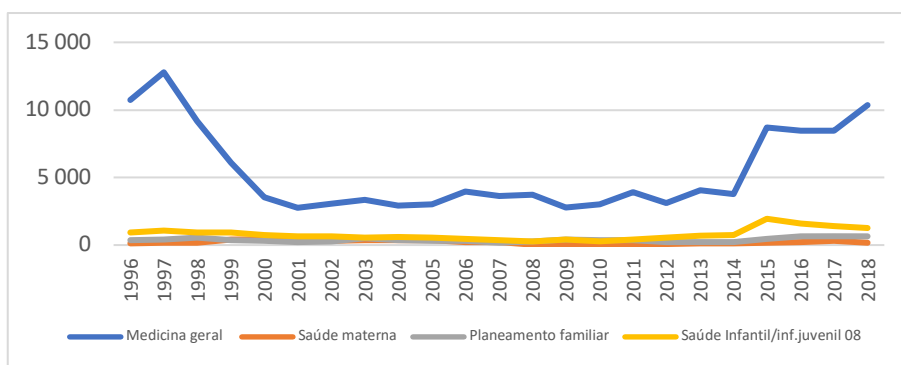
#### 8.4.3.6 - Pico

O Pico é a segunda maior ilha, em área geográfica, da RAA. Residiam, nesta ilha em 2018, 13637 habitantes nos três concelhos: 4498 residentes nas Lajes, 5875 na Madalena e 3264 em São Roque.

#### Lajes do Pico

O centro de Saúde das Lajes registou até 2014 uma redução significativa no número de consultas. No entanto, desde 2014 houve um aumento bastante significativo (Fig.125).

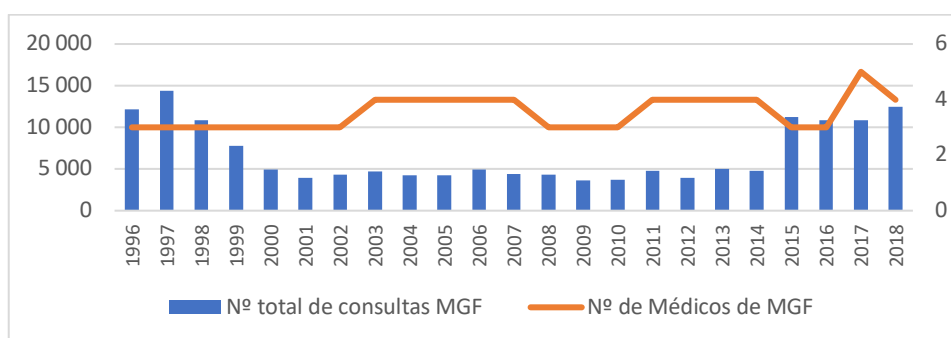
Figura 125 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes do Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

A leitura destes dados pode ter algum sentido, quando analisamos o número de clínicos disponíveis neste centro de saúde, verificamos que a redução do número de consultas não resultou de uma diminuição de clínicos. O aumento do número de consultas em 2015 coincidiu com uma redução no número de clínicos de 4 para 3 (Fig.126).

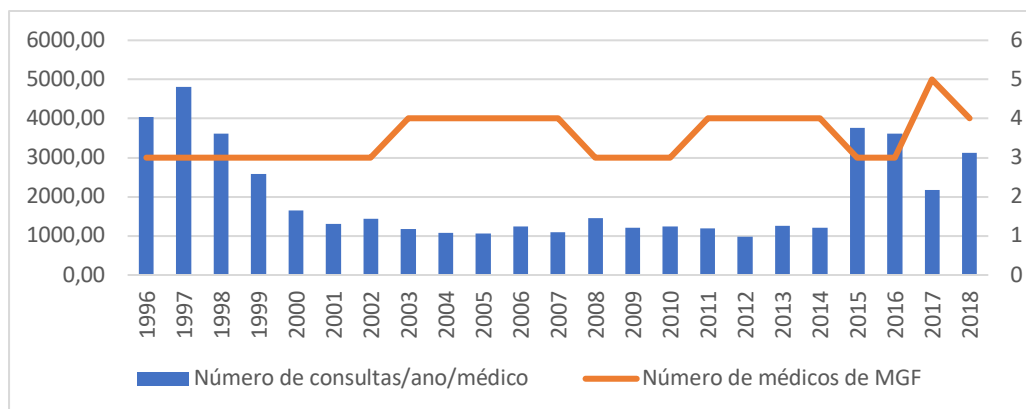
Figura 126 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

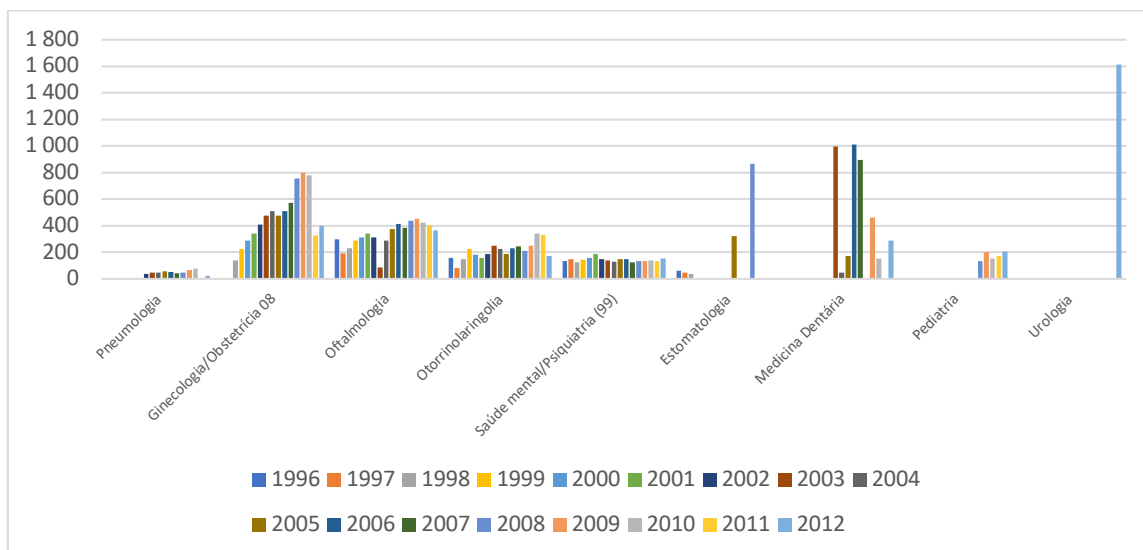
A análise do número de consultas por ano/médico revela que a média que perdurou entre 2001 e 2014 rondou as 1200 – 1300 consultas, muito abaixo de outras médias registadas em outros centros de saúde (Fig.127).

Figura 127 - Número de consultas médio/ano/médico e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes do Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Figura 128 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde das Lajes do Pico - 1996-2012



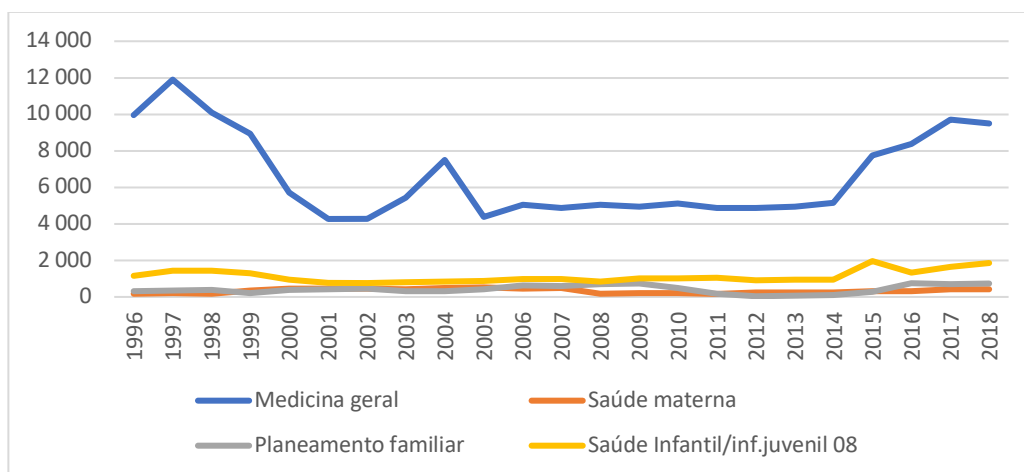
Fonte: Estatísticas da Saúde

O gráfico anterior (Fig. 128) mostra como, especialidades como Ginecologia, Oftalmologia, Otorrino e Psiquiatria, registaram consultas todos os anos no Centro de Saúde das Lajes, até 2012. No caso da Medicina Dentária, não houve tanta consistência na prestação desta especialidade, no entanto, regista números bastante significativos.

## Madalena

O concelho da Madalena é o mais populoso da ilha. Em termos de consultas de medicina geral e familiar regista-se um menor número entre 2000 e 2014, tendo reaumentado entre 2015 e 2018 (Fig. 129).

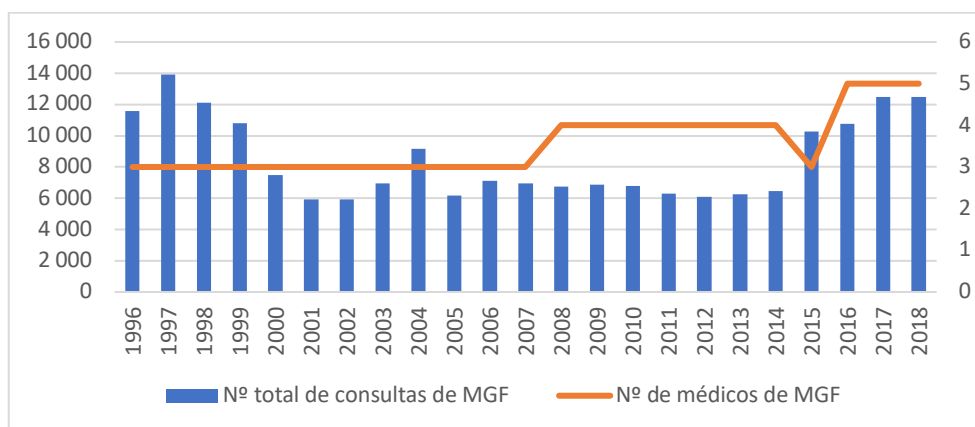
Figura 129 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Madalena - Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Ao longo dos anos em análise verifica-se que o aumento do número de médicos não teve impacto no número de consultas, entre 2008 e 2014. Desde então verificou-se um aumento de consultas e um aumento de clínicos.

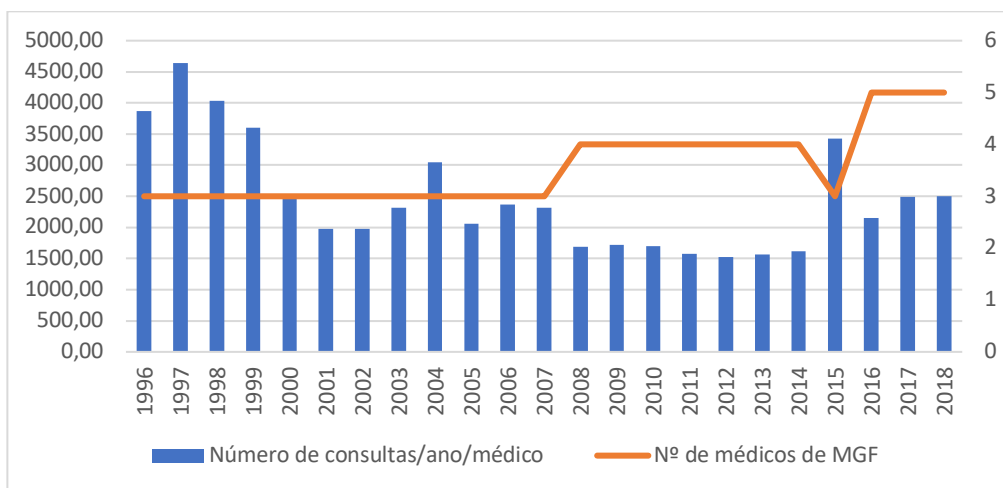
Figura 130 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Madalena- Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Da análise destes dados tendo por base o número de consultas/ano/médico (Fig.131), verifica-se que a redução do número de consultas entre 2008 e 2014 corresponde à presença de quatro clínicos, quando antes havia apenas três.

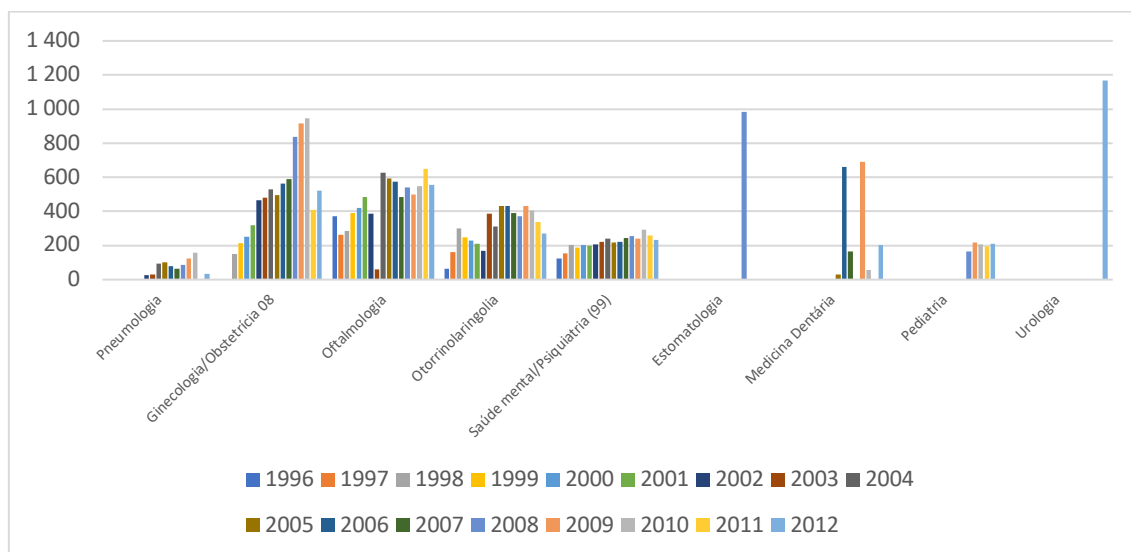
Figura 131 - Número de consultas/ano/médico no Centro de Saúde no Centro de Saúde da Madalena - Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Em relação às restantes especialidades, verifica-se que no centro de saúde da Madalena houve uma prática consistente na área da Ginecologia, Oftalmologia, Otorrino e Psiquiatria, entre 1996 e 2012 (Fig.132).

Figura 132 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde da Madalena - Pico - 1996-2018

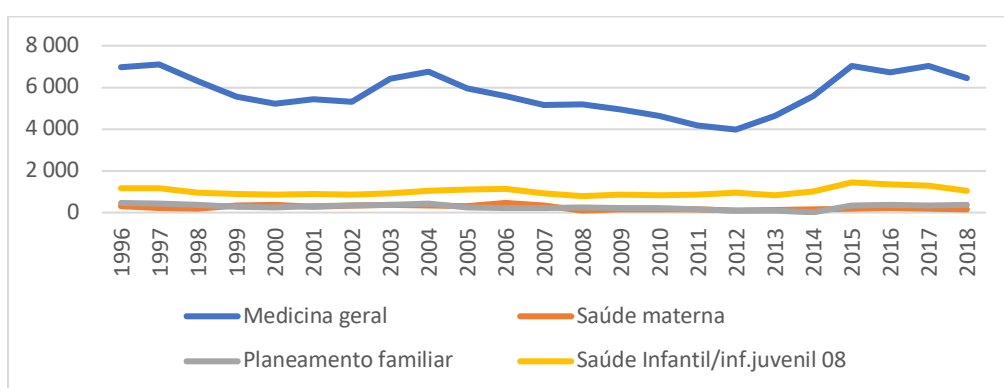


Fonte: Estatísticas da Saúde

## São Roque do Pico

No centro de Saúde de São Roque do Pico, o número de consultas de Medicina Geral e Familiar tem oscilado ao longo dos anos, com um decréscimo mais acentuado entre os anos de 2005 e 2012 (Fig.133). Desde de 2013, o número de consultas voltou a aumentar até 2018.

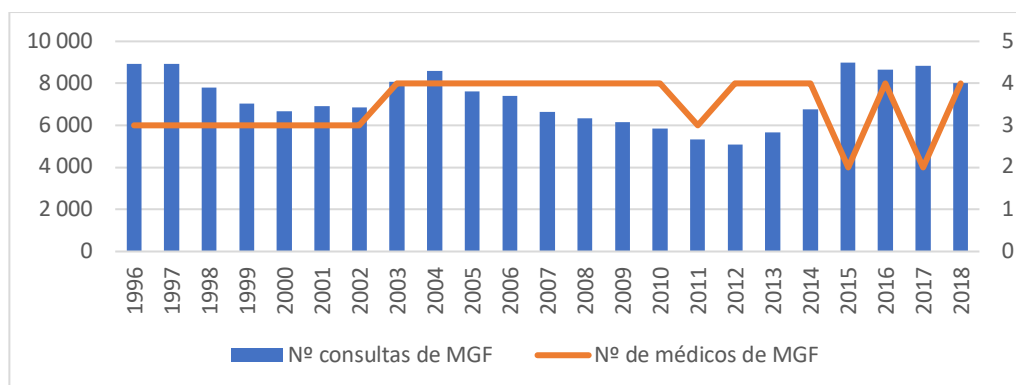
Figura 133 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Ao nível do número de clínicos ao serviço deste Centro de Saúde (Fig.134), depois de se registar três clínicos de MGF até 2002, o Centro de Saúde de São Roque passou a contar com quatro médicos entre 2003 e 2014, exceção do ano de 2011. Desde 2015, tem havido uma alteração desse número, entre 2 e 4 clínicos.

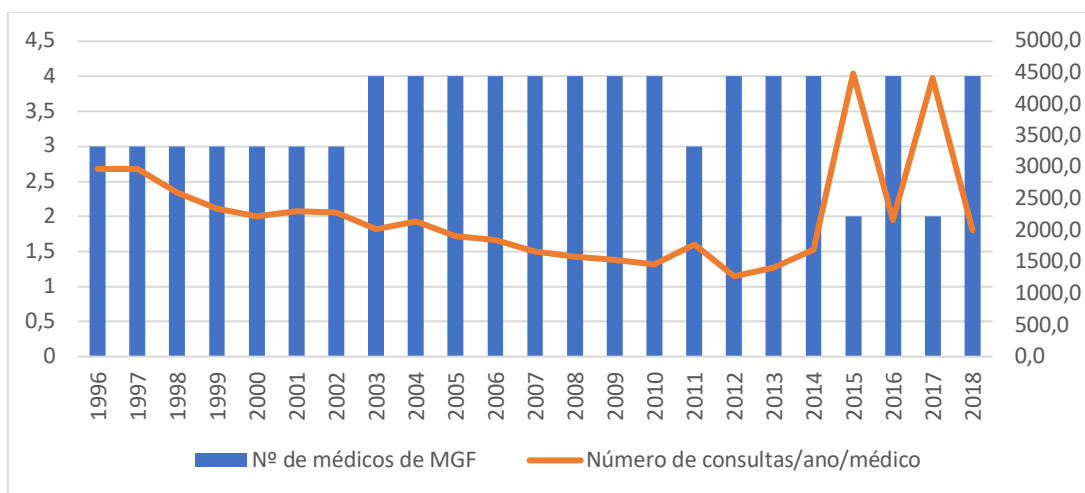
Figura 134 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Em termos do número de consultas por ano/médico (Fig.135) verifica-se uma tendência decrescente entre 1996 e 2012, tendo aumentado, aquando da redução do número de clínicos em 2015. Em média, neste período em análise, cada clínico realizou cerca de 2200 consultas por ano.

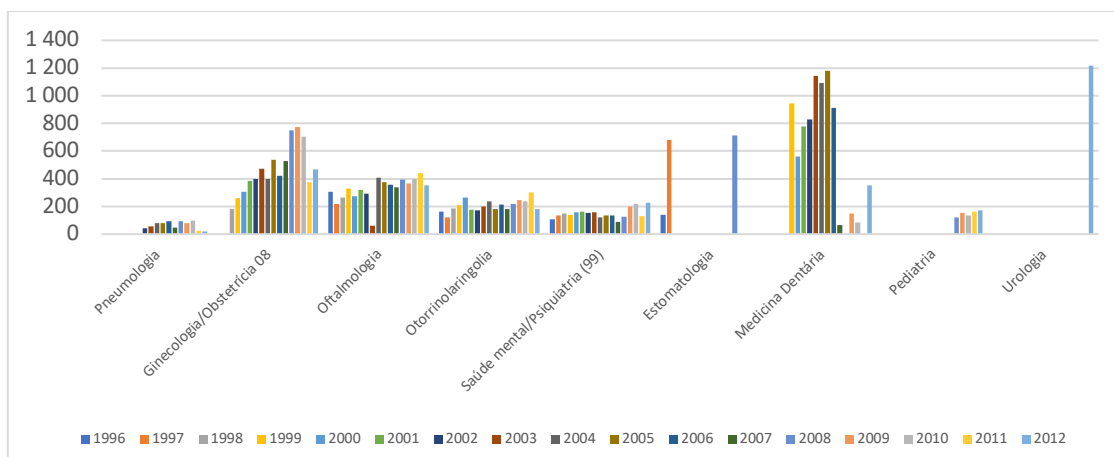
Figura 135 - Número médio de consultas/ano/médico e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Em termos das outras especialidades, o número de consultas entre 1996 e 2012 foi sobretudo registado nas áreas de Medicina Dentária e Ginecologia. Registou-se ainda um número continuado de consultas de Oftalmologia, Otorrino e Psiquiatria (Fig.136).

Figura 136 - Número de consultas de outras Especialidades no Centro de Saúde de São Roque do Pico - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

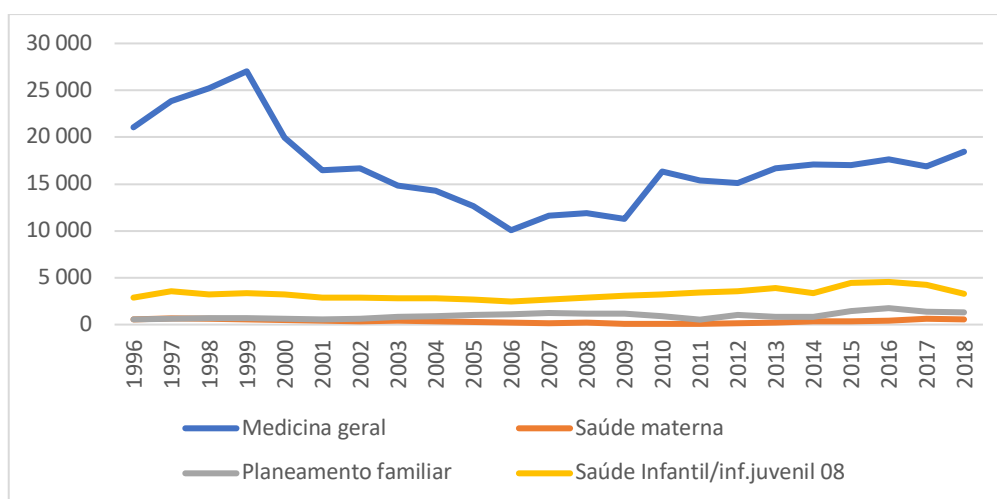
#### 8.4.3.7 - Faial

Apesar desta ser a terceira maior ilha em população da RAA, tem apenas um concelho, logo um centro de Saúde, mas tem também um dos três hospitais da Região. Talvez por esse facto, as consultas de especialidade, que não de Medicina Geral e Familiar, não constam dos dados registados.

O centro de saúde da Horta, pelo menos desde 1996, apenas presta serviços ao nível dos Cuidados de Saúde primários.

De acordo com o gráfico seguinte (Fig.137), houve um decréscimo no número de consultas entre 2000 e 2006, tendo vindo a aumentar desde esse ano.

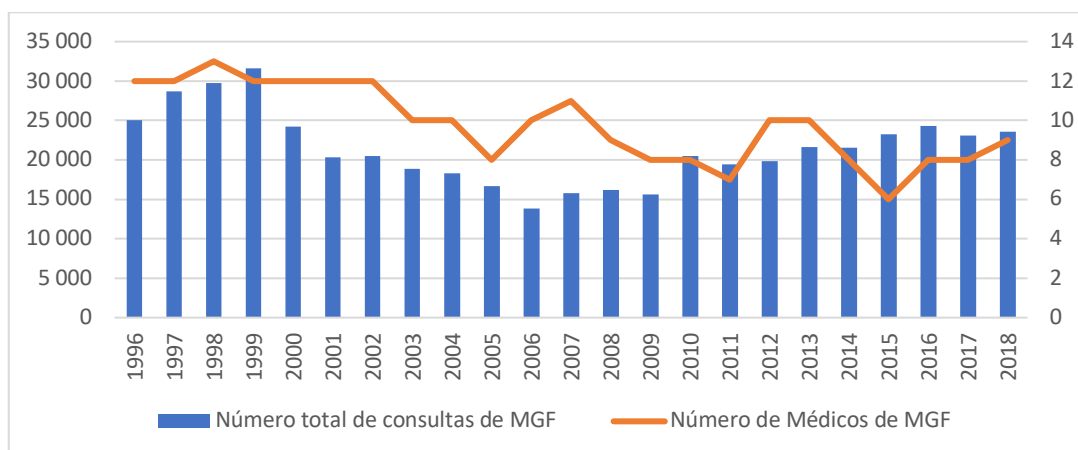
Figura 137- Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Horta – 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

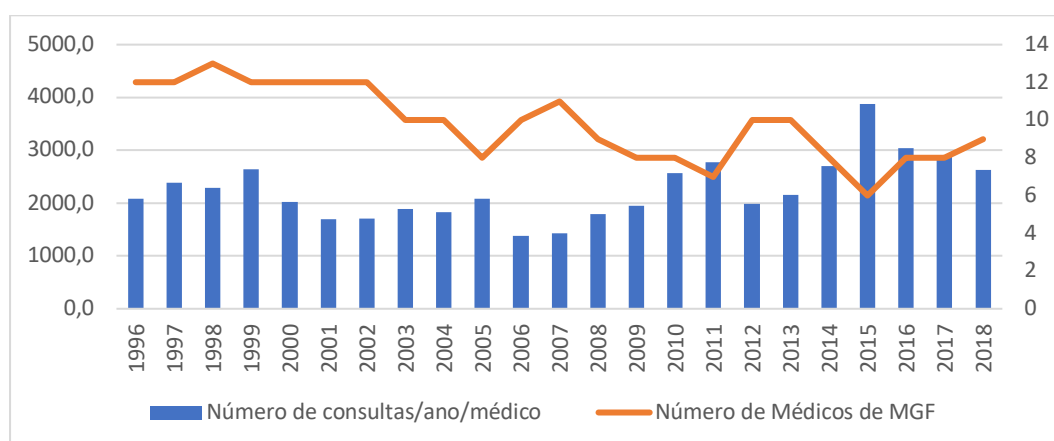
Considerando o número de clínicos a exercer neste Centro de Saúde verifica-se que o número de consultas diminuiu com a diminuição do número de médicos e que, a recuperação recente (2015-2018) parece corresponder à entrada de mais clínicos (Fig.138)

Figura 138 – Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de Médicos de Medicina Geral e Familiar – 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Figura 139 - Número médio de consultas de Medicina Geral e Familiar/ano/médico e Número de Médicos de Medicina Geral e Familiar - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

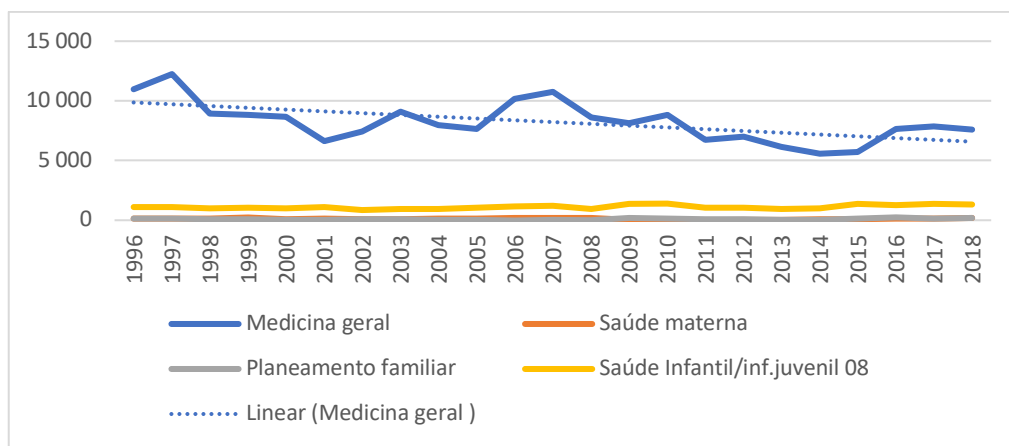
Ao nível do número de consultas por médico/ano, verifica-se uma média de cerca de 2200 ao longo do período em análise. No entanto, desde 2014, essa média aumentou. Como já foi referido antes, não existe registo de consultas de outras especialidades no centro de saúde da Horta, exceção para algumas consultas de Urologia (112) no ano de 2012.

#### 8.4.3.8 - Flores



Apesar de esta ilha ter dois concelhos, apenas há um Centro de Saúde, em Santa Cruz. Como foi anteriormente referido, a ilha das Flores registava em 2018 um dos mais elevados índices de envelhecimento da RAA, como adiante se apresenta. Há uma clara diminuição na população residente e um evidente envelhecimento das comunidades. Quanto ao número de consultas de Medicina Geral e Familiar, os dados revelam uma acentuada tendência de diminuição, particularmente ao nível da Medicina Geral (Fig.140).

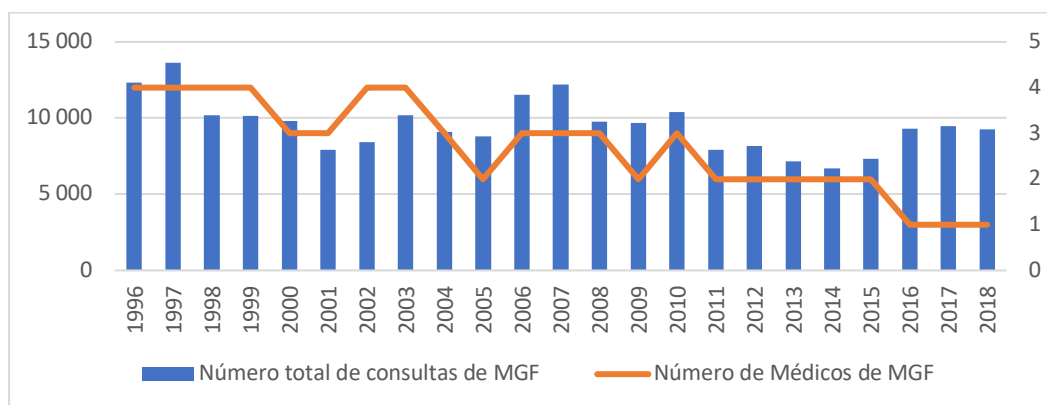
Figura 140 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes das Flores - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Olhando o número de clínicos de Medicina Geral e Familiar a trabalhar no Centro de Saúde, esta tendência parece explicar-se dada a redução desse efetivo, existindo em 2018 apenas um médico ao serviço da população utente do Centro de saúde (Fig.141).

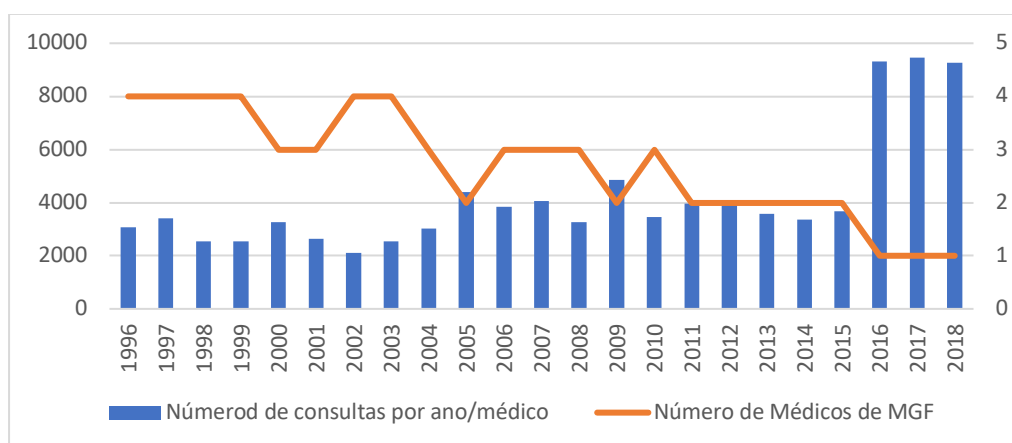
Figura 141- Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e Número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes das Flores - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Este reduzido número de médicos justifica uma diminuição das consultas realizadas. No entanto, há a registar o facto de, com apenas um clínico entre 2016 e 2018, o número de consultas ter aumentado, atingindo uma média de consultas por ano/médico muito superior à registada em outras unidades de saúde (Fig.142).

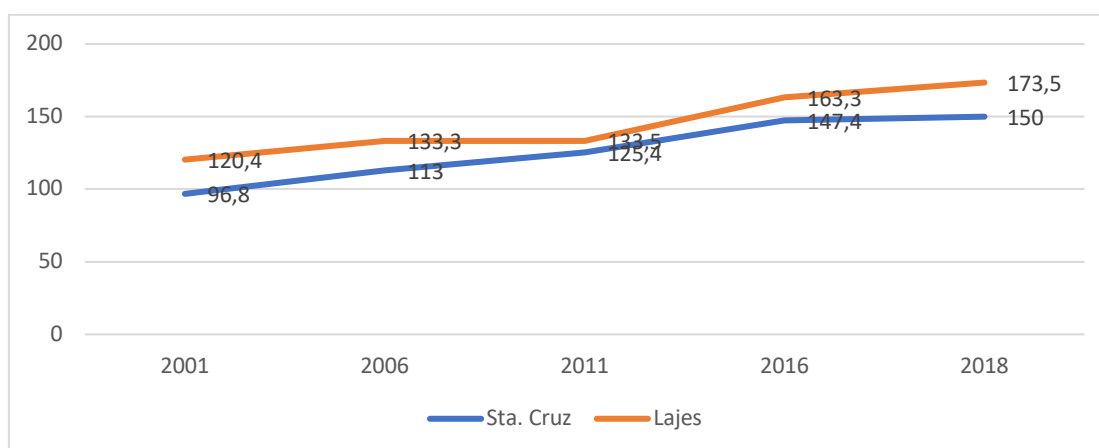
Figura 142 - Número médio de consultas/ano/médico e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde das Lajes das Flores - 1996-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Este é um concelho envelhecido (Fig.143), como já foi referido, e isso implica um acréscimo de procura da população idosa por serviços de Medicina Geral, daí a relevância da situação registada anteriormente.

Figura 143 - Índice de envelhecimento na Ilha das Flores (Concelhos de Sta. Cruz e Lajes) - 2001-2018

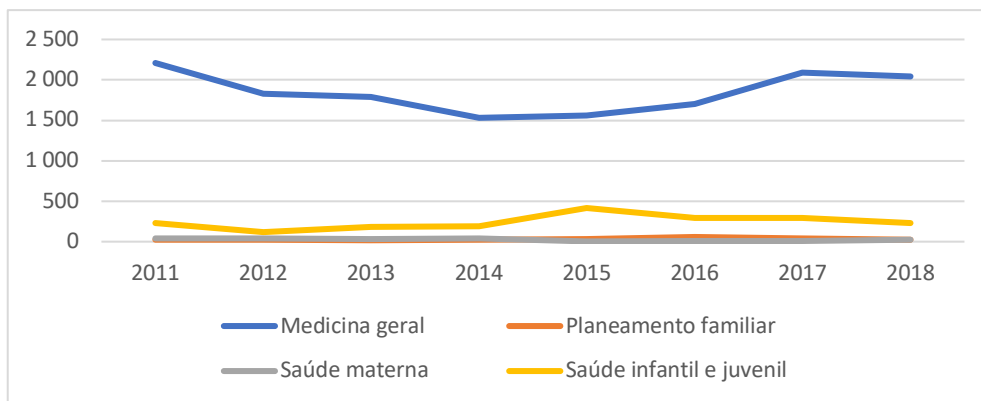


Fonte: Anuário estatístico da RAA/SREA

#### 8.4.3.9 - Corvo

A ilha mais pequena da RAA teve, durante muito tempo, um clínico privado que assegurava a assistência à população. Desde 2011, existe o registo de um Médico de Medicina Geral e Familiar (Fig.144), que tem vindo a assegurar as respostas da população residente de cerca de 400 habitantes

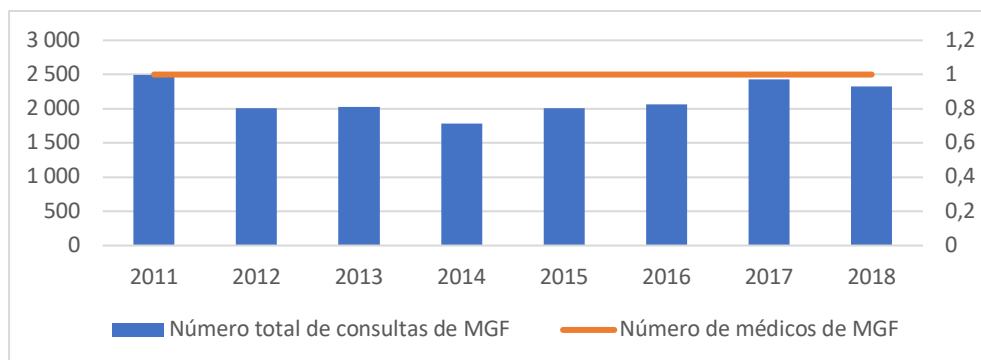
Figura 144 - Número de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde do Corvo - 2011-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde

Considerando a existência de um só clínico, a totalidade de consultas realizadas por ano tem oscilado em torno das 2100 (Fig.145).

Figura 145 - Número total de consultas de Medicina Geral e Familiar e número de médicos de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde do Corvo - 2011-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Ao nível de outras especialidades, há apenas a registar em 2011 e 2012 consultas de Medicina Dentária e Oftalmologia

	Medicina Dentária	Oftalmologia
<b>2011</b>	98	69
<b>2012</b>	131	96

#### 8.4.4 - Número médio de consultas por ano/médico

Ao longo deste ponto foi possível olhar a evolução do número de consultas disponibilizadas pelos clínicos de medicina geral e familiar nos Centros de Saúde. Em relação a outras especialidades, lembramos o facto de a partir de 2013 as consultas deixarem de ser contabilizadas nos Centros de Saúde, uma vez que são proporcionadas por médicos hospitalares. No entanto, como iremos poder constatar no ponto seguinte, não existe nenhuma referência no registo das consultas realizadas no quadro dos três hospitais da Região, em que ilha aconteceram. Logo, perde-se a continuidade da informação que foi possível analisar entre 1996 e 2012.

*Tabela 18 – Número médio de consultas/médico nos Centros de saúde da RAA - 2018*

Ilha	Centro de Saúde	Número total de consultas de MGF	Número de médicos de MGF	Número médio de consultas/ano/médico
<b>Santa Maria</b>	Vila do Porto	11871	3	3957
	Nordeste	9268	3	2317
	Ponta Delgada	113272	43	2634,2
	Povoação	11545	4	2886,3
	Ribeira Grande	39685	18	2204,7
<b>São Miguel</b>	Vila Franca Campo	14802	7	2114,6
	Angra do Heroísmo	42120	17	2477,7
	Praia da Vitória	33078	14	2362,7
<b>Graciosa</b>	Sta. Cruz	14947	2	7473,5
	Calheta	7142	2	3571
	Velas	11073	3	3691
	Madalena	12500	5	2500
	São Roque	8025	4	2006,3
	Lajes do Pico	12461	4	3115,3
<b>Faial</b>	Horta	23604	9	2622,7
<b>Flores</b>	Sta. Cruz das Flores	9276	1	9276
<b>Corvo</b>	Corvo	2322	1	2322

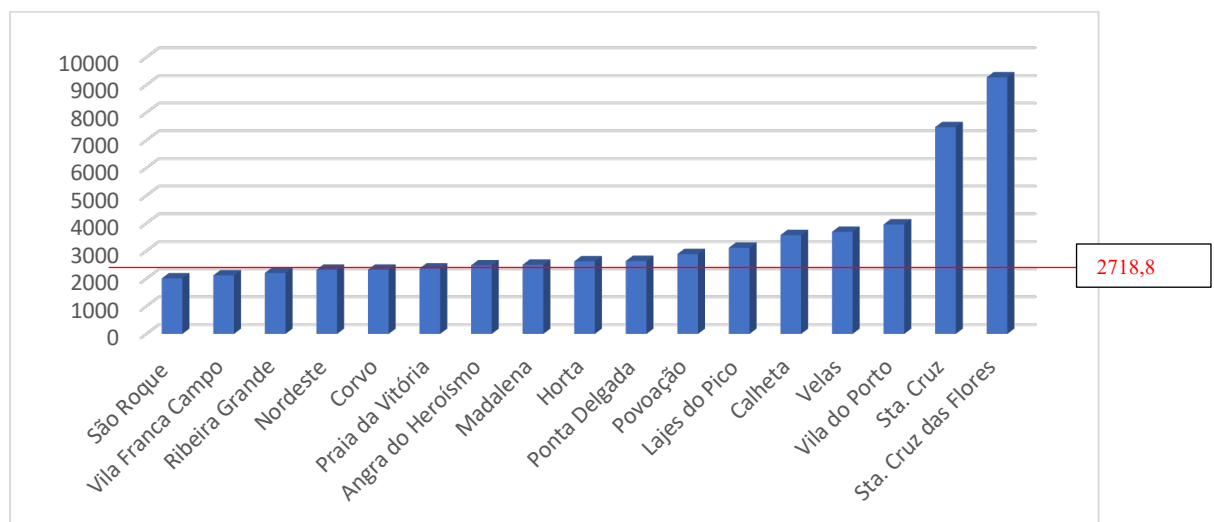
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Retomando a temática do número de consultas anual, realizadas por cada médico, e tendo por base os dados de 2018, podemos comparar os diferentes centros de saúde. Desde logo, se excetuarmos os centros de Saúde das ilhas Graciosa e Flores, onde o número médio de consultas/ano/médico é o dobro dos outros centros de saúde, decorrente do número de clínicos que estavam ao serviço desses centros de saúde em 2018, em todos os outros, estamos perante médias que oscilam entre 2000 e 4000 consultas/ano/médico (Tabela 18).

Se tivermos em conta os diferentes centros de saúde e excetuarmos os valores da Graciosa e das Flores, a média de consultas/ano nos centros de Saúde da RAA, em 2018, foi de 2718,8 (Fig.146).

Este exercício, meramente estatístico, permite-nos especular sobre o número de consultas semanais que, em média um clínico de Medicina Geral e Familiar realiza num centro de saúde da RAA. Se considerarmos 48 semanas de trabalho (excetuando 4 semanas de férias), 2718,8 consultas/ano corresponderia a 56,6 consultas por semana, ou seja, 11,3 consultas, em média, por dia útil (cinco dias na semana).

Figura 146 - Número médio de consultas/ano/médico de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde da Região - 2018



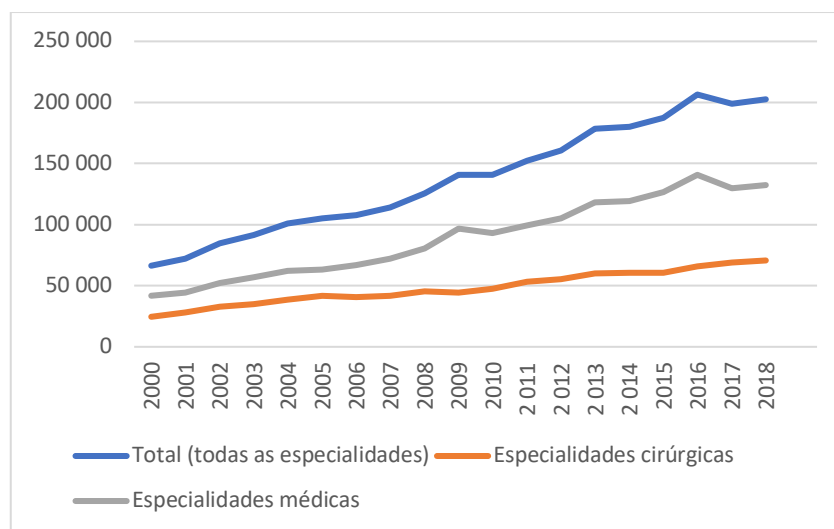
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

## 8.4.5 – Consultas nos Hospitais por especialidade

### 8.4.5.1 - Hospital de Divino Espírito Santo – Ponta Delgada (HDES)

Os dados publicados sobre as consultas de especialidade realizadas no Hospital do Divino Espírito Santo revelam um significativo aumento, particularmente a partir de 2008 (Fig.147). Antes de 1999, os dados não estão publicados de forma idêntica, daí não termos considerado os anos de 1996 a 1998

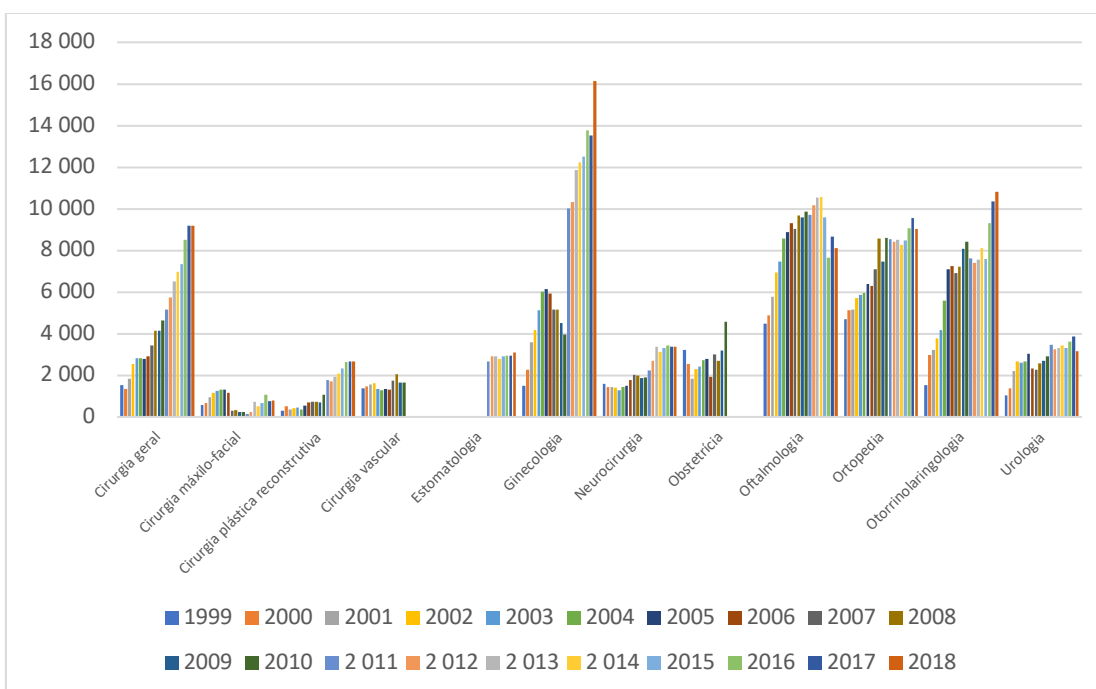
Figura 147 - Número total de consultas de Especialidades (cirúrgicas e médicas) nos três hospitais da RAA - 2000-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando as consultas das especialidades cirúrgicas, o aumento é generalizado (Fig.148). As consultas de Ginecologia passaram a incluir a Obstetrícia, que deixou de ser registada isoladamente a partir de 2011.

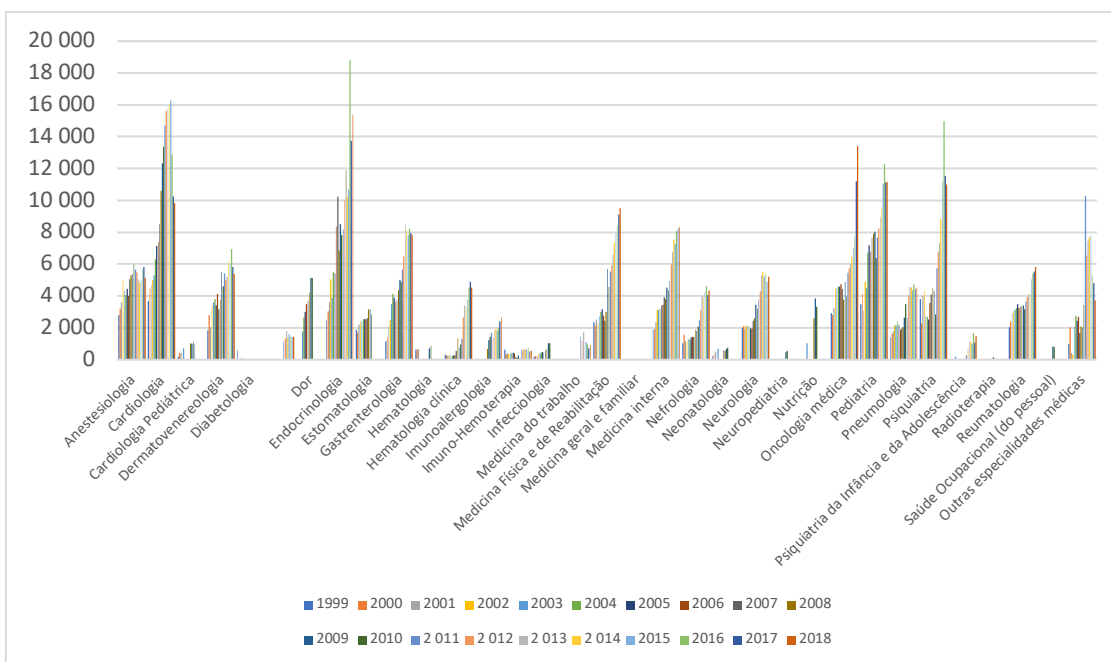
Figura 148 - Número total de consultas das Especialidades Cirúrgicas no HDES - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Em relação às consultas das especialidades médicas, também é evidente o aumento, mais acentuado numa áreas do que noutras.

Figura 149 - Total de consultas das Especialidades médicas no Hospital do Divino Espírito Santo - 1999-2018

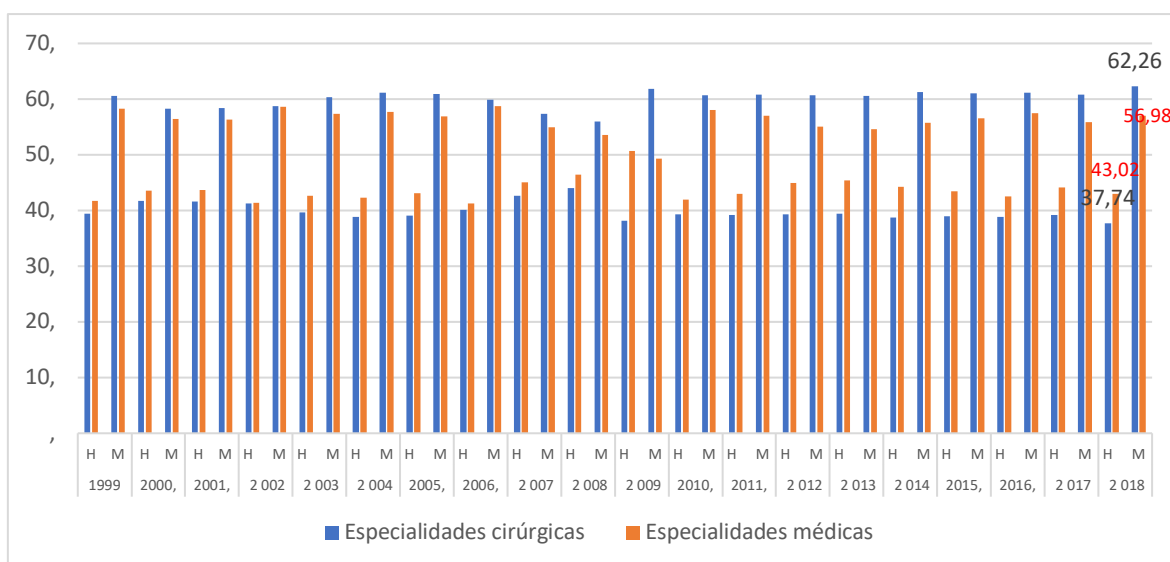


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Com aumentos mais significativos, registamos as áreas da Cardiologia, Endocrinologia, Oncologia médica, Pediatria e Psiquiatria (Fig.149)

Quando se analisa o número de consultas tendo em conta o género dos utentes, verifica-se que, ao longo dos últimos vinte anos, a tendência é serem as mulheres quem mais recorre aos serviços de saúde (Fig. 150). No entanto, nos últimos anos, tem havido um número mais significativo de homens nas consultas das especialidades médicas. Se considerarmos os dados de 2018, verificamos que das consultas de especialidades cirúrgicas, 62,26% foram de mulheres e 37,74% de homens. Nas especialidades médicas a relação é de 56,98% de homens e 43,02% de mulheres.

Figura 150 - Consultas no HDES segundo o género do paciente/utente - 1999-2018



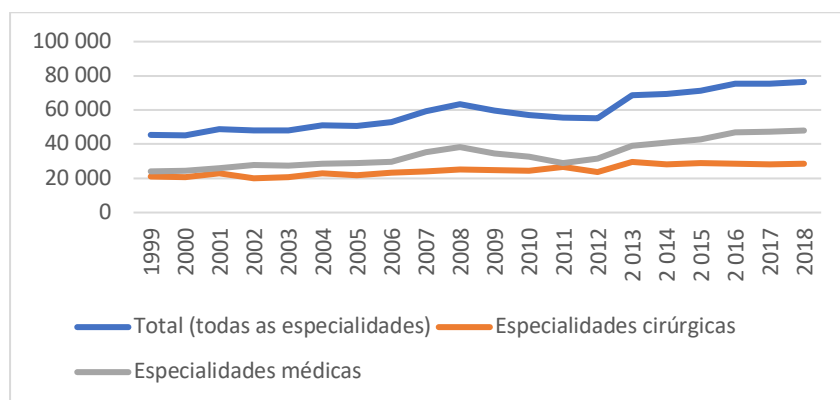
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.4.5.2 - Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT)

No Hospital da Ilha Terceira (HSEIT) a evolução do número de consultas de especialidade, à semelhança de Ponta Delgada, regista uma tendência de aumento nas últimas duas décadas, particularmente nas áreas médicas (Fig.151). Apesar desta tendência, há a registar entre 2008 e 2012 um decréscimo no número de consultas realizadas nas especialidades médicas.



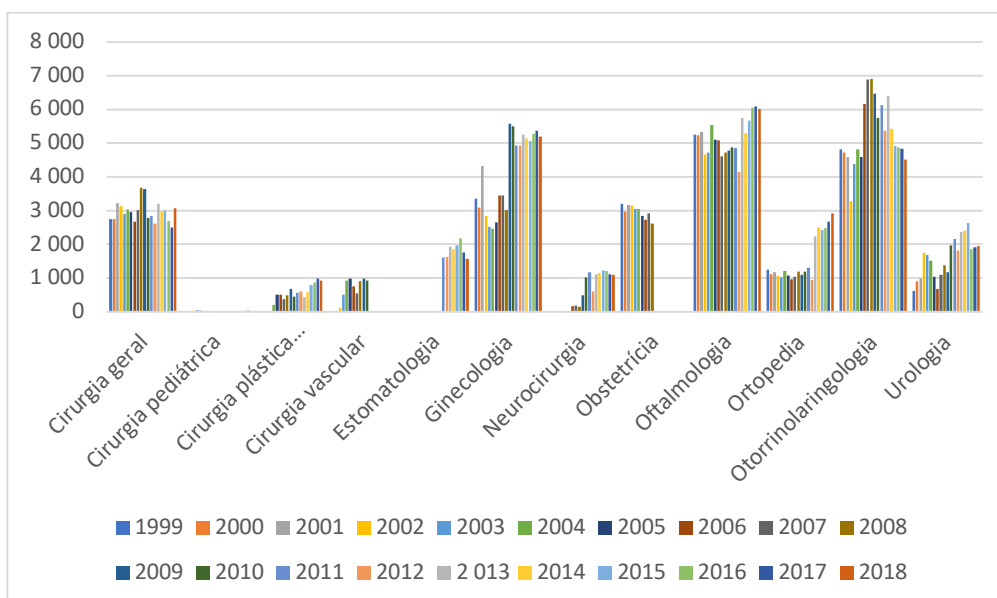
Figura 151 - Número de consultas de Especialidades (cirúrgicas e médicas) no Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Olhando às consultas das várias especialidades, cirúrgicas e médicas, realizadas no HSEIT, entre 1999 e 2018, verifica-se uma expressão significativa, no domínio das áreas cirúrgicas da Oftalmologia e Ginecologia (Fig.152). A especialidade de Otorrino regista um decréscimo desde 2008. Há a registar um significativo aumento das consultas de ortopedia a partir de 2013.

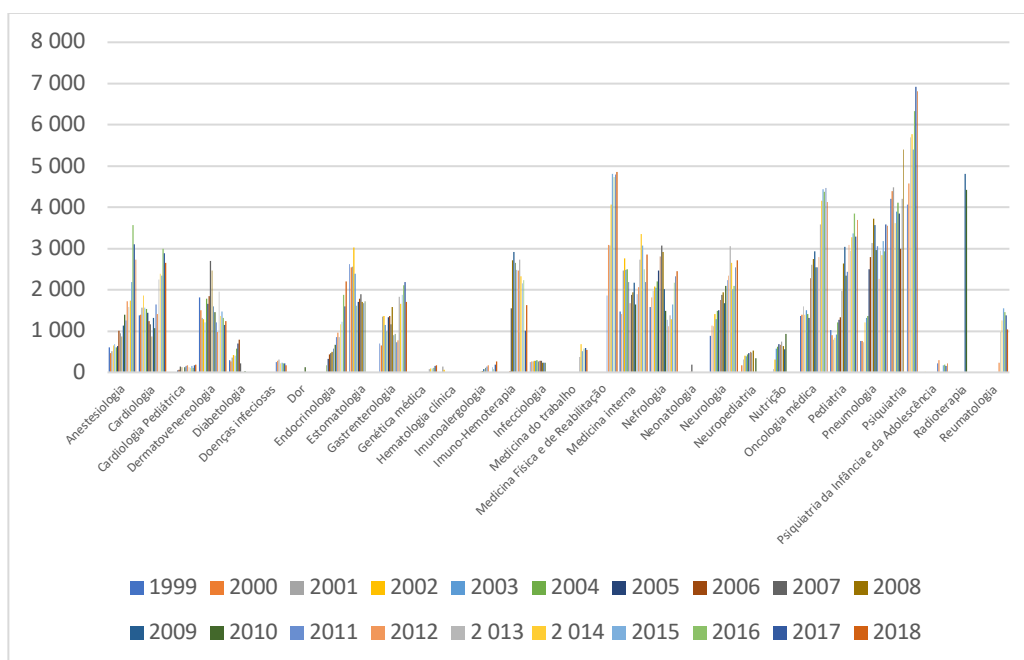
Figura 152 - Número de consultas das Especialidades Cirúrgicas no HSEIT - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Nas áreas médicas, o registo de consultas nos últimos dez anos revela um significativo aumento nas áreas da Psiquiatria, Pneumologia, Pediatria e Oncologia médica (Fig.153).

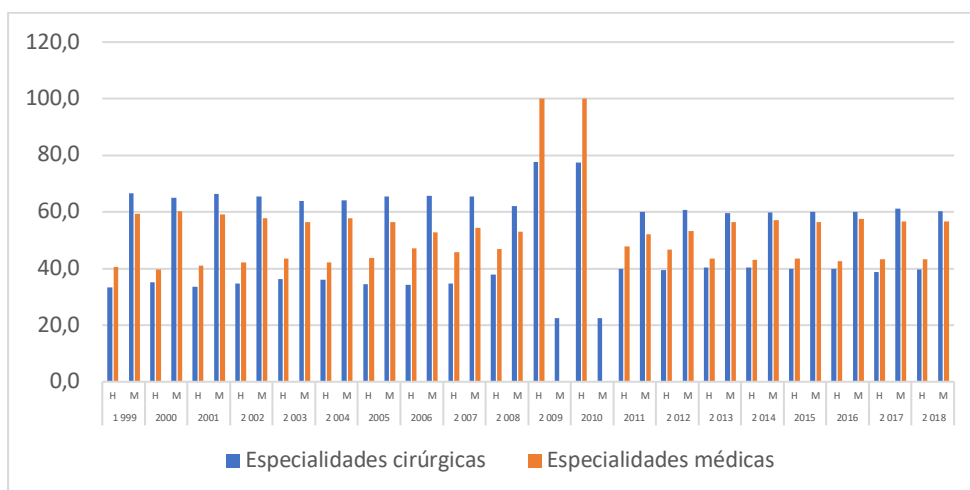
Figura 153 - Número de consultas das Especialidades médicas no HSEIT - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quando se consideram os utentes segundo o género, à semelhança do que verificamos no Hospital de Ponta Delgada, há mais mulheres do que homens a recorrer às consultas de especialidade (Fig.154), particularmente nas áreas cirúrgicas, numa relação, aproximada, de 60% mulheres para 40% de homens<sup>77</sup>.

Figura 154 - Consultas de Especialidades (cirúrgicas e médicas) no HSEIT - segundo o género - 1999-2018



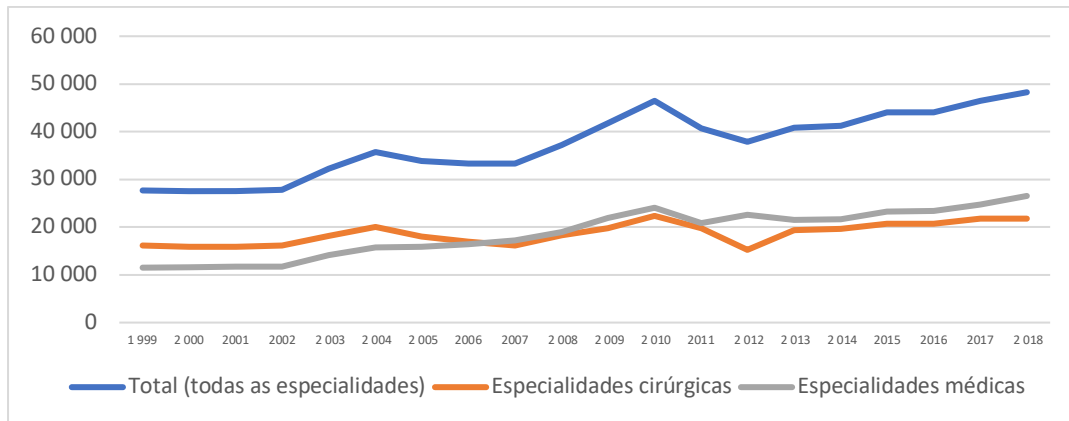
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

<sup>77</sup> Os dados referentes aos anos 2009 e 2010 revelam valores não coincidentes com a realidade, atribuindo 100% das consultas das especialidades médicas aos homens (2010) e apenas registando as mulheres na especialidade de ginecologia.

### 8.4.5.3 - Hospital da Horta (HH)

No Hospital da Horta, regista-se como nos outros dois estabelecimentos hospitalares um aumento do número de consultas, nas especialidades cirúrgicas e médicas (Fig.155).

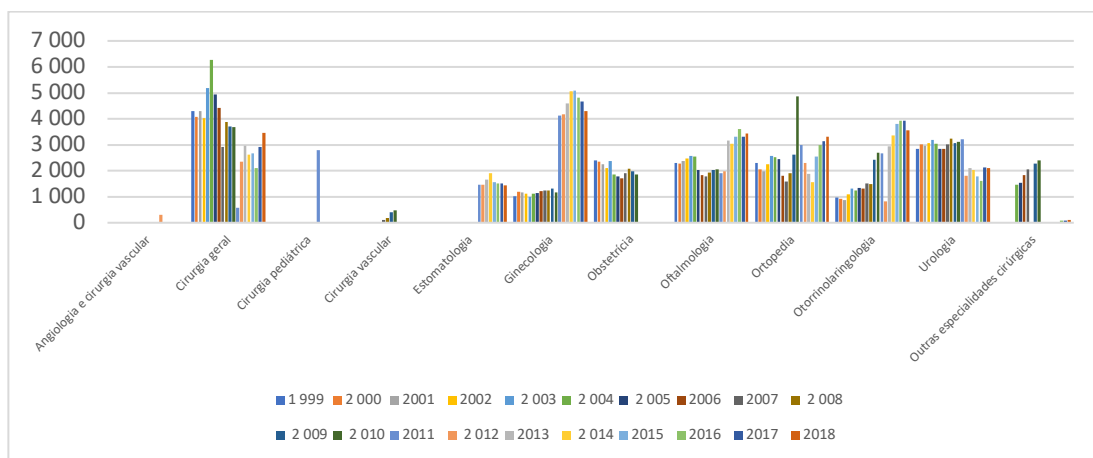
Figura 155 - Número de consultas de Especialidades (Cirúrgicas e Médicas) no Hospital da Horta – 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Analisando em detalhe as consultas por especialidade (Fig.156), verificamos nas áreas cirúrgicas uma relevância da Ginecologia, Otorrino e Cirurgia Geral. Outras áreas, como a Oftalmologia, a Urologia e a Ortopedia também registam um número continuado de consultas, apesar de na Urologia ter reduzido em 2013 e, no caso da Oftalmologia e da Ortopedia aumentaram a partir de 2014.

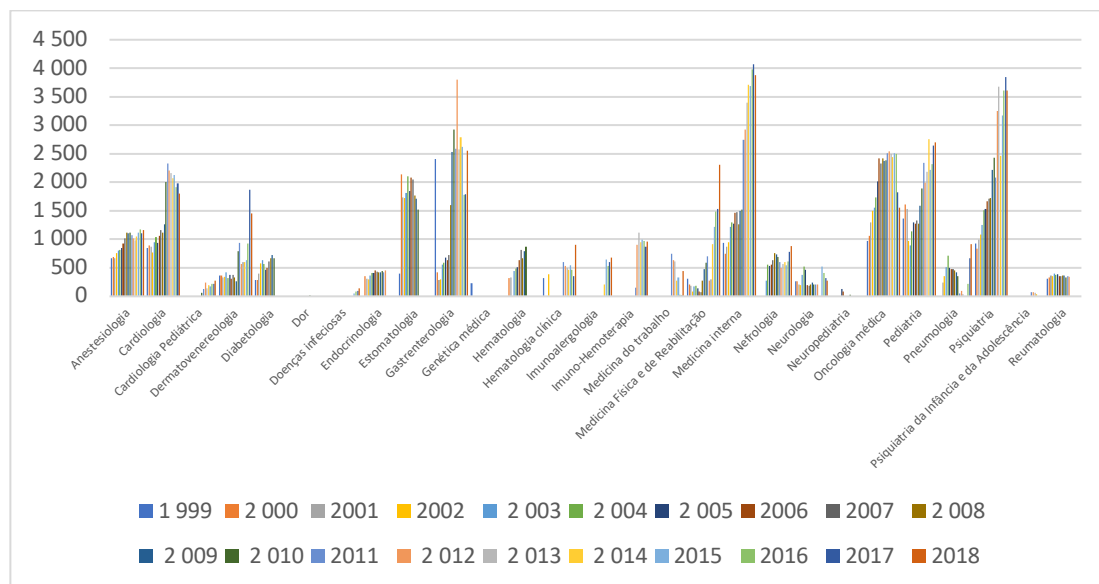
Figura 156 – Número de consultas de Especialidades cirúrgicas no Hospital da Horta – 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Nas áreas médicas (Fig. 157) algumas das especialidades registam um número crescente de consultas, como é o caso da Medicina Interna, Psiquiatria, Oncologia médica, Gastroenterologia e Pediatria.

Figura 157 - Número de consultas de Especialidades médicas no Hospital da Horta - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Para se ter uma noção das áreas de especialidade que foram disponibilizadas nos três hospitais, e tendo por referência os dados de 2018, verificamos, desde logo, que o Hospital da Horta, tem um número mais elevado de consultas de especialidades cirúrgicas (45%), quando comparado com o HDES (35%) ou HSEIT (37%).

Já nas áreas médicas, a relação é inversa: HH – 55%; HDES – 65%; HSEIT – 63%.

Se considerarmos o peso das várias especialidades dentro das duas categorias (cirúrgicas e médicas), no ano de 2018 houve especialidades sem registo de consulta nos três hospitais, nas áreas cirúrgicas (cirurgia cardio-torácica; cirurgia vascular; obstetrícia) e nas áreas médicas (Diabetologia; Dor; Estomatologia; Hematologia; Infeciologia; Medicina Nuclear; Neonatologia; Neuropediatria; Nutrição; Radioterapia e Saúde Ocupacional).

Comparando os três hospitais (tabela 19), a importância relativa de cada especialidade no total de consultas é relativamente diferente (assinalado a verde o Hospital onde a % foi maior).

Tabela 19 - Total de consultas de especialidade nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2018

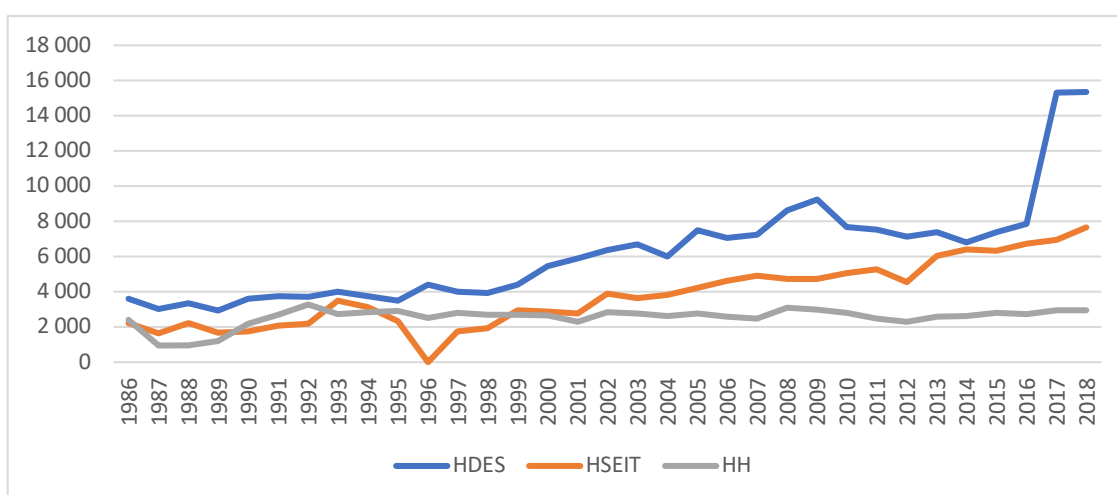
2018	HDES		HSEIT		HH	
<b>Total (todas as especialidades)</b>	<b>202 861</b>		<b>76 418</b>		<b>48 263</b>	
<b>Especialidades cirúrgicas</b>	<b>70 691</b>	<b>35,0</b>	<b>28 433</b>	<b>37,0</b>	<b>21 727</b>	<b>45,0</b>
Angiologia e cirurgia vascular	4 295	6,1	1 132	4,0		
Cirurgia cardio-torácica						
Cirurgia geral	9 186	13,0	3 074	10,8	3 466	16,0
Cirurgia máxilo-facial	797	1,1				
Cirurgia pediátrica			41	0,1		
Cirurgia plástica reconstrutiva	2 674	3,8	931	3,3		
Cirurgia vascular						
Estomatologia	3 094	4,4	1 575	5,5	1 432	6,6
Ginecologia	16 128	22,8	5 191	18,3	4 309	19,8
Neurocirurgia	3 368	4,8	1 098	3,9		
Obstetrícia						
Oftalmologia	8 111	11,5	6 011	21,1	3 437	15,8
Ortopedia	9 048	12,8	2 911	10,2	3 310	15,2
Otorrinolaringologia	10 831	15,3	4 521	15,9	3 569	16,4
Urologia	3 159	4,5	1 948	6,9	2 093	9,6
Outras especialidades cirúrgicas					111	0,5
<b>Especialidades médicas</b>	<b>132 170</b>	<b>65,0</b>	<b>47 985</b>	<b>63,0</b>	<b>26 536</b>	<b>55,0</b>
Anestesiologia	5 125	3,9	2 736	5,7	1 159	4,4
Cardiologia	9 841	7,4	2 659	5,5	1 802	6,8
Cardiologia Pediátrica	-		193	0,4	280	1,1
Dermatovenereologia	5 390	4,1	1 238	2,6	1 450	5,5
Diabetologia						
Doenças infecciosas	1 437	1,1	165	0,3	140	0,5
Dor						
Endocrinologia	15 369	11,6	2 205	4,6		
Estomatologia						0,0
Gastroenterologia	7 826	5,9	1 702	3,6	2 552	9,6
Genética médica	-		175	0,4		
Hematologia						0,0
Hematologia clínica	4 539	3,4			904	3,4
Imunoalergologia	2 641	2,0	266	0,6	676	2,5
Imuno-Hemoterapia	569	0,4	1 629	3,4	962	3,6
Infecciologia						
Medicina dentária						
Medicina do trabalho	902	0,7	545	1,1	440	1,7
Medicina Física e de Reabilitação	9 530	7,2	4 856	10,1	2 307	8,7
Medicina geral e familiar						
Medicina interna	8 348	6,3	2 853	6,0	3 874	14,6
Medicina nuclear						
Nefrologia	4 350	3,3	2 450	5,1	877	3,3
Neonatologia						
Neurologia	5 203	3,9	2 722	5,7	273	1,0
Neuropediatria						
Nutrição						
Oncologia médica	13 407	10,1	4 125	8,6	1 553	5,9
Pediatria	11 175	8,5	3 698	7,7	2 705	10,2
Pneumologia	4 512	3,4	3 550	7,4	918	3,5
Psiquiatria	10 990	8,3	6 815	14,2	3 609	13,6
Psiquiatria da Infância e da Adol.	1 460	1,1	223	0,5		
Radioterapia						
Reumatologia	5 835	4,4	1 038	2,16		
Saúde Ocupacional (do pessoal)						
Outras especialidades médicas	3 721	2,8	2 142	4,5	55	0,2

#### 8.4.6 - Cirurgias nos Hospitais da RAA

Os gráficos seguintes (Figs.158, 159) registam o número de operações realizadas nos três hospitais da RAA, incluindo operações de urgência, programadas e de pequena cirurgia.

A leitura do primeiro gráfico revela uma tendência crescente sobretudo no HDES e no HSEIT, com uma intensificação do número de cirurgias entre 2008 e 2009 e entre 2016 e 2018. Estes dois períodos parecem coincidir com os períodos em que forem implementados programas de recuperação de cirurgias.

Figura 158<sup>78</sup>- Número total de operações (grande, média e pequena cirurgia) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1986-2018

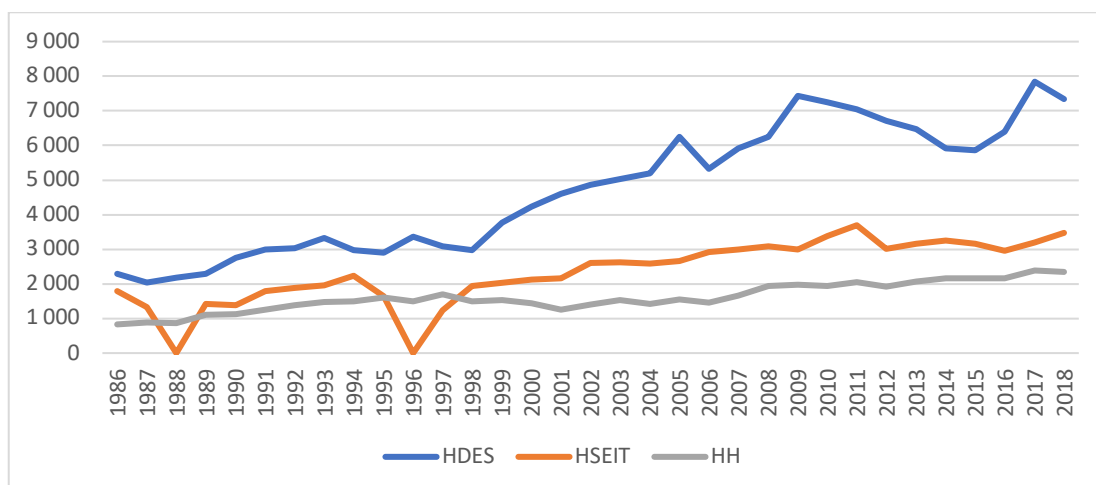


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quando consideramos o tipo de cirurgia realizada, verificamos que o aumento verificado, particularmente entre 2016 e 2018, deveu-se, sobretudo, à realização de pequenas cirurgias, já que ao nível das grandes e médias cirurgias até se registou uma ligeira redução no número de intervenções realizadas (Fig.159)

<sup>78</sup> A numeração das figuras não foi colocada devido aos tópicos a completar que irão alterar a sequência numérica.

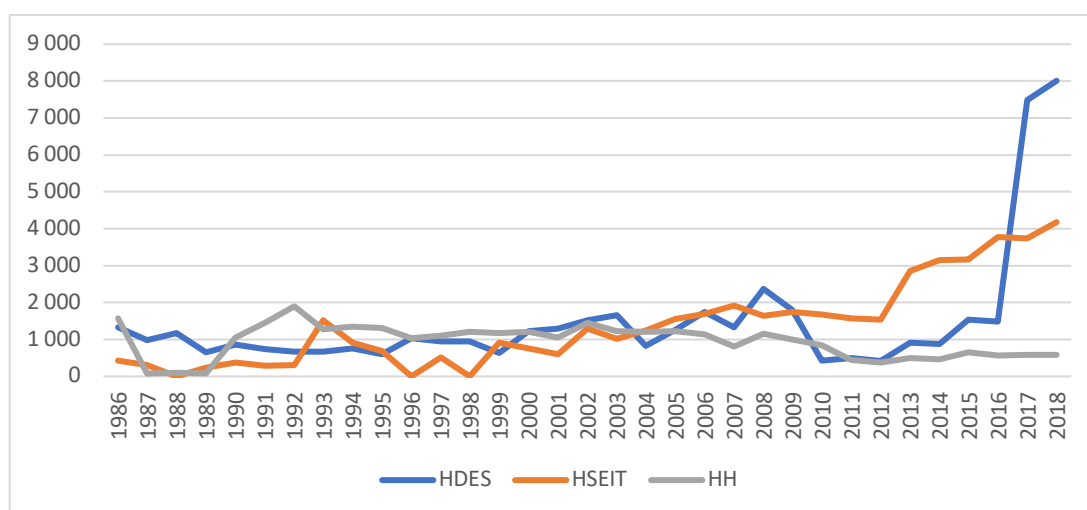
Figura 159 – Número total de operações de Grande e Média Cirurgia realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O número de pequenas cirurgias aumentou no HSEIT e, sobretudo, no HDES, que regista um aumento exponencial entre 2016 e 2018 (Fig.160).

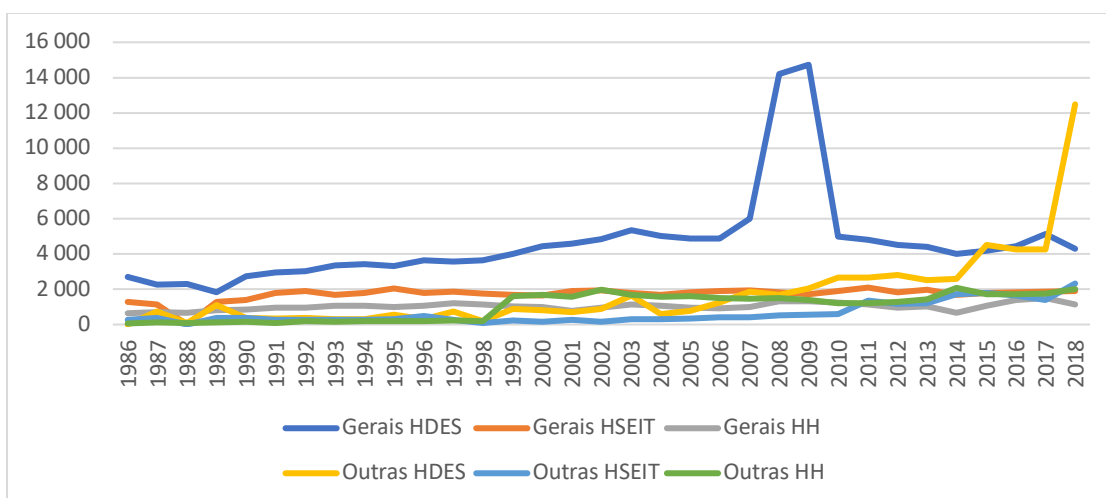
Figura 160 - Número de operações de Pequena Cirurgia nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1986-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O número de anestésias gerais realizadas no HDES aumentou significativamente nos anos 2008 e 2009 e o número de “outras cirurgias” aumentou em 2018 (Fig.161).

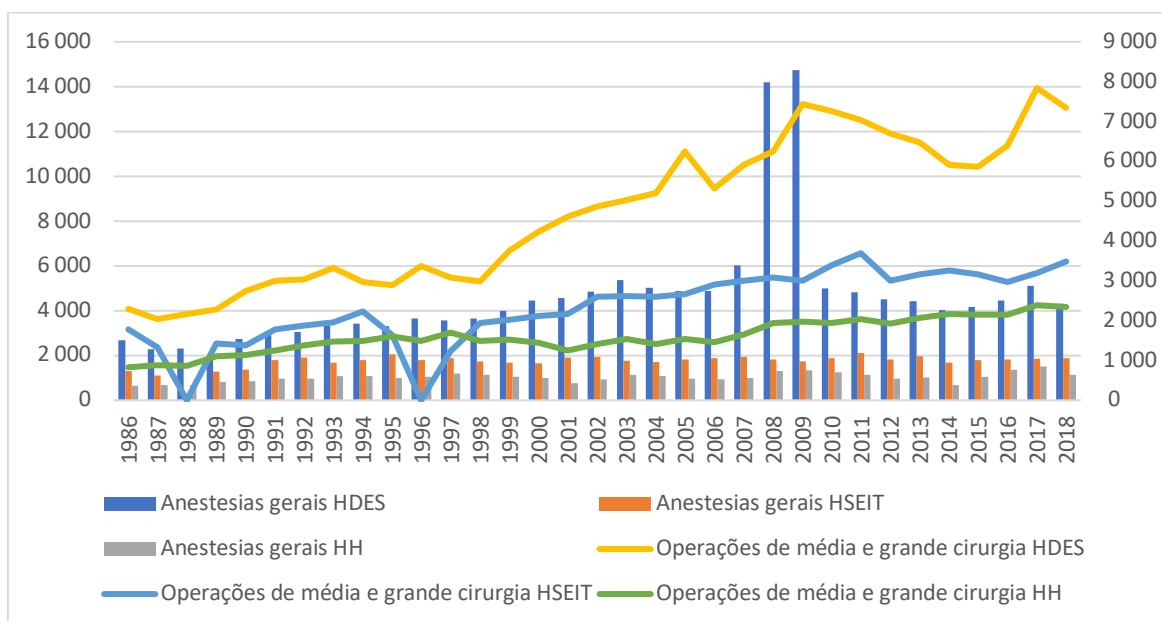
Figura 161- Número total de Anestésias (gerais e outras) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde /SREA

Quando cruzamos os dados das cirurgias e das anestésias (Fig. 162), realizadas em cada hospital da RAA, podemos concluir que, os anos em que houve aumento destes dois indicadores, são coincidentes e, em parte, poderão corresponder à implementação dos programas de recuperação de listas de espera, que ocorreram em 2009 (Vale Saúde) e a partir de 2016 (CIRURGE), como mais adiante se analisa neste relatório.

Figura 162- Número de anestésias gerais e Número de operações de média e grande cirurgia nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1999-2018



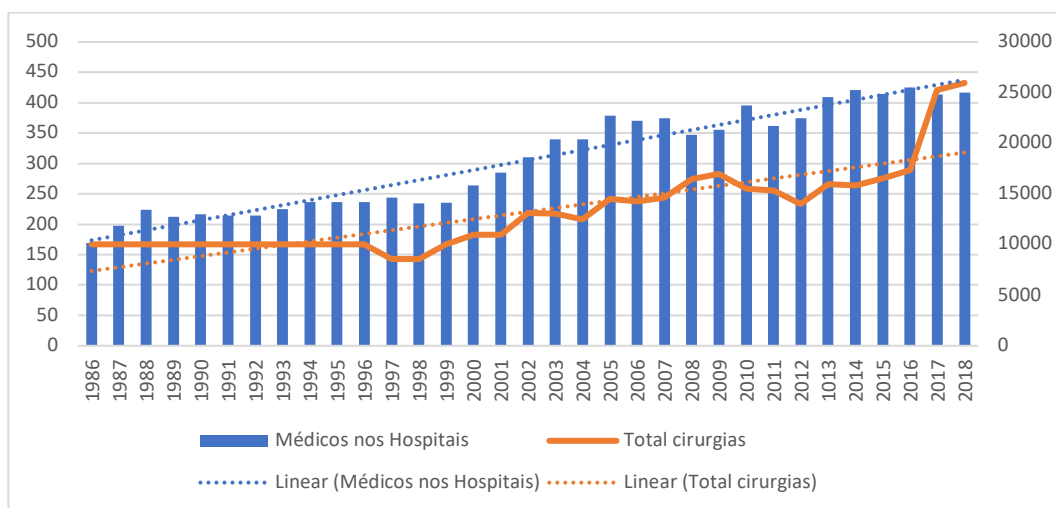
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA



#### 8.4.6.1 – Cirurgias – médicos e salas de operações

Para melhor compreendermos os fatores que poderão estar na origem do aumento do número de cirurgias, cruzamos a informação sobre as operações realizadas nos três hospitais da RAA com o número total de médicos no sistema hospitalar (Fig.163).

Figura 163 – Número de médicos e número total de cirurgias nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Da análise do gráfico anterior, verificamos existir uma correlação direta entre as duas tendências de evolução nas últimas décadas, particularmente a partir do ano 2000 onde é evidente um aumento quer dos recursos humanos em medicina quer no número de cirurgias realizadas. É evidente que esta correlação não tem em conta o facto de nem todos os profissionais de medicina, a trabalhar nos Hospitais, realizarem cirurgias.

Considerando que o número de cirurgias pode depender do número de salas de operações, o gráfico seguinte (Fig.164) analisa a evolução crescente no número de salas disponíveis, variável nos três hospitais. No Hospital da Horta (HH), desde 1989 que se mantêm duas salas ativas.

No Hospital da Ilha Terceira (HSEIT), o número de salas tem oscilado. Depois de 3 salas entre 1986 e 1996, passou a dispor de seis salas até 2005, para voltar a ter apenas três salas entre 2006 e 2011. Mais recentemente, a partir de 2012, triplicou o número de salas de operação, passando a ter nove.

No Hospital de Ponta Delgada (HDES) o aumento do número de salas de operação tem sido lento, registando apenas 1 sala entre 1986 e 1989. Até 1995 manteve três salas

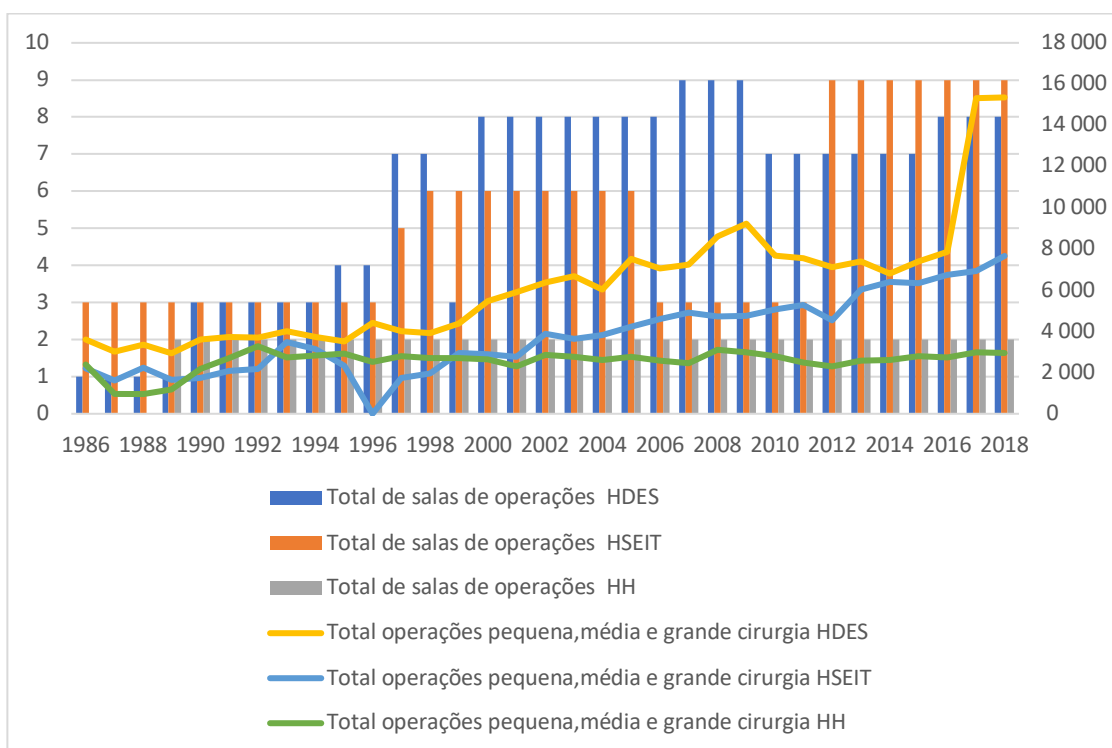
ativas, atingindo sete em 1998. Mas, voltou a ter apenas 3 salas de bloco em 1999. Entre 2000 e 2008 registava 8 salas de operação que passaram a 9 entre 2007 e 2009, para serem reduzidas em 2010 de novo a 7 salas. Só a partir de 2016 se verifica a existência de 8 salas.

Quando cruzamos o número de salas de operação com o número de cirurgias realizadas em cada hospital (Fig. 164) podemos concluir que, nos anos em que houve mais cirurgias no HDES (2008-2009), existiam mais salas de operação em funcionamento neste hospital (9). O recente aumento de cirurgias (desde 2016) também parece coincidir com a abertura de mais uma sala de operações no HDES.

No caso do HSEIT o aumento do número de salas de operação em 2012 coincide com uma intensificação do número de cirurgias realizadas, no entanto não se reflete no número de anestésias realizadas.

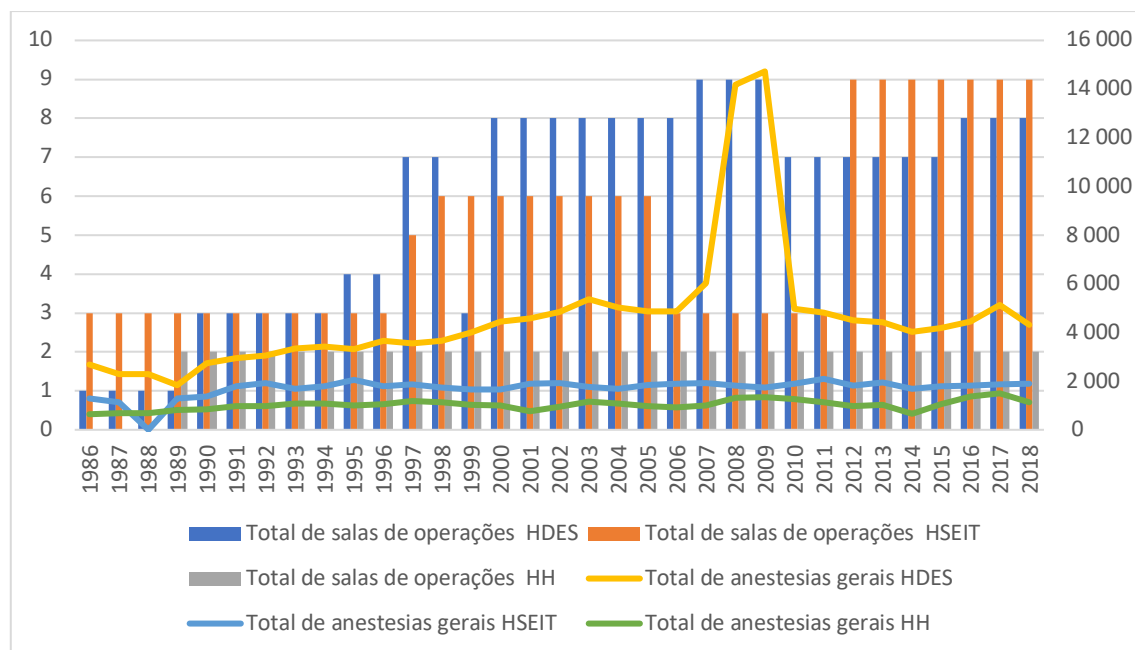
Os gráficos seguintes (Figs. 164 e 165) ilustram a correlação entre estas dimensões (disponibilidade de salas de operação/ número de cirurgias realizadas/anestésias gerais) nos três hospitais da Região.

Figura 164 - Número total de operações (de pequena, média e grande cirurgia e número de salas de operações (bloco) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1986-2018



Fonte: SREA/Estatísticas da saúde

Figura 165- Número de salas de operações (bloco) e número de anestésias gerais nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1986-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.4.7 – Listas de espera para cirurgia

##### O SIGIC

As listas de espera para cirurgias constituem um dos indicadores mais sensíveis das necessidades dos cidadãos. Daí que o projeto Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) tenha surgido “num contexto de grande descontentamento social quanto à resposta do Sistema Nacional de Saúde (SNS), na prestação de cuidados cirúrgicos. O aspeto mais sensível dizia respeito ao acesso, no qual o tempo de espera claramente excessivo e a perceção de iniquidade na marcação das cirurgias corrompiam os princípios da prestação do serviço público” (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011:273). De acordo com estes autores, o tempo de espera crescente nos hospitais públicos resultava de uma oferta de cuidados insuficiente dada à procura registada. Criado a nível nacional em 2004 (Resolução do Conselho de Ministros nº79/2004 de 3 de junho), o SIGIC foi regulamentado pela Portaria nº1450/2004 de 25 novembro,

posteriormente revogada pela Portaria nº45/2008 de 15 de janeiro<sup>79</sup> (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011:275).

O SIGLIC constitui o sistema informático de gestão de inscritos para cirurgia e foi concebido para dar resposta às necessidades de gestão do SIGIC (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011:277). Um sistema que procura dar resposta apropriada a cada um dos protagonistas (utentes, profissionais de saúde, instituições de saúde e entidades financiadoras), “mantendo a necessária reserva dos dados pessoais sensíveis dos utentes. Para tal dispõe de diversas tabelas relacionadas por códigos, não acessíveis aos utilizadores, que dissociam os dados de identificação do utente dos seus dados clínicos. Dispõe ainda de um elaborado sistema de perfis que visa garantir que só utilizadores credenciados possam aceder à informação e que esta é disponibilizada em função do nível de acesso de cada um” (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011:278).

O desenho deste Sistema de Informação baseia-se na necessidade de referenciação, com base em critérios de segurança e eficácia, tendo por base as necessidades dos utentes. “Para além destes, tem de dar igualmente resposta aos prestadores de cuidados que necessitam ver ressarcidos os seus esforços, aos gestores que necessitam de ferramentas que lhes permitam ganhos de eficiência, aos decisores para enformar as suas estratégias e ainda à sociedade em geral para corresponder à necessidade de transparência e conhecimento” (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011:280). Foi projetado de forma a se integrar com diversas bases de dados.

## **O SIGIC na RAA**

Desde 2015 que a Região passou a publicar as listas de espera para cirurgias, por hospital, com referência ao número de inscritos, doentes operados (por especialidade) e tempos médios de espera<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Revogada em parte pela Portaria nº179/2014 de 11 setembro, alterada depois pela Portaria nº147/2017 de 27 de abril.

<sup>80</sup> Entenda-se por “tempo médio de espera” o *tempo de espera que resulta do somatório dos tempos de espera dos utentes inscritos na LIC (Lista de inscritos para Cirurgia) dividido pelo número de doentes inscritos* (Portaria 111/2016 de 14 dezembro, artigo 2º, alínea y).

Com a publicação do Decreto Legislativo Regional nº 23/2016/A, de 10 de dezembro, o Sistema integrado de gestão de inscritos para Cirurgia nos Açores (SIGICA) é criado, tendo por objetivos (artigo 3º):

- a) Identificar prioridades e garantir um tempo máximo de espera para a realização de qualquer cirurgia no Serviço Regional de Saúde, otimizando a capacidade instalada;
- b) Envolver o utente de uma forma ativa no processo de formalização do consentimento para realização da cirurgia;
- c) Introduzir maior controlo e maior transparência no processo de inscrição para cirurgia;
- d) Garantir ao utente a realização da cirurgia num prazo adequado à sua situação clínica.

O mesmo diploma prevê (artigo 8º, nº 2) “a publicação de relatórios de monitorização do cumprimento da regulamentação em vigor para o SIGICA<sup>81</sup>”. Por sua vez, a Portaria nº 111/2016, de 14 de dezembro, define as competências da UCGICA<sup>82</sup>, atribuindo-lhe a responsabilidade de divulgar a “informação relevante relacionada com a atividade dos diferentes hospitais do SRS” (artigo 8º nº1 alínea i).”

Assim conforme se pode ler no Despacho normativo nº 4/2015 de 23 de Janeiro.

1. O único meio para obtenção dos dados relativos aos utentes inscritos para cirurgia é o SIGLICA e o único meio para extrair os relatórios com os dados quantitativos dos movimentos na lista de inscritos é o SISA, estando os hospitais responsáveis pela atualização e veracidade dos dados extraídos.
2. Os serviços da secretaria regional da saúde com competência em planeamento e estatística devem publicar na página oficial da Secretaria Regional da Saúde, até dia 5 de cada mês, o número de utentes movimentados no mês anterior, bem como o número de utentes acumulados por hospital e por especialidade cirúrgica, de acordo com o modelo em anexo.
3. As listas devem incluir todos os utentes em espera, independentemente do tempo de inscrição e do tipo de bloco operatório/anestesia necessário.
4. O sistema informático de alertas e notificações da *SaudaÇor*, SA deve notificar mensalmente, por serviço de mensagens curtas (SMS), os utentes que tenham os dados atualizados, da sua ordem na lista de inscritos para cirurgia, de acordo com o SIGLICA.

---

<sup>81</sup> SIGICA – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias dos Açores

<sup>82</sup> UCGICA – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgias dos Açores

5. Os hospitais são responsáveis por definir um circuito de informação ao utente inscrito para cirurgia e, mediante identificação pelo número de identificação civil e número nacional utente, esclarecer dúvidas, corrigir os dados pessoais e informar o utente do seu lugar na lista de espera de acordo com o SIGLICA

É com base nessa informação publicada, desde 2015 nos relatórios da UCGICA<sup>83</sup>, que podemos registar a evolução das listas de espera para cirurgia, existentes nos hospitais da Região, nomeadamente, tendo em conta:

- Total de inscritos<sup>84</sup>/mês/ano
- Operados<sup>85</sup>/mês/ano
- Cancelamentos<sup>86</sup>/mês/ano
- Tempo médio de espera na Lista de Espera<sup>87</sup>
- Tempo médio de espera dos operados<sup>88</sup>
- % de operados no TMRG<sup>89</sup>
- Inscritos e operados em Pequenas Cirurgias<sup>90</sup>

---

<sup>83</sup> Relatórios mensais do SIGLICA

<sup>84</sup> Inscritos – Lista de inscritos para cirurgia “conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SRS ou numa instituição do setor privado ou do setor social que contratou com aquele a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso”

<sup>85</sup> Operados – Total de utentes que foram submetidas a intervenções cirúrgicas (nas várias especialidades)

<sup>86</sup> Cancelados – Cirurgias que foram retiradas da lista de espera

<sup>87</sup> Tempo médio de espera de inscritos – “é o tempo de espera que resulta do somatório dos tempos que decorrem entre a data em que o utente ficou inscrito em LIC, até ao último dia do mês que se está a analisar, dividido pelo número total de doentes inscritos.”

<sup>88</sup> Tempo médio de espera de operados - é o tempo de espera que resulta do somatório dos tempos que decorrem entre a inscrição do utente na LIC e o dia da respetiva cirurgia, dividido pelo número total de doentes operados.

<sup>89</sup> % de utentes operados dentro do TMRG - corresponde ao número de utentes operados com tempo de espera inferior ao TMRG relativamente ao total dos utentes operados, sendo que TMRG corresponde ao Tempo Máximo de Resposta Garantido – é o número máximo de dias em que as instituições do SRS são obrigadas a garantir a prestação de todo o tipo de cuidados de saúde, tendo em conta classificação de prioridade, patologia ou grupo de patologia. Estes tempos estão definidos em Portaria sendo que atualmente se encontra em vigor a Portaria no 153/2017 de 4 de maio.

<sup>90</sup> Cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a sua realização numa sala de bloco operatório, o apoio direto e um ajudante, a monitorização anestésica e a estadia em recobro, tendo alta imediata após a intervenção.

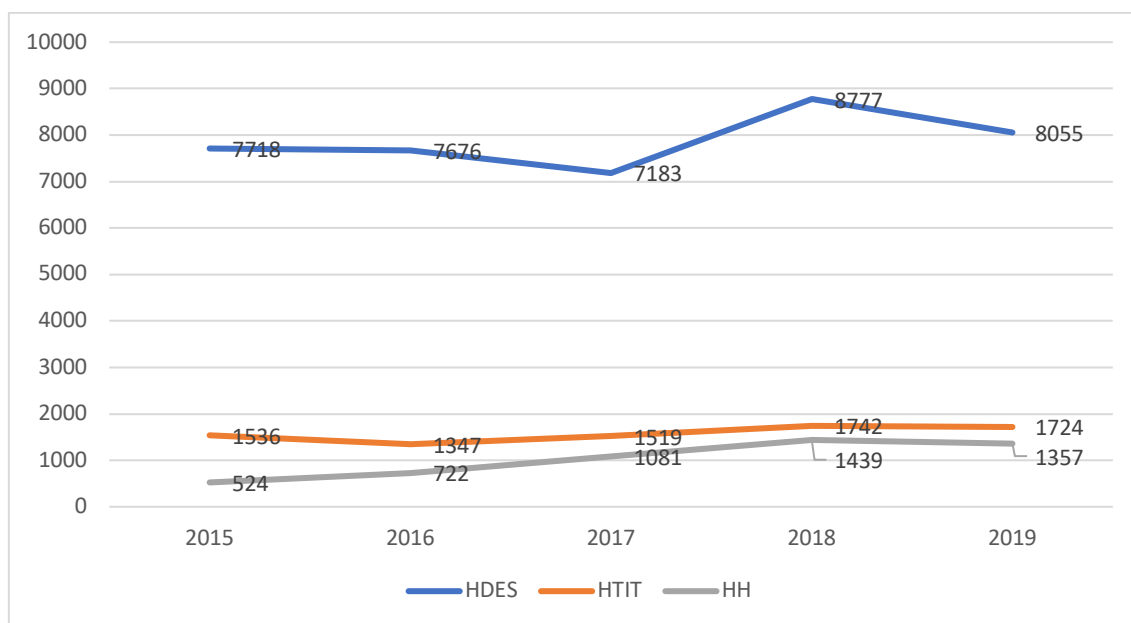
Os relatórios da UCGICA de 2015 e 2016 não contemplam informação sobre o tempo média de espera dos inscritos na Lista de espera para Cirurgia ou o Tempo médio dos operados. Também não consta informação sobre o número de Pequenas cirurgias. Estas informações passaram a constar dos Relatórios a partir de 2017.

#### 8.4.7.1 -Inscritos para Cirurgia nos Hospitais da RAA

De acordo com os relatórios do SGLICA existe um manifesto aumento do número de doentes com recomendação para intervenção cirúrgica, ou seja, inscritos para cirurgia. Considerando tratar-se de uma lista dinâmica, onde entram e saem todos os meses doentes, iremos considerar o número de inscritos no mês de Dezembro, de cada ano. Assim, regista-se uma tendência crescente entre 2015 e 2019, particularmente no Hospital da Horta que duplica os registos (Fig. 166).

Entre 2018 e 2019, houve uma ligeira redução nos inscritos na lista para cirurgia, nas três unidades hospitalares, mais acentuada no HDES (-8,2%).

Figura 166 – Número de doentes inscritos na LIC (Lista de inscritos para Cirurgia) em Dezembro de cada ano nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 2015 - 2019



Fonte: SIGLICA – Relatórios 2015-2019.

#### 8.4.7.2 -Operados nos Hospitais da RAA

Quando se analisa o número total de operados em cada ano, verificamos que no HDES, apesar do número crescente de indicações para cirurgia, a tendência registrada no número de operados é inversa, ou seja, tem havido um número menor em cada ano de operados, apesar do ligeiro aumento entre 2018 e 2019 (Tabela 20 e Fig. 167).

Nos outros dois hospitais da Região, o número total de operados em cada ano é significativamente superior ao número de inscritos registrado no mês de Dezembro (Tabelas 21 e 22 e Fig. 168).

*Tabela 20 - Número total de inscritos em Dezembro, total de operados/ano e total de operações canceladas - HDES (2015 a 2019)*

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Total dos inscritos (dezº)</b>	7718	7676	7183	8777	8055
<b>Total de Operados</b>	5266	5967	4720	3778	4011
<b>Operações Canceladas</b>	1609	1097	1877	1455	2030

*Tabela 21 - Número total de inscritos em Dezembro, total de operados/ano e total de operações canceladas - HSEIT (2015 a 2019)*

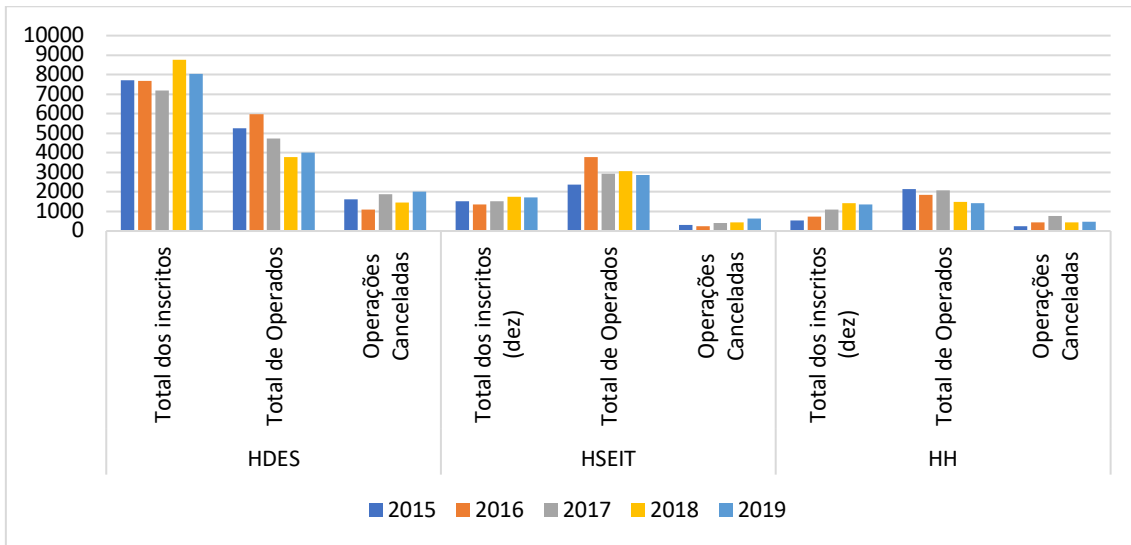
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Total dos inscritos (dezº)</b>	1536	1347	1519	1742	1724
<b>Total de Operados</b>	2367	3778	2920	3069	2882
<b>Operações Canceladas</b>	321	248	395	450	651

*Tabela 22 - Número total de inscritos em Dezembro, total de operados/ano e total de operações canceladas - HH (2015 a 2019)*

	<b>2105</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Total dos inscritos (dezº)</b>	524	722	1081	1439	1357
<b>Total de Operados</b>	2161	1852	2081	1474	1425
<b>Operações Canceladas</b>	230	457	762	456	463



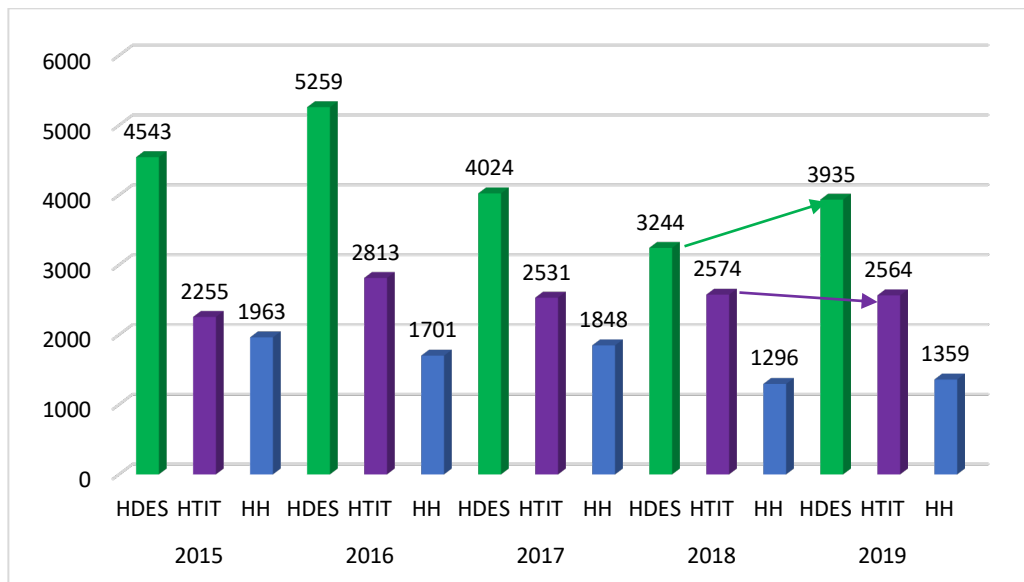
Figura 167 - Número total de doentes inscritos em Dezembro/ano; total de doentes operados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)/ano e Total de operações canceladas - 2015-2019



Fonte: SIGLICA – Relatórios 2015-2019.

O gráfico seguinte (Fig.158) regista apenas o número total de operados em cada ano, nos três hospitais da região, evidenciando um aumento de 21,3%, entre 2018 e 2019, no HDES e de 4,9% no HH, e uma muito ligeira diminuição no HSEIT (0,4%).

Figura 168 - Número total de doentes operados por ano nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2015-2019



Fonte: SIGLICA – Relatórios 2015-2019

#### *8.4.7.3 - Tempos médios de Espera na LIC (Lista de inscritos para Cirurgia) e nos Operados*

A Portaria 166/2015 de 31 dezembro, promulga os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) (ver Anexo I do DLR 166/21015). Como podemos verificar, o tempo máximo previsto nas especialidades hospitalares é de 270 dias e corresponde a intervenções de prioridade “normal”.

Da análise dos dados publicados<sup>91</sup>, conclui-se que os valores médios de tempo de espera, na lista de inscritos para uma cirurgia, são bastante distintos nos três hospitais da RAA, com destaque para o HDES com uma média anual 513 dias em 2019. Apesar da tendência decrescente, registada desde 2017 (passou de 596 em 2017 para 513 em 2019). Apesar disso, 513 dias representam 17 meses, em média, de espera por uma cirurgia.

No caso dos hospitais de Angra e da Horta, os valores médios de espera são mais baixos. No entanto, como podemos verificar no gráfico seguinte, regista-se uma tendência crescente no tempo de espera para uma cirurgia no HH, que passou de 209 dias em 2017 para 278 dias em 2019 (Fig.169).

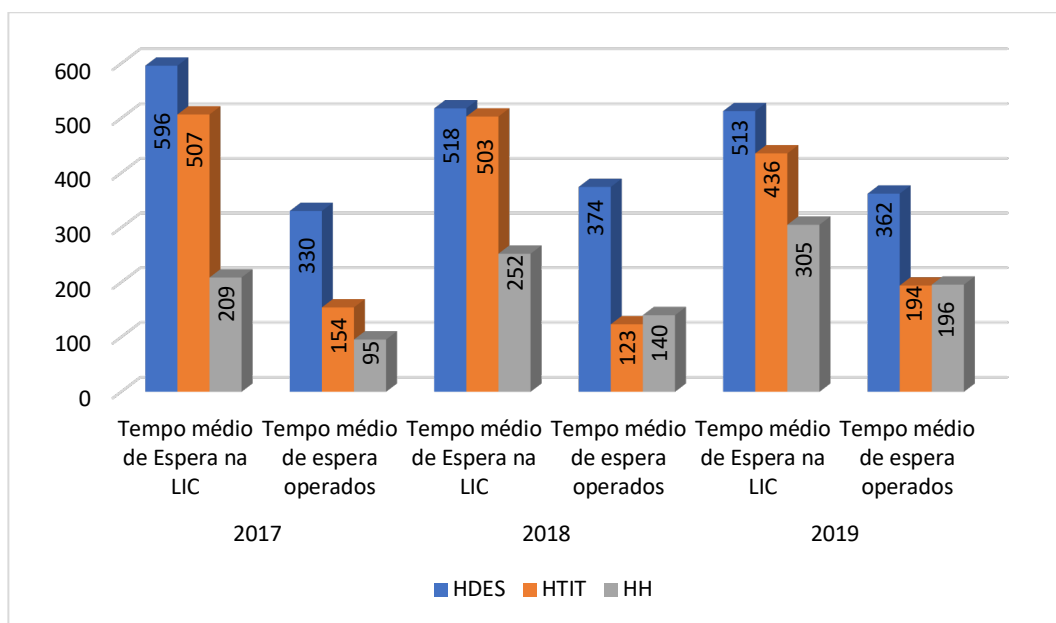
Em relação ao tempo médio de espera dos operados, a diferença é bastante significativa em relação ao total dos inscritos. No caso do HDES, os números têm oscilado entre 330 dias (2017) e 374 (2018) tendo-se registado um total de 363 dias em 2019, o que correspondeu, em média, a um ano de espera até se efetivar a cirurgia.

Nos outros dois hospitais, HSEIT e HH, os tempos de espera são mais baixos, no entanto há uma tendência de aumento, passando, respetivamente, de 154 e 95 dias em 2017, para 194 e 196 dias em 2019.

---

<sup>91</sup> Dados publicados apenas para os anos de 2017,2018 e 2019

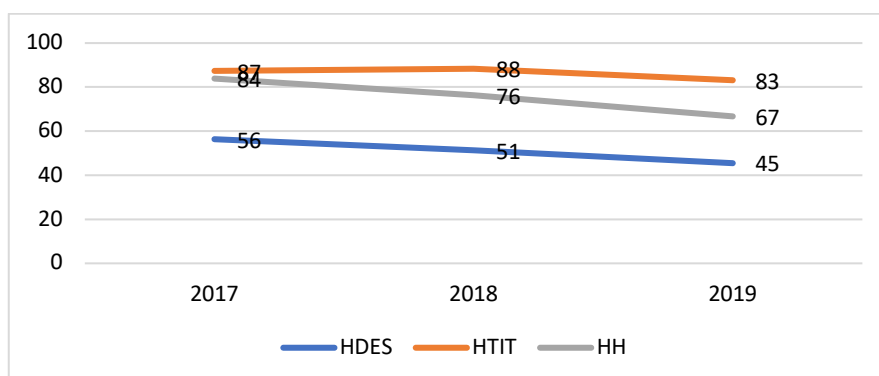
Figura 169 - Tempo médio de espera (dias) na LIC/ano e Tempo médio de espera dos Operados (dias)/ano nos Hospitais da RAA (HDES, HTIT e HH) - 2017-2019



Fonte: SIGLICA – Relatórios 2015-2019

Considerando ainda, os tempos de espera por uma cirurgia, há a registar outro indicador que calcula a % de operações que foram realizadas dentro dos parâmetros do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), conforme previsto na legislação. Mensalmente é publicada a % de operações que é realizada no referido tempo. Calculando a média das percentagens para cada ano de publicação, é possível chegar a um valor médio para cada hospital.

Figura 170 - Doentes operados no TMRG (Tempos Máximos de Resposta Garantidos) nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 2017-2019



Fonte: SIGLICA – Relatórios 2017-2019<sup>92</sup>

<sup>92</sup> Os valores do gráfico resultam da média das percentagens de doentes operados no TMRG em cada ano.

De acordo com os dados publicados a % média de operações realizadas, dentro desta referência formalizada, tem diminuído nos três hospitais.

No HDES, em 2019, apenas 45% em média das intervenções cirúrgicas se enquadraram no TMRG, enquanto no HSEIT esse valor atingiu 83% e no HH, 67%.

#### 8.4.7.4 - Programas de combate às Listas de Espera

As listas de espera para cirurgias tem constituído um tema de forte no debate político e foram objeto de vários Programas, com vista à recuperação do número de cirurgias não realizadas, que aguardam há vários meses para serem concretizadas.

Em notícias publicadas, quer em órgãos de comunicação social quer no Portal do Governo (GACS), foram várias as tentativas de implementar uma redução do número de cirurgias não realizadas.

Data	Notícias	Fonte
22 maio 2008	O número de intervenções cirúrgicas em lista de espera no Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, sofreu uma <b>redução de 30 por cento desde Outubro</b> , devido ao programa de recuperação de listas de espera em aplicação na unidade de saúde dos Açores, que termina em Dezembro. De acordo com a mesma fonte, cinco mil esperam por cirurgia.	Secretário regional dos Assuntos Sociais – Jornal Açoriano Oriental
23 fevereiro 2011	O programa de recuperação de listas de espera de cirurgia nos Açores permitiu realizar intervenções em 3.626 pessoas nos últimos três anos nos três hospitais do arquipélago, revelou hoje o executivo regional. (...) Esse contributo resulta do facto de permitir a contratualização de cirurgias entre o Serviço Regional de Saúde e unidades de saúde privada.	Lusa – Secretário Regional da Saúde
3 Novembro 2017	O Secretário Regional da Saúde anunciou hoje, em Angra do Heroísmo, a criação de <b>Planos Urgentes de Cirurgias, denominados CIRURGE</b> , que serão implementados pelos três hospitais dos Açores.	GACS <a href="http://www.azores.gov.pt">www.azores.gov.pt</a>

	<p>Estes planos integram uma estratégia transversal de recuperação das listas de espera cirúrgicas assente no melhoramento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia dos Açores (SIGICA).</p> <p>“O que se pretende com estas medidas é criar as condições para que, no final do próximo ano, não haja utentes inscritos para cirurgia com data de inscrição anterior a 1 de janeiro de 2015”, frisou Rui Luís.</p>	
13 novembro 2017	O Secretário Regional da Saúde afirmou hoje, na Horta, que o reforço das verbas para o próximo ano nesta área é de 2,3 milhões de euros, destacando a "aposta clara" na recuperação das listas de espera.	GACS <a href="http://www.azores.gov.pt">www.azores.gov.pt</a>
29 novembro 2018	Reforço da dotação do programa CIRURGE (Programa de recuperação das listas de espera para cirurgia)	Antena 1 - notícia
27 novembro 2019	<p>Teresa Machado Luciano referiu ainda a área de projetos, que merecerá um investimento de cerca de 15 milhões de euros, para melhoria na acessibilidade a diagnóstico e terapêutica, inovação terapêutica e recuperação de listas de espera cirúrgicas. (...)</p> <p>A Secretária Regional frisou ainda o empenho do Governo dos Açores na recuperação das listas de inscritos para cirurgia, designadamente através da produção normal e da otimização de blocos operatórios, bem como do programa CIRURGE, no âmbito do qual estão planeadas mais 394 cirurgias até ao final do ano.</p>	GACS <a href="http://www.azores.gov.pt">www.azores.gov.pt</a>

## Vale Saúde

Em 2009 o Governo Regional, pelo Decreto Legislativo Regional nº 19/2009/A, de 30 de novembro, criou o Vale Saúde, mais tarde alterado e republicado pelo Decreto Legislativo Regional nº 4/2011/A, de 3 de março, com vista a contribuir para a redução das listas de espera cirúrgicas.

Em 2016, é publicado o Decreto Legislativo nº23/2016/A de 10 de novembro que altera o Vale Saúde e aprova o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores. Com este diploma, o Governo,

“aprova o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Região Autónoma dos Açores, adiante designado por SIGICA e o regime do Vale Saúde na Região Autónoma dos Açores que se destina, exclusivamente, ao pagamento de cirurgias aos utentes do Serviço Regional de Saúde (SRS).” (artigo 1º)

De acordo com o texto do diploma, o Vale Saúde destina-se a ser utilizado (artigo 7º):

- 1 - Nos casos em que o Serviço Regional de Saúde não consiga dar resposta dentro do TMRG, é emitido pela unidade central, ou pelo Hospital em que o utente se encontra em lista de espera, um Vale Saúde que garante ao utente a realização da cirurgia numa entidade prestadora nos termos da alínea d) do artigo 2.º, de acordo com a regulamentação prevista no artigo 9.º
- 2 - A emissão de vales saúde está limitada à verba inscrita no Plano de Investimentos anual aprovado na Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores.
- 3 - O procedimento, suprarreferido, bem como a respetiva regulamentação, não prejudicam a aplicação do Regulamento de Deslocação de Doentes na Região Autónoma dos Açores.

A Portaria nº 111/2016 de 14 Dezembro enquadra o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia e Vale Saúde.

### **Programas CIRURGE**

Mais recentemente, e de acordo com o Despacho 2762/2017 de 14 novembro<sup>93</sup>, o Governo criou os programas CIRURGE, de novo para reduzir o número de inscritos nas listas de espera para cirurgia, a começar por aqueles que aguardam há mais de 540 dias, conforme consta do texto do Despacho:

1. Os Hospitais do Serviço Regional de Saúde devem elaborar e implementar Planos Urgentes de Cirurgias, denominados CIRURGE, que visem, através da realização de cirurgias extraordinárias, intervencionar os utentes com maior antiguidade na Lista de Inscritos para Cirurgia, doravante LIC.
2. Os Planos CIRURGE apenas podem integrar as especialidades com utentes inscritos para cirurgia há mais de 540 dias.
3. As especialidades que integram os Planos CIRURGE são determinadas pelos Conselhos de Administração dos Hospitais tendo em consideração o número de utentes inscritos para cirurgia

---

<sup>93</sup> <https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/d4ea81ba-c04e-4ecb-85a3-c01e538ca53e/pdfOriginal>

há mais de 540 dias, bem como o nível de produção atingível, por especialidade, atendendo à verba disponível.

4. A execução dos planos CIRURGE, por especialidade, abrange, obrigatoriamente, os utentes com maior tempo de espera na LIC, sendo a seleção dos doentes a intervir efetuada, de modo sequencial, de acordo com a antiguidade.

5. Cada Plano CIRURGE deverá conter a seguinte informação: a. Especialidades abrangidas, com fundamentação sucinta da escolha; b. Número de cirurgias, por especialidade; c. Listagem dos utentes potencialmente abrangidos, com o posicionamento na LIC e correspondente tempo de espera; d. Impacto financeiro previsto.

6. Os Planos CIRURGE são remetidos à aprovação do membro do Governo Regional responsável em matéria de Saúde.

7. As cirurgias previstas nos Planos CIRURGE apenas podem ser realizadas fora do horário de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, de acordo com a ficha de distribuição de atividades previamente validada pelos Conselhos de Administração.

8. Após conclusão do Plano CIRURGE os Hospitais devem remeter ao membro do Governo Regional responsável em matéria de Saúde um relatório detalhado da execução do plano.

9. É permitido aos Hospitais da Região, no âmbito dos programas de produção acrescida cirúrgica, em derrogação do disposto no número 2, do Despacho n.º 2488/2015, de 6 de novembro, a realização de atos cirúrgicos em produção acrescida até ao limite de trinta e cinco por cento dos atos realizados em produção regular do serviço.

No caso do CIRURGE, há uma evidente preocupação em reduzir o número de inscritos, tendo em conta não apenas o tempo decorrido da espera, como a especialidade em causa. No entanto, o relatório mensal do SIGICLA não refere o número das intervenções que foram realizadas ao abrigo destes programas.

#### 8.4.7.5 - Listas de espera por especialidades (Anos 2017, 2018 e 2019/nov.)

De acordo com os dados publicados pelo SIGICLA, e tendo por base o número de doentes inscritos para cirurgia nas diferentes especialidades, iremos começar por avaliar o volume de inscritos em Dezembro de cada ano.

Tabela 23 - Doentes inscritos na LIC em Dezembro nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) por especialidade cirúrgica. 2017-2019

Inscritos em Dez.	HDES			HESIT			HH			Total SRS		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Ortopedia	1289	1300	1175	307	350	437	659	760	807	2255	2410	2419
Ginecologia	155	353	427	19	53	43	18	4	1	192	410	471
Obstetrícia					2	1		1	94	0	3	95
Neurocirurgia	282	351	365	21	14	4				303	365	369
Cardiologia				3	2	1				3	2	1
Cirurgia Geral	968	1366	1467	175	243	346	210	245	172	1353	1854	1985
Cirurgia Vasculuar	853	787	828	414	455	373				1267	1242	1201
Cirurgia Plástica	636	688	628	96	111	82				732	799	710
Cirurgia Maxilo-facial	37	84	69							37	84	69
Cirurgia Pediátrica	100	148	143							100	148	143
Pneumologia	4	7	10							4	7	10
Otorrinolaringologia	1264	1530	1461	34	31	29	55	82	48	1353	1643	1538
Oftalmologia	1073	1625	1957	391	393	489	100	245	255	1564	2263	2701
Urologia	510	517	384	38	60	96	24	32	32	572	609	512
Estomatologia	12	21	15	21	28	27	0	4	0	33	53	42
Dermatologia							15	10	1	15	10	1
Gastreterologia								2	2		2	2
<b>Total</b>	<b>7183</b>	<b>8777</b>	<b>8929</b>	<b>1519</b>	<b>1742</b>	<b>1928</b>	<b>1081</b>	<b>1385</b>	<b>1412</b>	<b>9783</b>	<b>11904</b>	<b>12269</b>

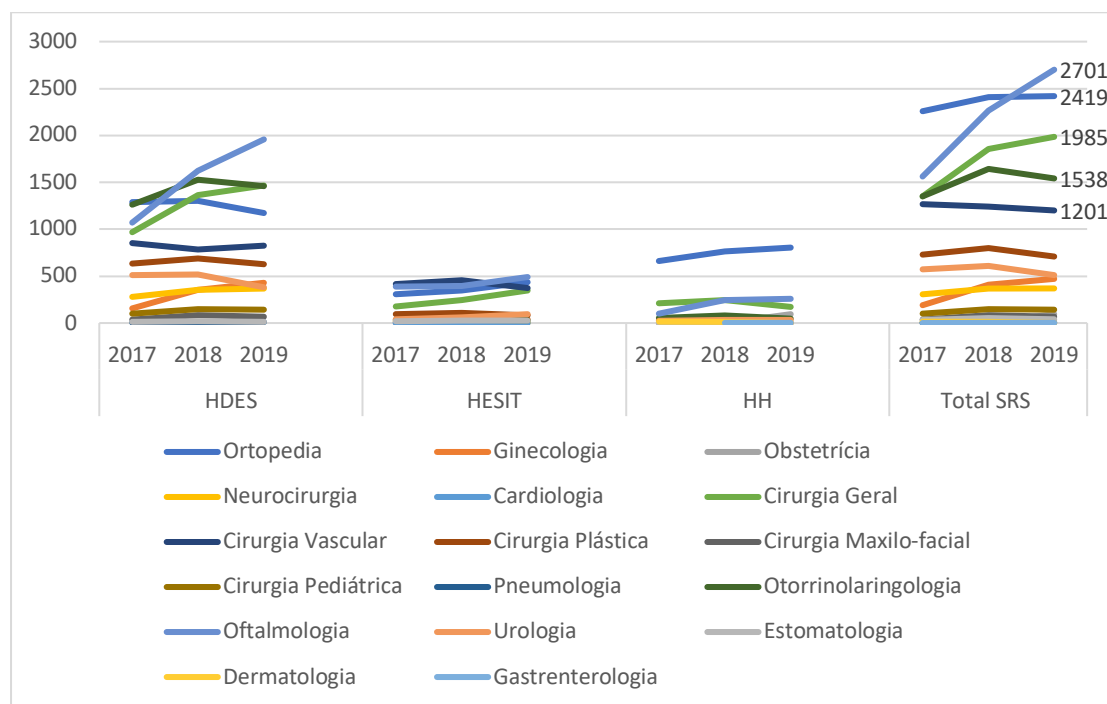
Fonte: Relatórios do SIGLICA 2017 a 2019

Da análise do quadro anterior (Tabela 23), podemos concluir do aumento do número de inscritos nas Listas para Cirurgia no Sistema Regional de Saúde, passando de 9783 em Dezembro de 2017 para 12269 em Dezembro 2019. Se tivermos em conta as diferentes especialidades, destacam-se a Oftalmologia com 2701 em 2019, a Ortopedia, com 2419 em 2019 e a Cirurgia Geral, com 1985 utentes inscritos em Dezembro 2019.

O gráfico seguinte (Fig. 171) compara a evolução do número de inscritos nas várias especialidades, nos três Hospitais e o valor total registado no SRS. Como foi referido anteriormente, destacam-se a Oftalmologia, a Cirurgia Geral e a Ortopedia, com tendência crescente, ao invés de outras áreas, onde se regista uma ligeira diminuição nos últimos anos, como é o caso da Otorrinolaringologia ou a Cirurgia Vasculuar.



Figura 171- Número de inscritos na LIC por especialidade nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - Dezembro/ano - 2017-2019



Fonte: Relatórios do SIGLICA 2017 a 2019

#### 8.4.7.6 - Tempo médio de espera (TME)

Quanto ao tempo médio de espera nas diferentes especialidades, verificamos uma grande diversidade nos três hospitais. Na grande maioria dos casos, o tempo médio calculado está muito desfasado da tabela de valores máximos, para cada especialidade, publicada no Anexo da Portaria nº 166/2015 de 31 de dezembro<sup>94</sup>.

Iremos ter em conta os tempos médios da Lista de Inscritos para Cirurgia em Dezembro de cada ano, por especialidade, assim como o tempo médio dos operados nesse mesmo mês.

<sup>94</sup> [http://usism.pt/wp/wp-content/uploads/2019/06/Portaria\\_166\\_2015.pdf](http://usism.pt/wp/wp-content/uploads/2019/06/Portaria_166_2015.pdf)

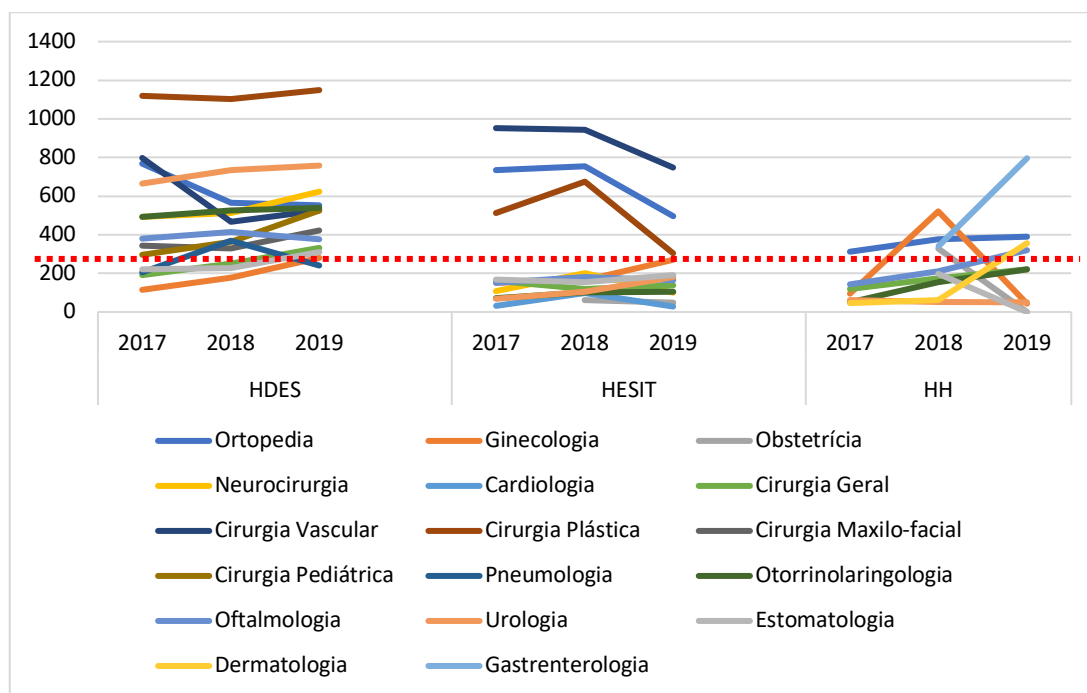
Tabela 24 - Tempo médio de espera (dias) dos doentes na LIC nos Hospitais da RAA por especialidade (2017-2019)

Especialidades	HDES			HESIT			HH		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Ortopedia	768	566	551	735	755	495	312	375	391
Ginecologia	113	179	281	151	163	269	94	521	43
Obstetrícia					61	48		328	0
Neurocirurgia	491	514	623	107	200	100			
Cardiologia				31	98	28			
Cirurgia Geral	190	250	332	160	119	139	119	175	221
Cirurgia Vasculuar	799	467	525	952	942	748			
Cirurgia Plástica	1119	1103	1149	513	676	304			
Cirurgia Maxilo-facial	342	329	422						
Cirurgia Pediátrica	296	362	525						
Pneumologia	205	369	240						
Otorrinolaringologia	492	527	539	70	101	104	50	155	221
Oftalmologia	380	414	377	151	182	163	143	212	321
Urologia	664	736	758	67	103	182	60	52	50
Estomatologia	222	228	310	168	156	191		197	0
Dermatologia							46	62	356
Gastrenterologia								341	796

Fonte: Relatórios do SIGLICA (2017)

De acordo com os dados publicados em Dezembro, referentes ao tempo médio dos doentes operados nesse mês, em cada ano, verifica-se que é nas áreas da Cirurgia Plástica (sobretudo no HDES) e da Cirurgia Vasculuar (particularmente no HSEIT) que se registam os tempos médios mais elevados, seguidas da Ortopedia, esta última transversal aos três hospitais.

Figura 172 - Tempo médio de espera (dias) na LIC por especialidade e Hospital da RAA (HDES, HSEIT, HH) - 2017-2019



Fonte: Relatórios do SIGLICA (2017)

Olhando o gráfico anterior (Fig.172), fica evidente que a grande maioria das especialidades cirúrgicas no HDES ultrapassa o tempo máximo garantido, conforme consta da Portaria 166/2015 de 31 dezembro, ou seja, 270 dias para uma cirurgia de prioridade normal.

No caso do HSEIT, é nas especialidades de cirurgia vascular, ortopedia e plástica que encontramos as médias mais elevadas, apesar de, no caso da cirurgia plástica, ter havido uma redução significativa entre 2018 e 2019. No caso do HH, a Ortopedia e a Gastroenterologia são as únicas áreas que estão acima da referência dos 270 dias.

#### 8.4.7.7 - Tempo médio de espera (em dias) dos doentes operados nos Hospitais da RAA por especialidade (2017-2019)

Retomando os dados publicados em Dezembro, de cada ano, para registar o tempo médio dos operados nesse mês, verificamos que as médias são substancialmente mais baixas do que as registadas na Lista de inscritos, o que em parte contradiz o princípio previsto no programa de recuperação de listas de espera que aponta para a priorização dos doentes que estão há mais tempo nessas listas.

Neste indicador, não foi possível introduzir os tempos médios de espera por especialidade em Dezembro 2018.<sup>95</sup>

*Tabela 25 - Tempo médio de espera (dias) dos doentes operados nos Hospitais da RAA por Especialidade (2017-2019)*

Especialidades	HDES		HESIT		HH	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019
<b>Ortopedia</b>	442	321	349	192	251	488
<b>Ginecologia</b>	101	188	19	91	26	36
<b>Obstetrícia</b>			5	11		
<b>Neurocirurgia</b>	462	187	107	33		
<b>Cardiologia</b>			0	3		
<b>Cirurgia Geral</b>	168	270	91	94	55	127
<b>Cirurgia Vascul</b>	963	596	1064	1457		
<b>Cirurgia Plástica</b>	122	546	434	806		
<b>Cirurgia Maxilo-facial</b>	86	703				
<b>Pneumologia</b>		3				
<b>Otorrinolaringologia</b>	538	415	40	59	58	241
<b>Oftalmologia</b>	450	411	204	168	36	128
<b>Urologia</b>	167	281	6	10	63	32
<b>Estomatologia</b>	78	0	287	386		
<b>Dermatologia</b>					21	

Fonte: Relatórios do SIGLICA (2017 e 2019)

De notar que, a grande maioria dos operados registou um tempo de espera inferior ao que foi objeto da resolução do Programa CIRURGE, (Despacho 2762/2017 de 14 novembro), onde se lê que (cit.) “Os Planos CIRURGE apenas podem integrar as especialidades com utentes inscritos para cirurgia há mais de 540 dias”. Estamos perante um evidente desrespeito pelos direitos dos utentes, consagrados na “Carta dos Direitos dos Utentes do Serviço Regional de Saúde”.

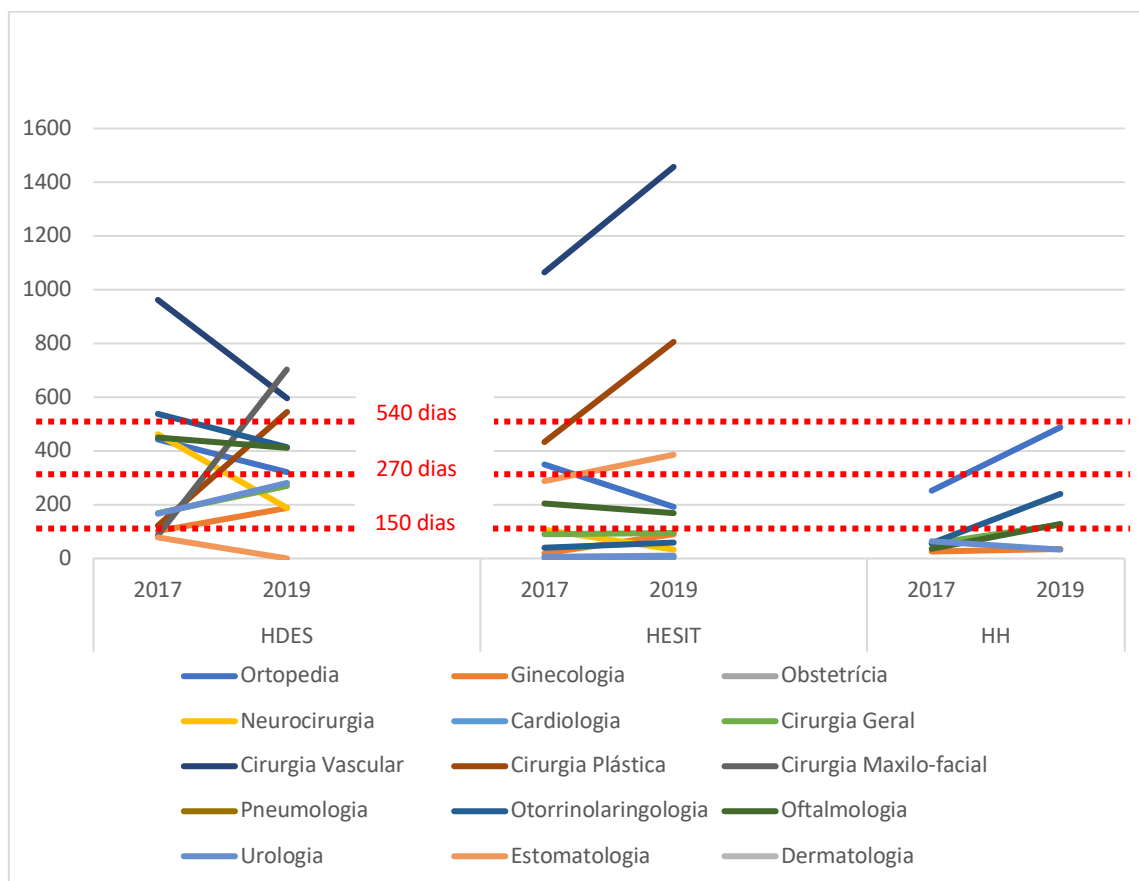
As únicas exceções que cumprem essa diretiva são as intervenções nas áreas da cirurgia vascular e cirurgia plástica.

Este facto configura o carácter urgente das intervenções, de acordo com a tabela publicada na Portaria 166/2015 de 31 de Dezembro, onde se prevê como tempo máximo

<sup>95</sup> Não foram publicados os relatórios mensais de junho a dezembro de 2018. O relatório anual

para uma intervenção muito prioritária, 30 dias, 150 dias para uma Cirurgia não prioritária e 270 para uma prioridade normal.

Figura 173 - Tempos médios de espera dos operados (dias) - Dezembro/ano - por especialidade cirúrgica nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2017-2019



Fonte: Relatórios do SIGLICA (2017 e 2019)

Da leitura do gráfico anterior fica evidente que a maioria das operações realizadas nos meses de Dezembro situavam-se entre o limiar de uma operação não prioritária (150 dias) e o limite mínimo proposto nos Programas CIRURGE (540 dias).

#### 8.4.8 - Serviço de urgência

O recurso ao serviço de urgência por parte dos cidadãos, nem sempre é baseado numa correta avaliação da sua condição clínica.

Como refere Barros (2013:79) “uma utilização desnecessária das urgências significa má utilização dos recursos disponíveis e um maior pagamento de impostos para financiar o serviço público.”

A correção deste tipo de comportamento tem merecido diversas reformas, quer ao nível do atendimento, com a introdução da Triagem de Manchester, quer ao nível do acesso gratuito, com a introdução das taxas moderadoras. Há ainda a referir a criação de linhas telefónicas de atendimento, linha saúde 24, que visa triar antes da ida aos serviços de saúde, de modo a reduzir as situações não urgentes no Serviço de urgência hospitalar. A triagem de Manchester é um “protocolo para estabelecimento de prioridades de atendimento nas urgências hospitalares. O ponto de partida para este protocolo é o princípio de que situações clínicas de maior gravidade devem ser atendidas mais rapidamente. O protocolo baseia-se na utilização de um sistema de cores para distinguir entre níveis de prioridade indo do vermelho (situação de emergência) até ao azul (muito pouco urgente). As restantes cores usadas são: laranja (situação muito urgente), amarelo (situação urgente) e verde (situação pouco urgente).” A cor branca está associada a situações não triadas que correspondem a uma utilização incorreta dos serviços de urgência, nomeadamente como “porta de entrada administrativa ou para execução de atividade “programada” ou não urgente”.<sup>96</sup>



A estas cores correspondem tempos de espera diferenciados. No caso do vermelho, o atendimento é imediato, no laranja o tempo de espera é de até dez minutos; no amarelo, até uma hora; verde, até duas horas e o azul com um tempo de espera até quatro horas (Barros, 2013)

<sup>96</sup> [http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/mts\\_cor\\_branca.pdf](http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/mts_cor_branca.pdf)

<sup>97</sup> Imagem retirada da página <https://www.cuf.pt/atendimento-permanente>

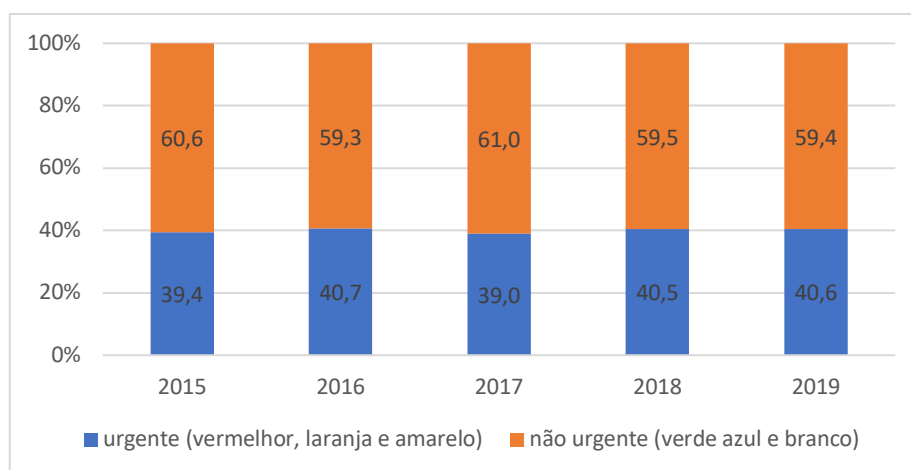
Os dados que abaixo apresentamos, retirados dos relatórios e contas dos Hospitais da RAA (tabelas 26, 27 e 28) revelam que cerca de 60% dos atendimentos realizados nas urgências estão no nível pouco ou muito pouco urgente (Figs. 174, 175 e 176).

Tabela 26 - Atendimentos no Serviço de Urgência do HDES segundo a Triagem de Manchester (número) - 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
vermelho	363	372	374	394	417
laranja	7685	8248	7310	7557	7346
amarelo	37222	38419	37394	37829	38828
verde	65875	64924	65797	61958	62917
azul	2012	1858	2321	2599	2694
branco	1627	1854	2321	2599	2694

Fonte: Relatórios e conta do HDES – 2016-2019

Figura 174- Atendimentos urgente e não urgente de acordo com a Triagem de Manchester, no HDES - 2015-2019 (%)



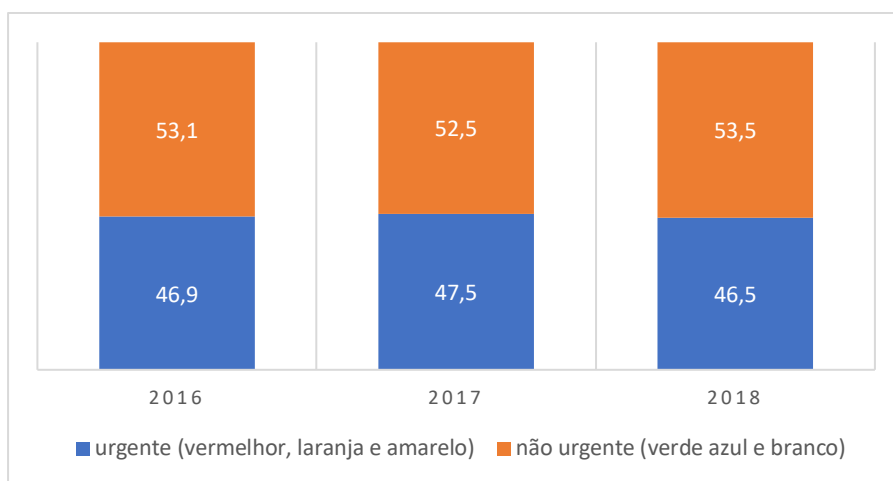
Fonte: Relatórios e conta do HDES – 2016-2019

Tabela 27- Atendimentos no Serviço de Urgência do HSEIT, de acordo com a Triagem de Manchester (número) - 2016-2018

	2016	2017	2018
vermelho	170	149	159
laranja	4519	4536	3853
amarelo	23476	22564	22488
verde	29154	27403	28225
azul	1094	1069	926
branco	1627	1622	1358
não triado	29	34	51

Fonte: Relatórios e conta do HSEIT – 2017-2018

Figura 175 - atendimentos urgentes e não urgentes, de acordo com a Triagem de Manchester, no HSEIT - 2016-2018



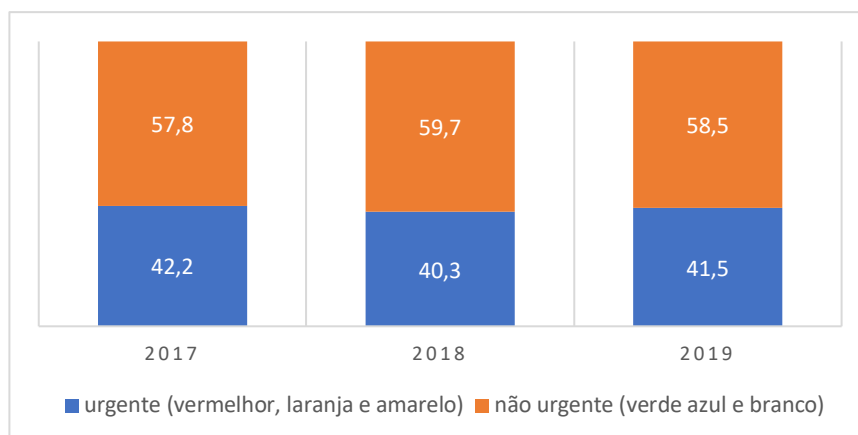
Fonte: Relatórios e conta do HSEIT – 2017-2018

Tabela 28- atendimentos no Serviço de Urgência do HH, de acordo com a Triagem de Manchester (número) - 2017-2019

	2017	2018	2019
vermelho	51	28	32
laranja	1427	1398	1378
amarelo	7549	7363	7541
verde	10523	11813	11426
azul	891	856	842
branco	974	373	327
não triado	156	316	184

Fonte: Relatório e conta do HH – 2019

Figura 176 - atendimentos urgentes e não urgentes, de acordo com a Triagem de Manchester, no HH - 2017-2019



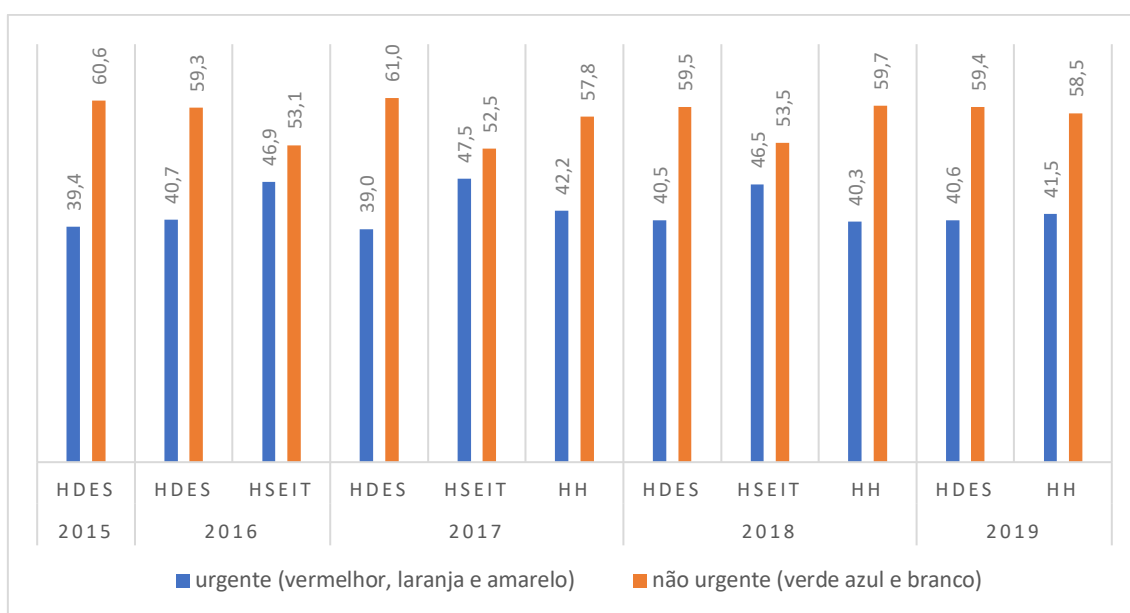
Fonte: Relatório e conta do HH – 2019



Comparando os três hospitais da RAA (Fig. 177), verificamos uma percentagem muito semelhante de casos pouco ou nada urgentes. Apesar de os dados não coincidirem para todos os anos, nos três hospitais, olhando por exemplo, 2017 e 2018, é possível verificar que no HDES e no HH regista-se uma % mais elevada de casos não urgentes, quando comparados com a % registada no HSEIT.

Entre 2015 e 2019, considerando apenas os dados da urgência do HDES, verifica-se uma tendência decrescente na % de casos não urgentes.

Figura 177- Atendimentos urgentes e não urgentes nos SU dos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2015-2019



Relatórios e contas dos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 2016 a 2019

Se tivermos em conta o número de ocorrências nos serviços de urgência que foram classificados com a cor branca, e tendo por referência as recomendações do Grupo Português de Triagem, estas não deveriam ultrapassar os 5% do total das urgências.

Tabela 29 - Situações de atendimento nos S. de Urgência dos Hospitais da RAA classificadas com a cor branca (2015-2019)

Hospital	2015		2016		2017		2018		2019	
	fe	%	fe	%	fe	%	fe	%	fe	%
HDES	1627	1,4	1854	1,6	2321	2,0	2599	2,3	2694	2,3
HSEIT			1627	2,7	1622	2,8	1358	2,4		
HH					974	4,5	373	1,7	327	1,5

Conforme podemos verificar (Tabela 29), apesar da tendência crescente verificada no HDES, atualmente os casos classificados com a cor branca não atingem o valor de referência dos 5%, apesar de em 2017, no Hospital da Horta se ter registado um valor de 4,5%.

A utilização do serviço de urgência hospitalar é um indicador importante quando se procura estudar o acesso ao serviço regional de saúde.

Desde logo, “a ida à urgência é acima de tudo uma decisão individual, que não é guiada ou mediada por um profissional do SNS” (Barros, 2013:81), o que também se aplica no caso do SRS.

De acordo com Barros (2013), os motivos que levam os cidadãos a decidirem recorrer à urgência, são entre outros a percepção de que se é mais bem tratado na urgência hospitalar. Outro motivo que pesa nessa escolha, prende-se com a hora em que ocorre a necessidade de atendimento, se fora do horário de funcionamento do centro de saúde.

Aparentemente, e ainda de acordo com um levantamento feito por Barros (2013), não pesou a distância entre a residência e o hospital ou o facto de não ter médico de família. Pelo contrário, a expectativa de poder realizar vários exames no mesmo local, é tida como vantajosa. Por outro lado, parece existir, particularmente na geração mais jovem, uma falta de hábitos relacionados com o recurso ao Centro de Saúde.

Esta prática, com implicações financeiras para o SRS, porque a resolução de casos não urgentes nos Centros de saúde representaria uma poupança de recursos do sistema de saúde, que segundo Barros (2013:83) seria na ordem dos 100 euros por urgência evitada no hospital”

## 8.5 - CUIDADOS PREVENTIVOS E RECURSO A MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Para completar a informação anterior, importa considerar, para além de comportamentos relacionados com o estilo de vida, algumas práticas, recorrentes, em matéria de vigilância e manutenção da saúde, por parte da população.

Partindo dos dados publicados no INSEF – Cuidados Preventivos (2017), podemos fazer um breve retrato do comportamento da população açoriana, em termos de Saúde Oral, realização regular de Análises Clínicas, Mamografias, Citologia ou Pesquisa de sangue oculto nas fezes. E, de acordo com este inquérito, os açorianos ficam aquém dos valores médios nacionais, chegando mesmo a ser a região com maior percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos que nunca realizou uma mamografia (2,3% contra 0,9% a nível nacional) ou que nunca realizou uma citologia cervico-vaginal (22,5% das mulheres entre os 25 e os 64 anos, contra 9,8% a nível nacional).

Apesar de não termos dados sobre todos os exames referenciados no relatório do INSEF – Cuidados preventivos (2017), a informação publicada pelo Centro de Oncologia dos Açores, datada de 2018, refere uma prática de rastreio organizado na RAA, ao nível do cancro da mama e do cólon e reto.

### **Rastreios e Campanhas de sensibilização**

Conforme foi referido anteriormente, compete ao Centro Oncológico dos Açores as ações de prevenção e a contabilização das situações oncológicas. Nesse sentido, e considerando a responsável da Ordem dos Médicos, as ações de rastreio organizado tem permitido sinalizar um maior número de cancros da mama.

Essa é também a conclusão referida no Relatório dos 20 anos do RORA (2018:38):

*“os cancros da mama na mulher e do cólon e reto em ambos os sexos (apesar de somente o homem ter registado um resultado estatisticamente significativo), traduzem provavelmente esta realidade, já que um aumento mais acentuado da incidência foi observado, sobretudo, após a implementação do ROCMA (Rastreio Organizado do Cancro da Mama nos Açores) e do ROCCRA (Rastreio Organizado do Cancro do Cólon e Reto nos Açores), respetivamente. No entanto, o contrário também é possível e tal poderá ter sido o caso do cancro da próstata a partir de 2008, onde a diminuição da incidência relacionar-se-á, eventualmente, com um decréscimo do sobrediagnóstico associado a uma menor intensidade no uso do teste de PSA (do inglês Prostate Specific Antigen).”*

## Rastreios e Campanhas de prevenção e combate ao cancro

Rastreio	Data de início	objetivos	abrangência	Acesso
Rastreio Organizado de Cancro da Mama nos Açores (ROCMA)	Novembro 2008	Identificação atempada e diagnóstico em fases mais precoces do cancro da mama	40 mil mulheres com periodicidade bianual.	Gratuito
Rastreio Organizado de Cancro do Cólon e Reto nos Açores (ROCCRA)	Janeiro 2014	Detetar lesões benignas (pólipos) que podem a médio e longo prazo, evoluir para cancro e, noutros casos, diagnosticar cancros (habitualmente pequenos) no intestino, antes destes provocarem sintomas e ameaçarem a vida <sup>98</sup>	60 mil açorianos/as	Gratuito

Para além dos rastreios acima registados, o COA tem promovido outras campanhas, nomeadamente antitabágica, um consumo que está diretamente relacionado com as patologias oncológicas que envolvem a cavidade bucal e o sistema respiratório.

campanha	Data de início	objetivos	estratégia	Acesso
Campanha antitabágica	Janeiro 2016	Prevenção e estimulação da Desabitação tabágica Reforço da literacia em saúde	Cartazes: O tabaco é responsável por 33% dos cancros; O tabaco mata metade dos fumadores; Feliz ano novo sem tabaco.	Redes sociais Comunicação social.
Dia mundial da luta contra o cancro	4 fevereiro 2020	Incentivar o diagnóstico precoce	Video -Você é o herói desta história	Comunicação social

Para além das iniciativas governamentais, o núcleo regional da Liga Portuguesa contra o Cancro promove campanhas relacionadas com a prevenção do Cancro da mama e outras patologias oncológicas.

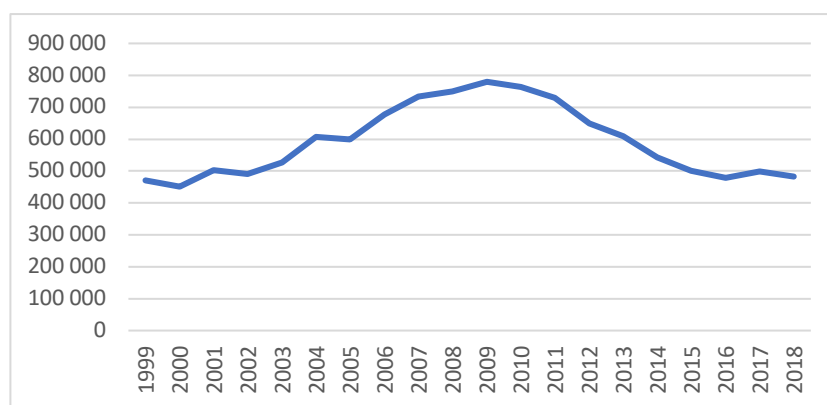
### 8.5.1 – Ações complementares de Diagnóstico ou de Tratamento nos Centros de Saúde da RAA

#### 8.5.1.1. - Análises clínicas nos Centros de Saúde da RAA

<sup>98</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs-coa/textoImagem/ROCCRA.htm>

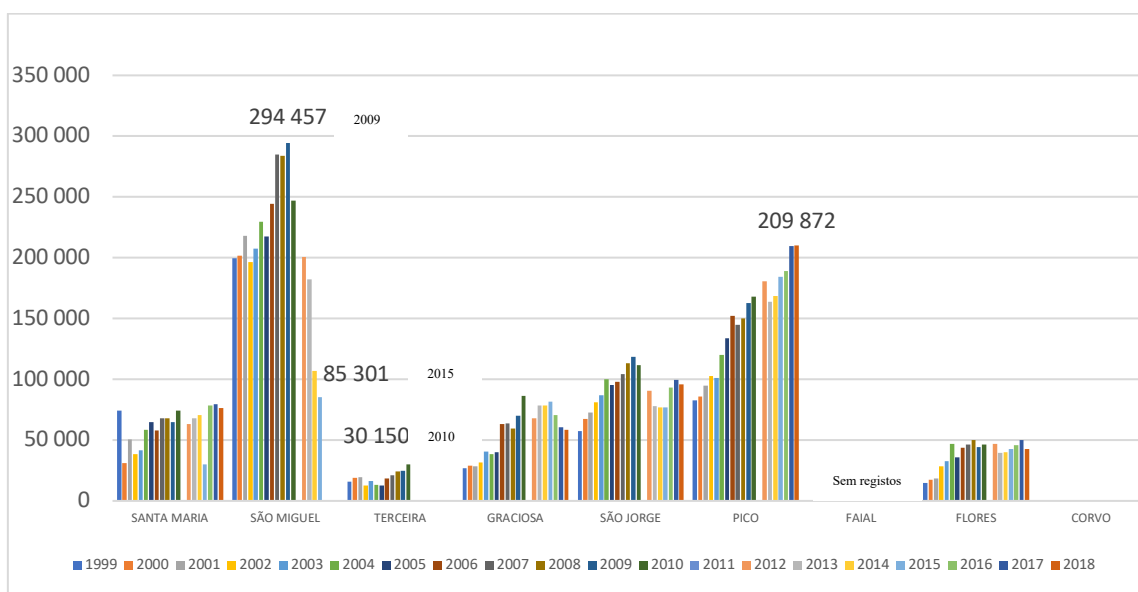
A análise das estatísticas de Saúde, ao nível dos Atos complementares de diagnóstico e terapêutica, praticados nos Centros de Saúde, revela uma curva (Fig.178), que corresponde inicialmente ao exercício dos cuidados de saúde primários e diferenciados em todas estas unidades, a que se seguiu o encerramento da componente hospitalar nos concelhos das ilhas onde existem hospitais. Por esse motivo, a partir de 2010, nos centros de saúde dessas ilhas deixou de ser possível realizar análises clínicas, como adiante se verifica na análise por Ilha (Fig. 179). Em São Miguel, os centros de saúde deixaram de prestar este serviço em 2015, na Terceira em 2010 e no Faial não existem registos, pelo menos desde 1999.

Figura 178 - Número de análises clínicas realizadas nos Centros de Saúde da RAA - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Figura 179 - Número de análises clínicas realizadas nos Centros de Saúde da RAA/ilha - 1999-2018



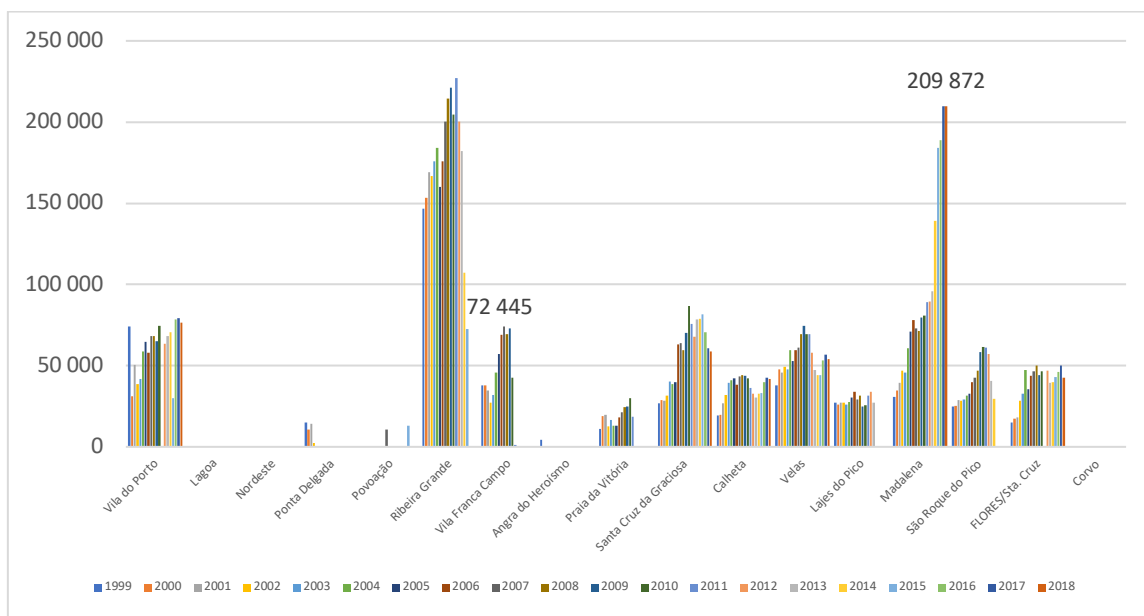
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quando comparamos o número de análises clínicas nas diferentes ilhas, desde logo é evidente o aumento significativo registado na Ilha do Pico, atingindo 209872 atos em 2018.

Uma análise por concelho (Fig.180), permite verificar que é sobretudo no Centro de Saúde da Madalena que se realizam mais análises clínicas, sobretudo desde 2016 (209872 análises clínicas em 2018).

Em São Miguel, os concelhos de Lagoa, Nordeste e mesmo Ponta Delgada e Povoação não tem ou tem muito pouco registos de análises clínicas realizadas. Na Ribeira Grande o fenómeno é bastante distinto e, em 2015, último ano onde se praticou este serviço no Centro de Saúde, registaram-se 72445 análises/ano.

Figura 180 – Número de análises clínicas realizadas nos Centros de Saúde da RAA/concelho – 1999-2018



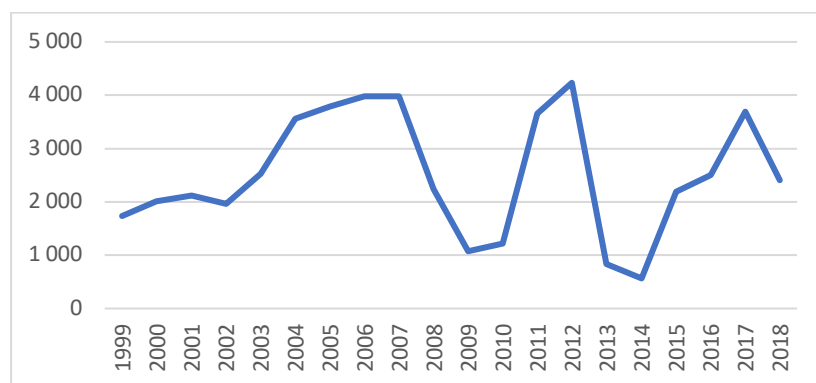
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

A partir de 2014 deixaram de se realizar análises clínicas nas Lajes e em São Roque do Pico, daí o aumento exponencial no Centro de Saúde da Madalena.

#### 8.5.1.2 – Ecografias nos Centros de Saúde da RAA

A evolução do número de Ecografias realizadas nos Centros de Saúde tem sido muito irregular, como podemos verificar no gráfico seguinte (Fig.181).

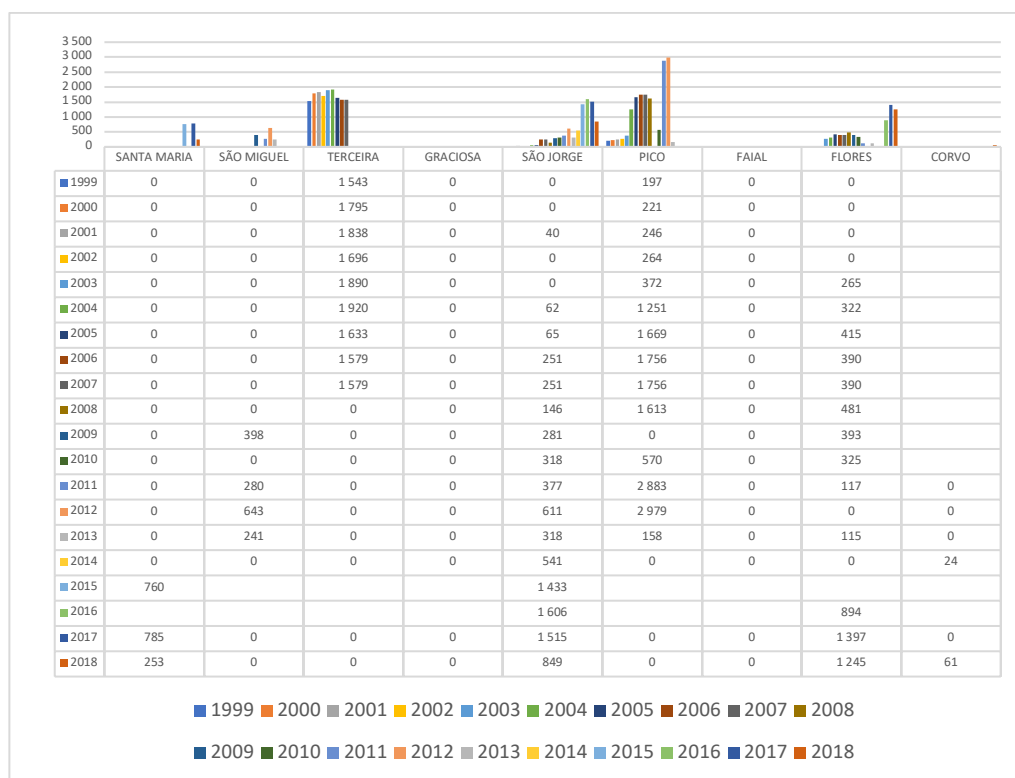
Figura 181- Número de ecografias nos Centros de Saúde da RAA – 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Numa análise por ilha (Fig.182), há centros de saúde onde não se realizam ecografias, nomeadamente, Graciosa, Faial e, desde 2014, deixaram de se realizar nos centros de saúde das ilhas São Miguel, Terceira, Pico e Faial. Ao contrário, foi a partir desse ano que os centros de saúde de Vila do Porto/Sta. Maria, Sta. Cruz das Flores e Corvo passaram a realizar ecografias.

Figura 182 – Número de Ecografias realizadas nos Centros de Saúde da RAA – 1999-2018



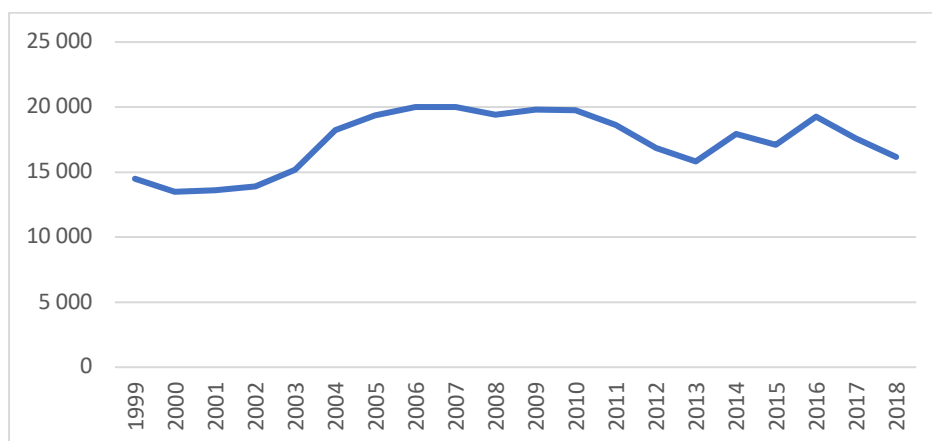
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

O encerramento deste serviço nas ilhas mais populosas explica a variação registada no total regional.

#### 8.5.1.3 – Eletrocardiogramas nos Centros de Saúde da RAA

No registo dos exames complementares de diagnóstico, para além das análises clínicas e das ecografias, há ainda os eletrocardiogramas. E, neste tipo de exames, como podemos ver pelo gráfico seguinte (Fig.183), houve um aumento até 2010, seguido de uma significativa redução até 2013. Desde então tem variado o número de exames realizados, sendo que em 2017 e 2018 voltou a registar-se uma diminuição do total de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde da RAA.

Figura 183 - Número de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde da RAA - 1999-2018

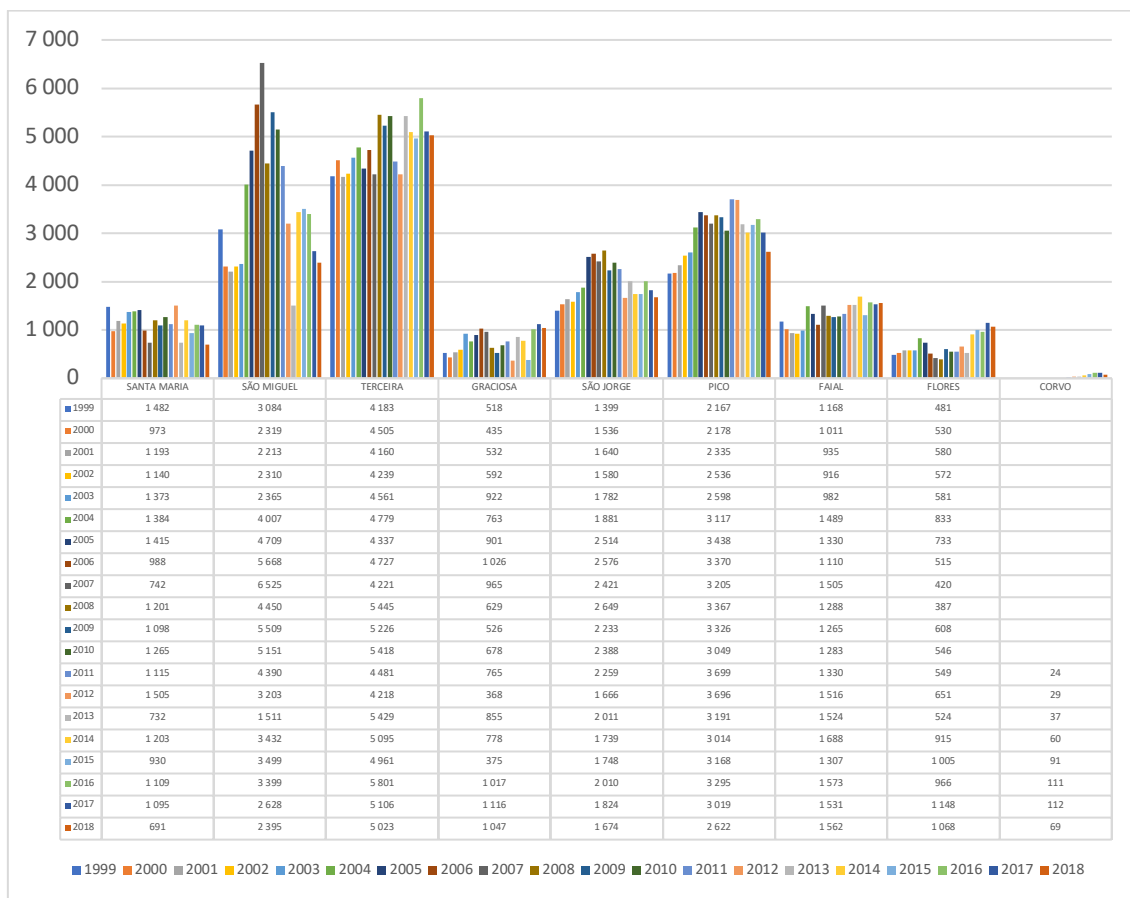


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Um olhar destes dados ao nível de ilha permite verificar que as oscilações registadas decorrem sobretudo do número de eletrocardiogramas realizados, ou não, nos centros de saúde da Ilha de São Miguel (Fig.184).



Figura 184 - Número de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde/Ilha - 1999-2018

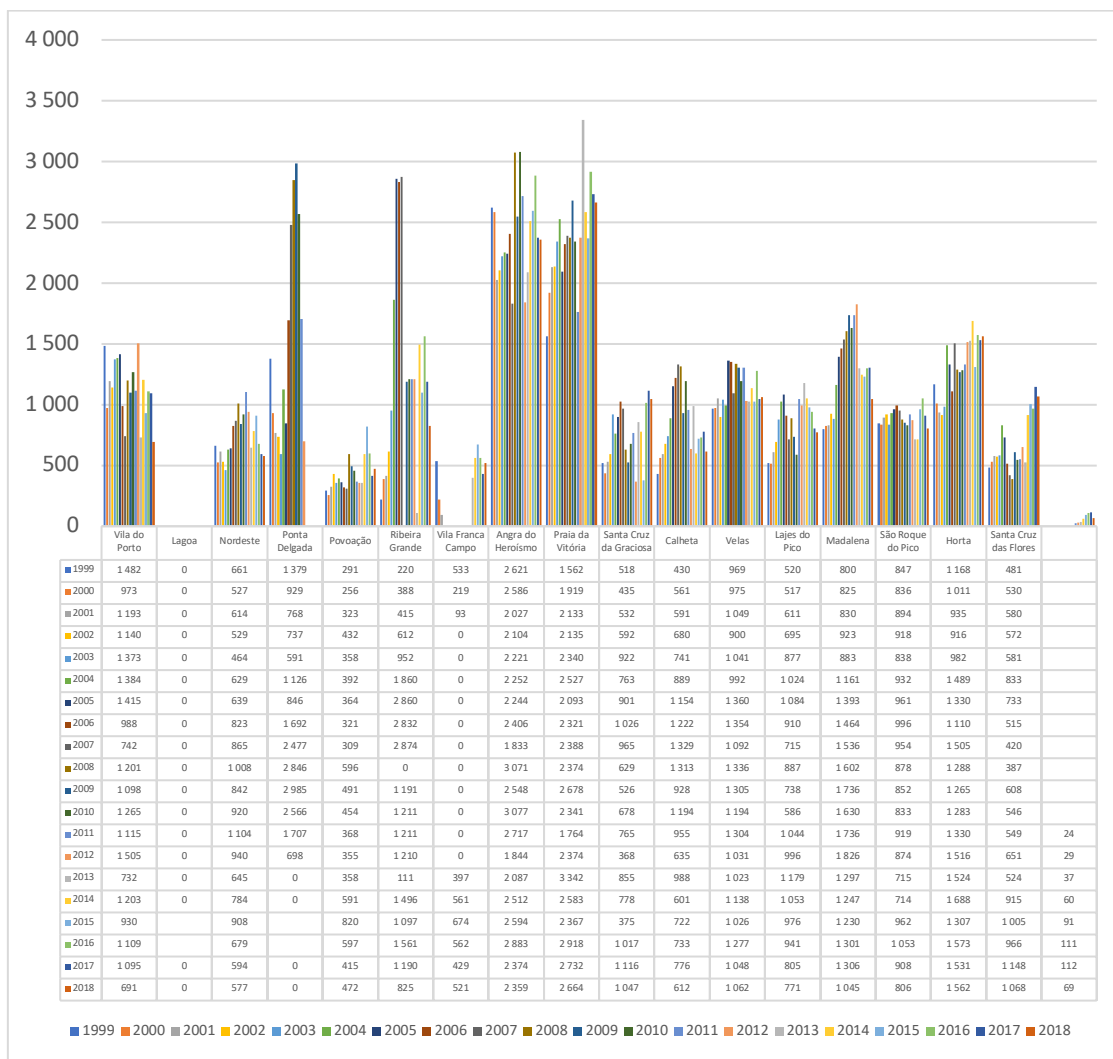


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Ao nível do concelho/Centro de Saúde, os números revelam que é na Ilha Terceira<sup>99</sup> que se realiza a maior % de eletrocardiogramas. Em Ponta Delgada, deixaram de ser realizados no Centro de Saúde de Ponta Delgada desde 2013 e no centro de saúde da Lagoa, atualmente integrado como unidade de saúde do C. S. P. Delgada, não há registo deste tipo de exames (Fig.185).

<sup>99</sup> Em 2018, os centros de saúde da Ilha Terceira (A. Heroísmo e P. da Vitória) registaram 31,1% dos eletrocardiogramas realizados nos centros de saúde da RAA, nesse ano.

Figura 185 – Número de eletrocardiogramas realizados nos Centros de Saúde da RAA/concelhos – 1999-2018



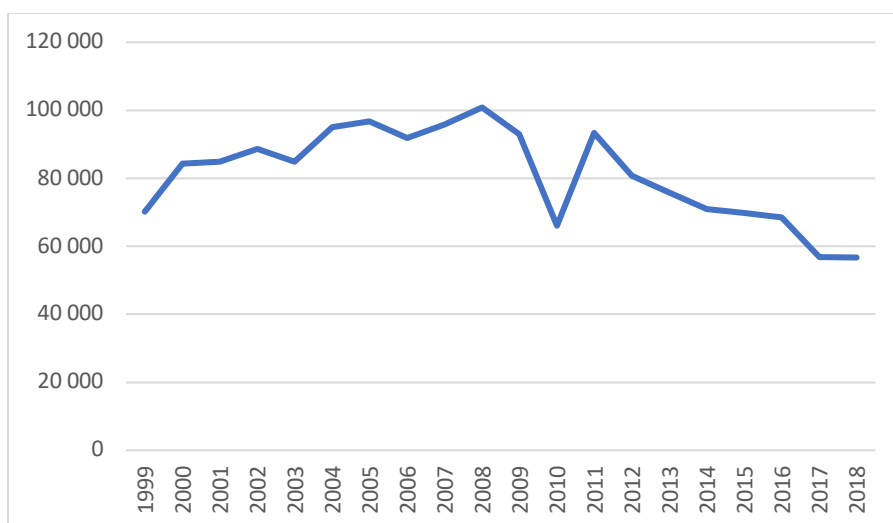
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.5.1.4 – Exames radiológicos nos Centros de saúde da RAA

Os dados referentes à realização de Exames radiológicos nos Centros de Saúde da RAA denotam uma diminuição ao longo dos anos, sobretudo, desde 2009 (Fig. 186).

Em 2011, o número de exames voltou a aumentar, mas, desde 2012, que se regista uma nova diminuição, atingindo em 2018 um valor inferior ao de 1999.

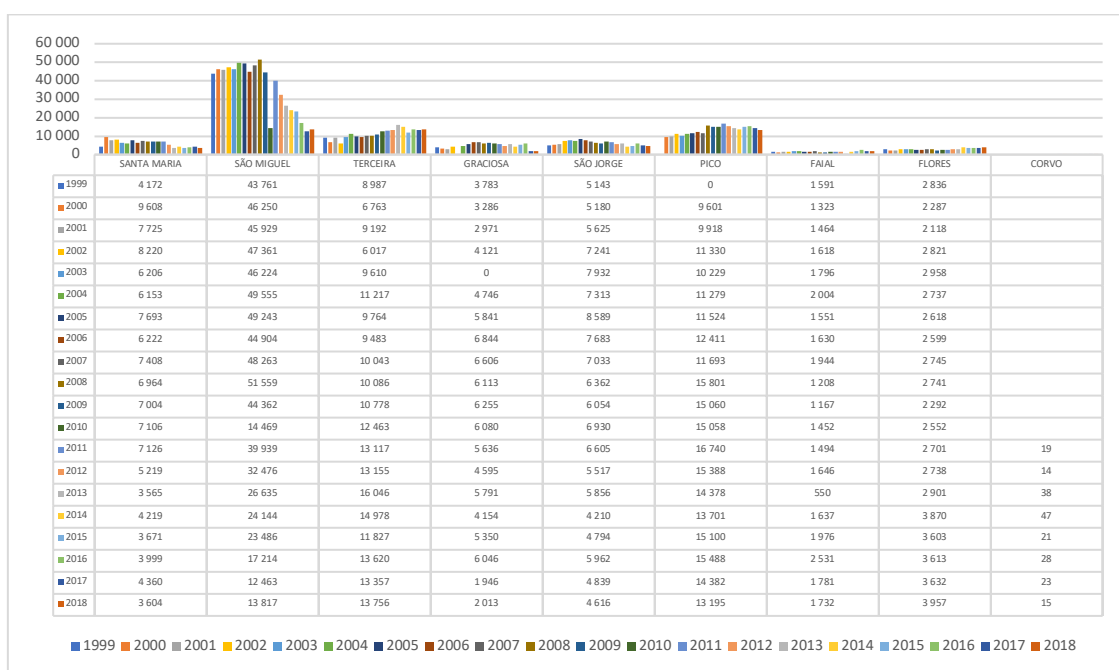
Figura 186 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde da RAA - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Uma leitura ao nível da ilha, permite verificar que a principal causa da redução no número de exames radiológicos está na diminuição destes exames nos centros de saúde de São Miguel (Fig.187)

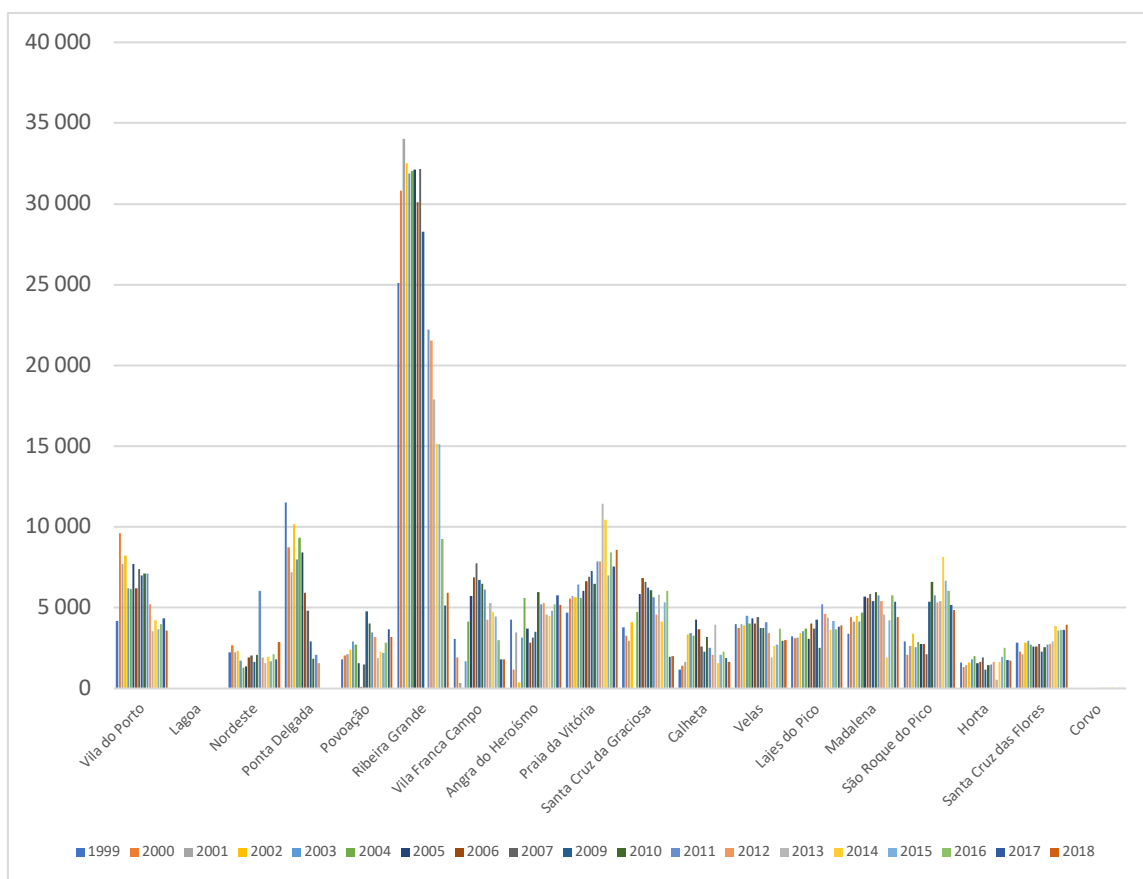
Figura 187 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde da RAA/ilha - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Um olhar por concelho/Centro de Saúde revela que a principal redução na Ilha de São Miguel ocorreu no centro de Saúde da Ribeira Grande onde, até 2008, se realizava um elevado número de exames radiológicos (Em 2008 no C. Saúde da R. Grande ocorreu 32,8% do total de exames realizados nesse ano) (Fig.188).

Figura 188 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde da RAA/concelho - 1999-2018



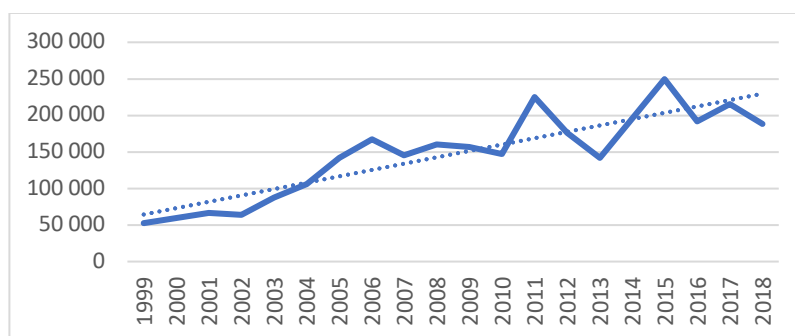
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.5.1.5 – Tratamentos Fisiátricos realizados nos Centros de Saúde da RAA

Os tratamentos fisiátricos enquadram-se nos atos complementares terapêuticos.

A totalidade dos Centros de Saúde da RAA regista uma tendência de aumento (Fig.189) deste tipo de tratamentos, apesar de, em 2012/13, se ter registado uma diminuição.

Figura 189 – Número de tratamentos fisiátricos realizados nos Centros de Saúde da RAA – 1999-2018

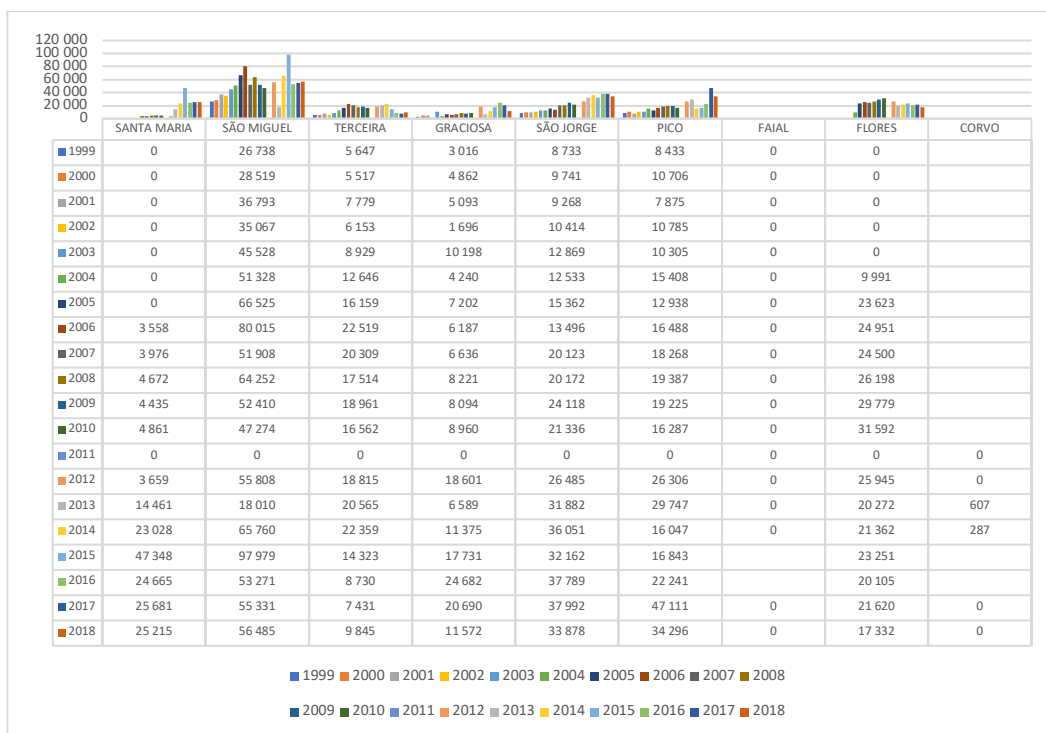


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Um olhar por ilha (Fig.190) revela, por um lado o peso dos tratamentos fisiátricos realizados nos centros de saúde de São Miguel. No entanto, registou-se em 2017 uma inversão da tendência crescente nesta ilha, ao contrário de outras, como o Pico ou São Jorge, cujo número de tratamentos cresceu entre 2016 e 2018.

De referir que este tipo de tratamento não é disponibilizado no centro de saúde da Horta. No centro de Saúde de Vila do Porto, só desde 2006 foi possível ter acesso a tratamentos fisiátricos e, no caso do Corvo, apenas nos anos de 2013 e 2014 existem registos.

Figura 190 – Número de tratamentos fisiátricos realizados nos Centros de Saúde da RAA/ilha – 1999-2018

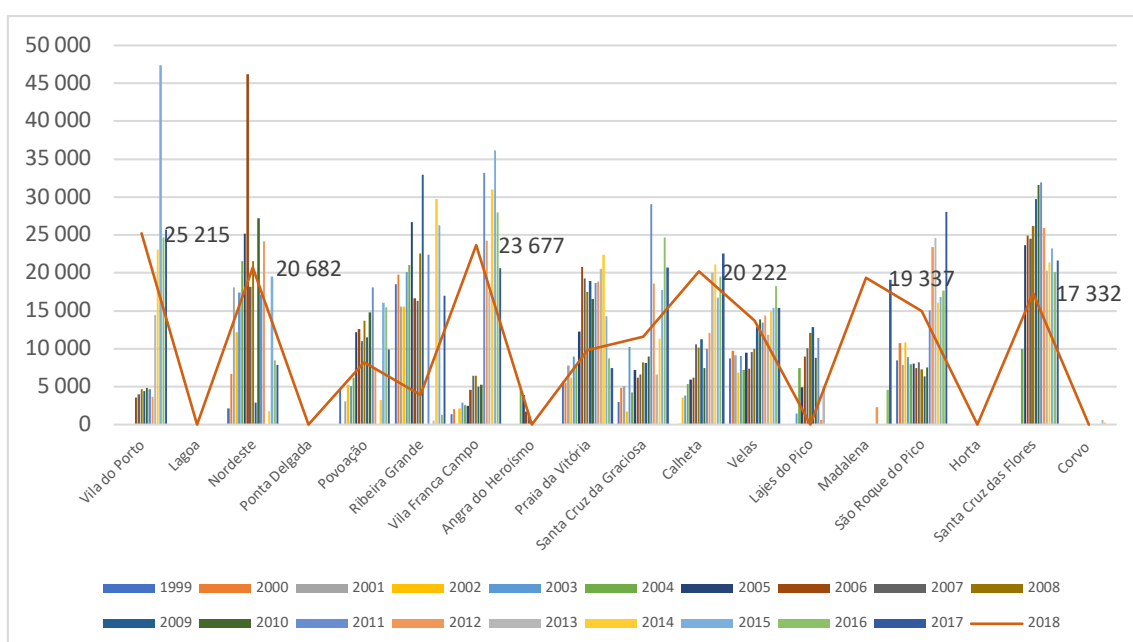


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Um olhar por centro de saúde, o mesmo é dizer ao nível dos concelhos (Fig.191), permite verificar que, no caso de São Miguel, não existem registos para Ponta Delgada ou Lagoa. Se destacarmos os dados de 2018, verificamos que os centros de saúde onde ocorreram mais tratamentos fisiátricos foram Vila do Porto (25.215), Vila Franca do Campo (23.677), Nordeste (20.682), Calheta de São Jorge (20.222), Madalena do Pico (19.337) e Sta. Cruz das Flores (17.332).

Um dos indicadores, já referidos anteriormente que poderá explicar estes dados é o facto de estarmos perante alguns dos concelhos mais envelhecidos da RAA.

Figura 191 - Número de tratamentos fisiátricos nos Centros de Saúde da RAA/concelho - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

### 8.5.2 - Ações complementares de diagnóstico ou terapêutica realizadas nos Hospitais da RAA

As estatísticas de saúde registam ao nível dos três hospitais um conjunto de atos complementares de diagnóstico, que em alguns casos são paralelas às que se realizam nos centros de saúde, e noutros casos apenas é possível realizar nos hospitais. Os Eletrocardiogramas apenas surgem registados nos Centros de Saúde, não constando dos exames realizados nos Hospitais.

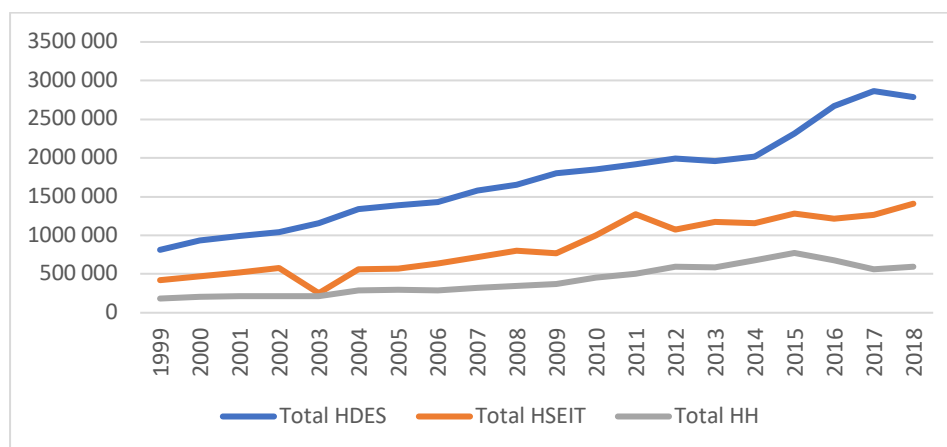
A lista completa dos exames complementares de diagnóstico, realizados nos Hospitais é a seguinte:

Patologia clínica	• Colheitas
	• <b>Análises</b>
Imuno-Hemoterapia	• Colheitas
	• Análises
Anatomopatologia	• Anatomia patológica
	• Produtos de biópsias recolhidas para análise
	• Autópsias
Imagiologia	• Angiografia
	• <b>Ecografia</b>
	• <b>Exames radiológicos</b>
	• Mamografia
	• Ressonância magnética
	• Tomografia axial computadorizada
	• Tomografia por emissão de positrões
Endoscopia	• Brônquica
	• Digestiva
	• Alta
	• Baixa
	• Ginecológica
	• Urológica
Medicina nuclear	• Cintigrafia
	• Doseamento para radioimunoensaio
Psicologia	
<b>Actos complementares de terapêutica</b>	
Imuno-hemoterapia	
Unidades transfusionais	
Outras	
- <b>Fisioterapia</b>	
- Litotricia	
- Medicina nuclear	
- Radioterapia	• Radioterapia externa
	• Radioterapia endocavitária
	• Laserterapia
- Sessões de psicoterapia	
- Outros tratamentos	

Considerando a totalidade dos exames realizados nos Hospitais da RAA, verifica-se uma previsão da tendência no sentido crescente, bastante acentuada no Hospital de Ponta Delgada (Fig.192).

O gráfico ilustra o total de exames efetuados, independentemente do tipo de serviço onde foram solicitados. No gráfico seguinte (Fig.190), iremos comparar estes números separados por exames ocorridos durante o internamento ou noutros locais de serviço hospitalar. Alerta-se para o facto de até 2011, os dados publicados identificavam, para além do internamento, os exames solicitados no âmbito da consulta externa, do serviço de urgência ou no exterior. A partir de 2011, apenas existem duas categorias: no internamento e noutros locais. Para efeitos de comparação, optamos por considerar estas duas categorias ao longo da série de dados.

Figura 192 - Número total de exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados nos Hospitais da RAA - 1999-2018

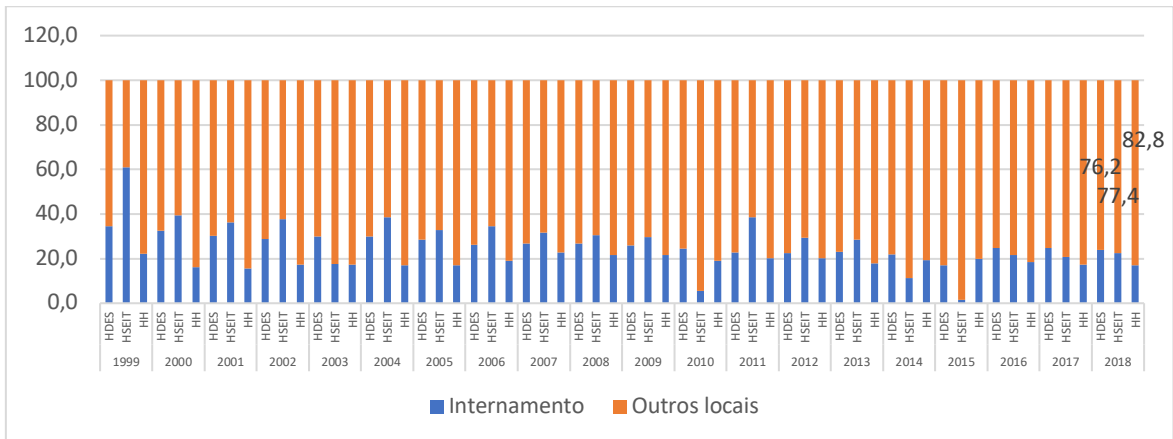


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quando se analisam os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, de acordo com o tipo de doentes, se no internamento ou em outros locais, verifica-se que a maior percentagem está em outros locais (consultas externas, serviços de urgência ou no exterior) (Fig.193), na ordem dos 75% a 80% dos exames registados, como se pode verificar em 2018.



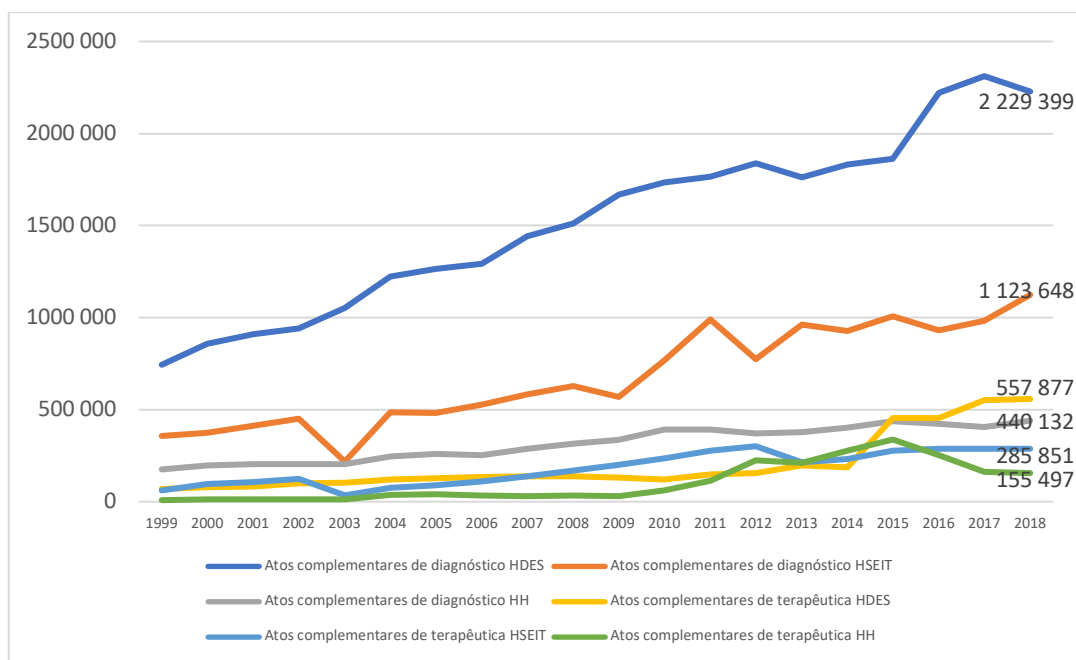
Figura 193 - Exames realizados no internamento hospitalar ou noutros locais (Consulta externa, Serviço de Urgência ou no Exterior) nos Hospitais da RAA - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando os exames complementares de diagnóstico e os exames complementares de terapêutica, verifica-se que a tendência crescente se regista, sobretudo, nos primeiros. O número de exames complementares de terapêutica regista um aumento mais significativo no HDES, a partir de 2014. Ao invés, no HH houve um decréscimo neste tipo de exames, enquanto no HSEIT a tendência é de manutenção do número de exames efetuado (Fig.194).

Figura 194 - Número de exames complementares de diagnóstico e de terapêutica nos Hospitais da RAA - 1999-2018



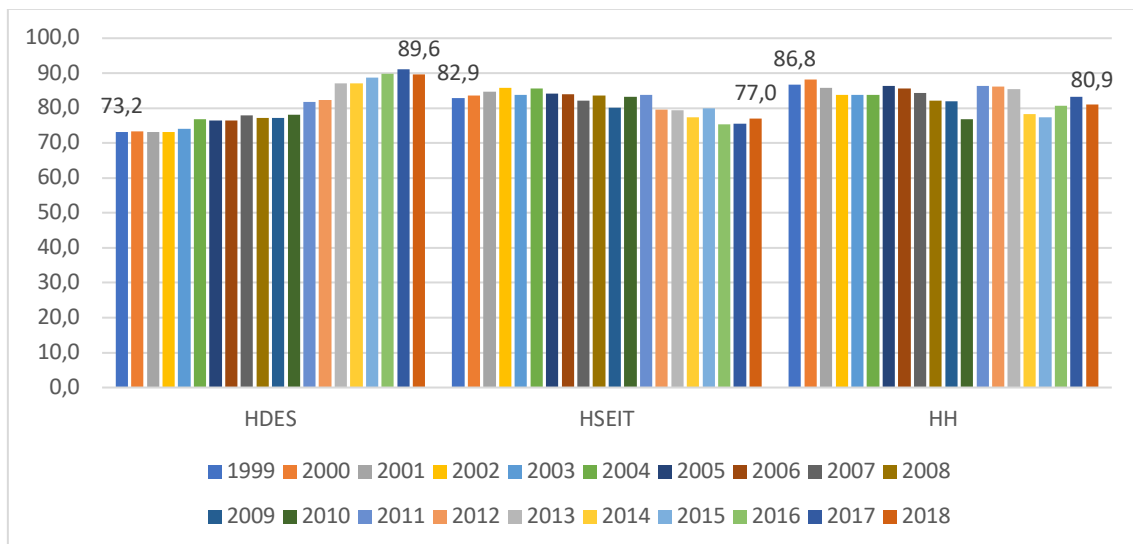
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Para melhor compreender os números, dos atos complementares de diagnóstico e de tratamento registrados nos Centros de Saúde, iremos analisar os mesmos atos nos hospitais (análises clínicas/Patologia clínica, Ecografias, Exames radiológicos e Fisioterapia), de forma a evidenciar se as tendências registradas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários são compensadas por uma prestação de serviço, disponibilizada ao nível hospitalar.

#### 8.5.2.1 – Análises clínicas realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)

Quando se avalia a importância das Análises clínicas no total dos Exames auxiliares de diagnóstico, realizados nos três hospitais da RAA, verifica-se que é cada vez mais significativo, chegando a representar no HDES, em 2018, quase 90% do total. Neste hospital a tendência verificada na realização de Análises clínicas é crescente, quando comparamos 1999 e 2018, enquanto que, nos outros dois Hospitais (HSEIT e HH), verifica-se uma tendência contrária (Fig.195).

Figura 195- Análises Clínicas no total dos Exames complementares de diagnóstico (%) - 1999-2018

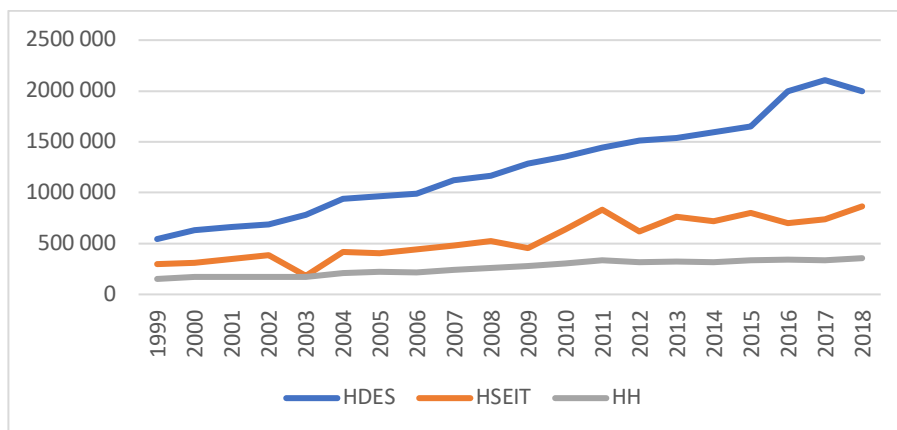


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quanto ao número de Análises clínicas realizadas em cada Hospital da RAA, verifica-se uma tendência generalizada de aumento, sobretudo no HDES, apesar de neste hospital,

no ano de 2018 se ter registado uma diminuição deste tipo de ato complementar de diagnóstico (Fig.196).

Figura 196 - Número de Análises Clínicas realizadas nos Hospitais da RAA (1999-2018)

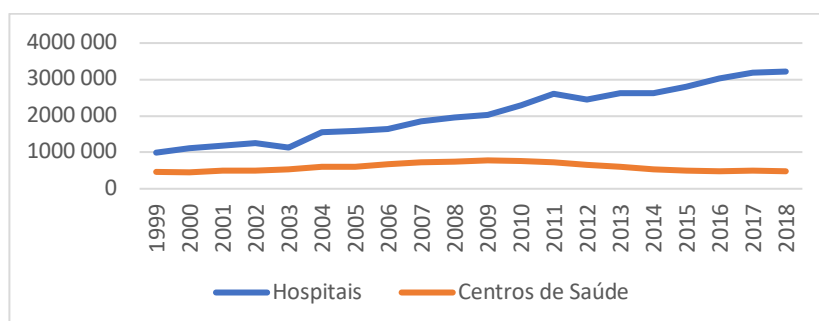


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando que as Análises clínicas se realizam quer ao nível dos Hospitais, quer nos Centros de Saúde, podemos comparar a evolução deste tipo de atividade complementar de diagnóstico, considerando os totais de análises realizadas nestes dois níveis de intervenção do sistema regional de saúde.

O gráfico seguinte (Fig.197) ilustra a aparente transferência de atividade, ao nível das Análises Clínicas, dos Centros de Saúde para os Hospitais, a partir de 2009. Enquanto diminui este tipo de exames nos Cuidados de Saúde Primários, aumenta de forma significativa nos Cuidados diferenciados/hospitalares.

Figura 197 - Número total de Análises Clínicas realizadas nos Centros de saúde e nos Hospitais da RAA - 1999-2018

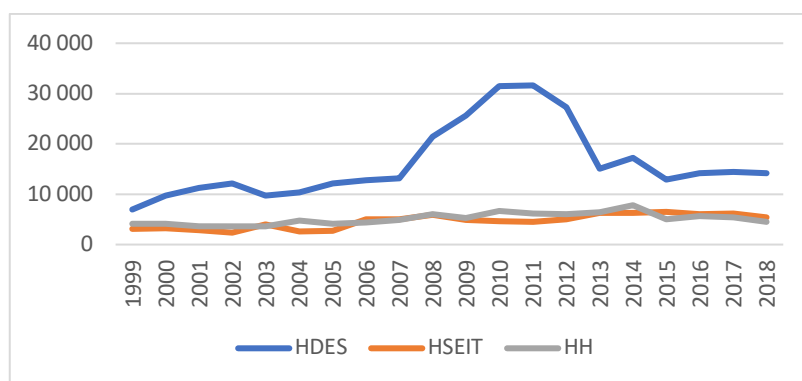


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

### 8.5.2.2 – Ecografias realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)

A análise dos dados referentes ao número de ecografias realizadas nos três hospitais da Região (Fig.198) revela uma tendência crescente até 2014, com exceção do HDES onde se regista uma redução desde 2011, depois de um aumento muito significativo entre 2008 até 2011. Nos outros dois hospitais (HSEIT e HH) o aumento foi lento até 2014.

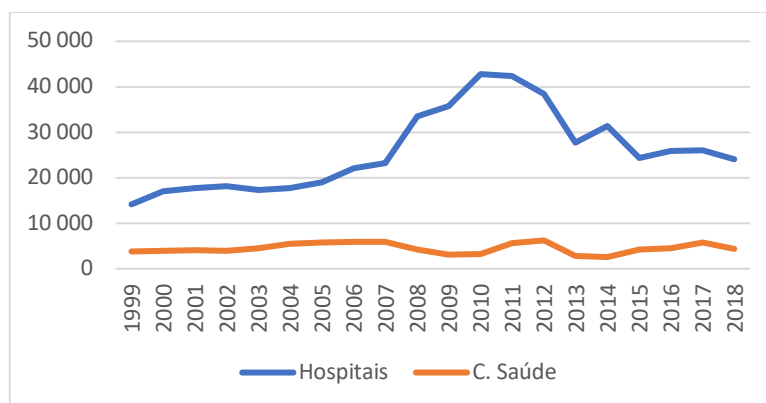
Figura 198 - Número de ecografias realizadas nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Desde 2011 tem se registado uma diminuição do número de ecografias realizadas. Considerando o total de ecografias realizadas nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA, podemos concluir que no período entre 2008 e 2010 houve uma redução, não muito acentuada, do número de ecografias realizadas nos Centros de Saúde, que coincide com o aumento verificado nos Hospitais (Fig.199). No entanto, a média nos Centros de saúde tem se mantido mais ou menos em torno dos 5000 exames, enquanto nos Hospitais a tendência é crescente.

Figura 199 – Número total de Ecografias realizadas nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA – 1999-2018

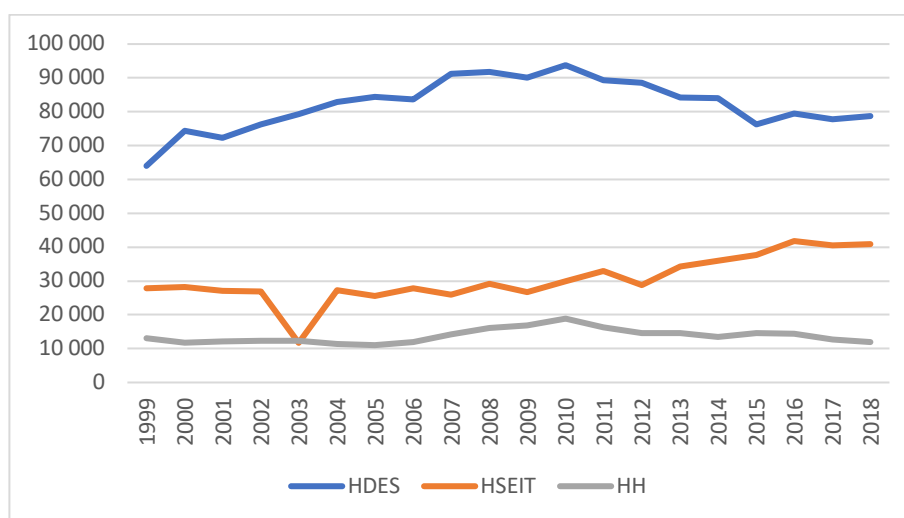


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

### 8.5.2.3 – Exames radiológicos realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)

Quanto aos exames radiológicos<sup>100</sup>, os dados revelam que houve um aumento contínuo entre 1999 e 2010 no HDES e no HH, mas desde então regista-se uma tendência de diminuição. Ao invés, o caso do HSEIT, a tendência tem sido de aumento do número de exames realizados neste Hospital (Fig.200).

Figura 200- Número de Exames radiológicos realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1999-2018

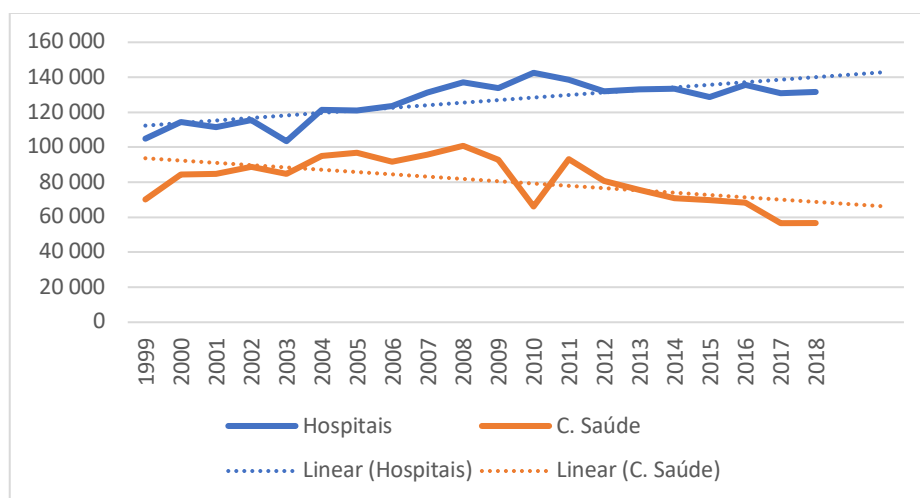


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando o total dos exames realizados nos Hospitais e nos Centros de Saúde, a previsão tendencial é a de que este tipo de exame seja mais realizado no contexto hospitalar do que nos centros de saúde, se tivermos em conta os dados entre 1999 e 2018 (Fig.201).

<sup>100</sup> Nota: Nos Hospitais realizam-se vários exames de Imagiologia, para além das Ecografias e Exames radiológicos. No entanto, estes dois tipos de exame correspondem a cerca de 80% do total dos exames de Imagiologia registados.

Figura 201 - Número de exames radiológicos realizados nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA. 1999-2018



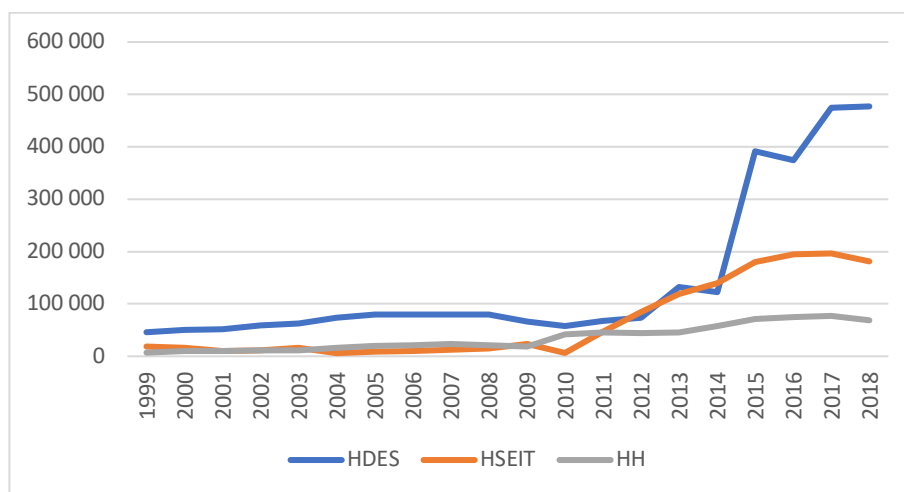
Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

#### 8.5.2.4 – Exames complementares de terapêutica/Fisioterapia realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)

Continuando a pesquisar a oferta de serviços complementares disponibilizados pelos Centros de Saúde e pelos Hospitais, registamos os dados referentes aos tratamentos de Fisioterapia que, no total representavam, em 2018, a maioria dos exames complementares de terapêutica realizados através dos hospitais.

O gráfico seguinte regista o total de exames de Fisioterapia disponibilizados nos Hospitais da RAA (Fig.202). De notar o aumento significativo registado no HDES, desde 2014.

Figura 202 – Número de exames de Fisioterapia realizados nos Hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) – 1999-2018

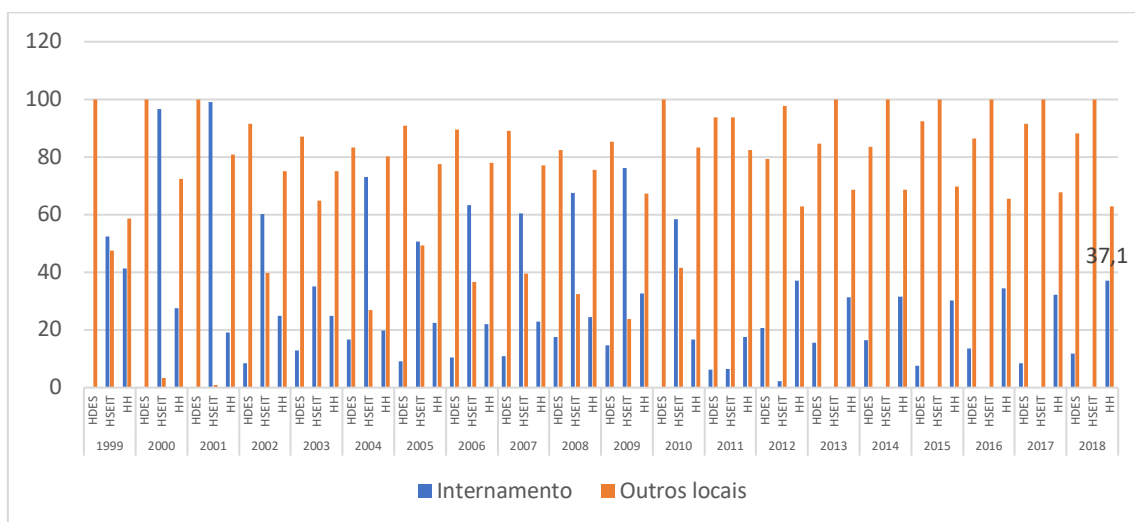


Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Quando se considera o tipo de doente que beneficiou destes tratamentos, verifica-se que na grande maioria o fez noutros locais, que não no internamento (ex. Consultas externas) (Fig.203).

Ao longo dos anos em análise a tendência registada é decrescente quanto aos exames de Fisioterapia realizados no contexto de internamento, chegando mesmo a 0% em alguns anos e hospitais. Apenas no Hospital da Horta se mantém ao longo da série uma percentagem de tratamentos fisiátricos em contexto de internamento (em 2018 era de 37,1%).

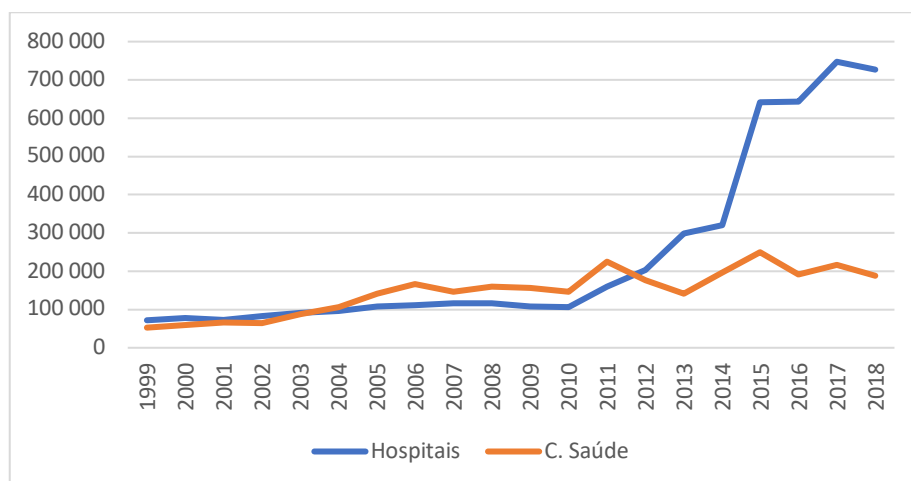
Figura 203 – Número de exames complementares de terapêutica – Fisioterapia – nos Hospitais da RAA por tipo de doentes (no internamento ou noutros locais) – 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

Considerando a evolução do número de tratamentos de Fisioterapia nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA, verifica-se que até 2011 a maioria deste tipo de tratamentos ocorria no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) (Fig.204).

Figura 204 - Número total de exames complementares de terapêutica - Fisioterapia - nos Centros de Saúde e nos Hospitais da RAA - 1999-2018



Fonte: Estatísticas da Saúde/SREA

A partir de 2013 os exames de Fisioterapia passaram a ter mais expressão nos Hospitais do que nos Centros de Saúde, particularmente entre 2015 e 2017, período em que se regista um significativo aumento deste tipo de exames complementares de terapêutica.

## 8.6 – REDE INTEGRADA DE CUIDADOS CONTINUADOS NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

### 8.6.1 – Cuidados continuados na RAA

A oferta em Serviços designados por Cuidados continuados é relativamente recente, no contexto desta designação. No entanto, já existia antes um serviço de “retaguarda”, também conhecido por Enfermaria-Abrigo, enquadrado no protocolo de cooperação entre os Hospitais e outras entidades, como é o caso da Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada.

Posteriormente, com o alargamento da oferta em Cuidados Continuados, particularmente nos Centros de Saúde, das Ilhas com Hospital que encerraram a valência de internamento, a Região foi dotada de uma Rede Regional de Cuidados Continuados, que abrange também a oferta em Cuidados Paliativos.



De acordo com a página oficial da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados na RAA<sup>101</sup>, existiam em 2020 (Agosto) 238 camas disponíveis em oito das nove ilhas, 46,6% das quais na ilha de São Miguel.

Tabela 30 - Número de camas em funcionamento na RRCCI - 2020

Ilha	Local	Total de camas existentes
Sta. Maria	CS Vila do Porto	3
São Miguel	CS Nordeste	9
	CS Povoação	7
	CS Ribeira Grande	18
	CS VF Campo	11
	Sta. Casa M Lagoa	4
	Sta. Casa M. P. Delgada	42
	C. Bom Jesus	20
Graciosa	CS Graciosa	8
São Jorge	CS Calheta	6
	CS Velas	8
Pico	CS Madalena	11
	CS Lajes Pico	8
	CS S. Roque Pico	6
Flores	CS Sta. Cruz Flores	8
Terceira	Sta. Casa M. A. Heroísmo	36
	Lar D. Pedro V	10
Faial	Sta. Casa M. Horta	23
<b>Total</b>		<b>238</b>

Fonte: Quadro retirado da página oficial da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI)

Como podemos constatar (Tabela 30), desde 2008 (DLR 16/2008/A de 12 de junho) muitos dos centros de Saúde passaram a providenciar resposta ao nível dos Cuidados Continuados. Para além destes equipamentos, do Sistema Regional de Saúde, há ainda a contabilizar IPSS (Lar D. Pedro V) e Santas Casas da Misericórdia (Lagoa, Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta) e, ainda, uma clínica particular com estatuto de IPSS (Clínica do Bom Jesus).

101

<http://www.azores.gov.pt/Gra/Rede+Regional+de+Cuidados+Continuados+Integrados/menu/principal/Indicadores/>, página consultada em 17 agosto 2020

Apesar do diploma que cria estas unidades remontar a um DLR de 2008, só em 2015 (Portaria nº37/2015 de 31 março) foi regulamentado o funcionamento destas unidades. e definidos os critérios de referenciação, como se pode ler na página da Rede:

*A Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI) foi criada através do Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho, regulamentada por vários diplomas, entre eles a Portaria nº 37/2015 de 31 de março de 2015<sup>102</sup>.*

Por despacho nº 198/2015 de 26 de Janeiro foi definido o número de camas destinadas a Cuidados de média duração (IMD) ou de Longa Duração (ILD).

Tabela 31 - Número de camas de cuidados continuados segundo a duração do internamento a que se destinam

ILHA	LOCAL	Despacho normativo 198/2015 de 26.01		2020
		IMD	ILD	
Santa Maria	Unidade de Saúde de Ilha	Uma cama	Duas camas	3
São Miguel	Centro de Saúde do Nordeste	Duas camas	Cinco camas	9
	Centro de Saúde da Povoação	Duas camas	Três camas	7
	Centro de Saúde da Ribeira Grande	Nove camas	Dezasseis camas	18
	Centro de Saúde de Vila Franca do Campo	Doze camas	Oito camas	11
	IPSS/ Misericórdia no concelho da Lagoa	-	Quatro camas	4
	IPSS/ Misericórdia no concelho de Ponta Delgada	Doze camas	Trinta e oito camas	42
	Clínica do Bom Jesus			20
Graciosa	Unidade de Saúde de Ilha	Três camas	Cinco camas	8
São Jorge	Centro de Saúde da Calheta	Duas camas	Quatro camas	6
	Centro de Saúde das Velas	Três camas	Cinco camas	8
Pico	Centro de Saúde das Lajes do Pico	Três camas	Cinco Camas	8
	Centro de Saúde de São Roque do Pico	Duas camas	Quatro camas	6
	Centro de Saúde da Madalena	Dez camas	Quinze camas	11
Flores	Unidade de Saúde de Ilha	Três camas	Cinco camas	8
Terceira	IPSS/ Santa Casa da Misericórdia no concelho de Angra do Heroísmo	Quatro camas	Trinta e duas camas	36
	IPSS/ Misericórdia no concelho da Praia da Vitória	Quatrocamas	Seis camas	10
Faial	IPSS/ Misericórdia no concelho da Horta	Dez camas	Quinze camas	23

Fonte: Despacho nº198/2015 de 26 de janeiro e total de camas publicadas na página da RRCCI (2020), nas diferentes ilhas.

<sup>102</sup> <http://www.azores.gov.pt/Gra/Rede+Regional+de+cuidados+continuados+integrados>

Comparando os dados da publicação de 2015 e os atuais (publicados na página da RRCCI) (tabela 31), verificamos que, em algumas ilhas/alguns concelhos, houve uma redução do número de vagas (Ribeira Grande, Vila Franca do Campo, Faial ou Madalena do Pico) e um ligeiro aumento nas vagas dos centros de saúde de Nordeste e Povoação.

*Tabela 32 - Número de utentes referenciados pela RRCCI/Ilha - 2019<sup>103</sup>*

<b>Ilha</b>	<b>Total</b>
Ilha Terceira	129
Ilha de São Miguel	123
Ilha do Faial	35
Ilha do Pico	11
Ilha de São Jorge	5
Ilha de Santa Maria	2
Ilha da Graciosa	1
Ilha das Flores	1
<b>Total</b>	<b>307</b>

Fonte: Quadro retirado da página oficial da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI)

Segundo a página da RRCCI, estavam referenciados 307 utentes, entre os meses de Janeiro a Agosto de 2019, distribuídos conforme a tabela 32.

*Tabela 33 - Número de utentes admitidos na Rede Regional de Cuidados continuados/ilha - 2019*

<b>Ilha</b>	<b>Total</b>
Ilha Terceira	96
Ilha de São Miguel	76
Ilha do Faial	28
Ilha do Pico	6
Ilha de São Jorge	5
Ilha da Graciosa	1
Ilha das Flores	1
Ilha de Santa Maria	1
<b>Total</b>	<b>214</b>

Fonte: Quadro retirado da página oficial da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI)

<sup>103</sup> De acordo com o artigo 17º da Portaria nº37/2015 de 31 de março, um utente pode ser referenciado desde que se encontre em situação de a) Dependência que os impossibilite de desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária, na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais; b) Doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia; c) Doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família; d) Necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.

Da leitura dos dois quadros anteriores é possível concluir que a Ilha Terceira, apesar de apenas possuir 46 camas de cuidados continuados, regista o maior número de utentes referenciados (129), três vezes superior à capacidade instalada.

Os dados da tabela 33 revelam que, o número de utentes admitidos na Rede Regional de Cuidados Continuados, entre Janeiro e Agosto 2019, foi em maior número na ilha Terceira.

De referir que os cuidados continuados podem ser de média ou longa duração, em função das necessidades de cuidados de saúde dos utentes. “O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.” (nº 3 do artigo 13º do Decreto Legislativo nº 16/2008/A de 12 de junho<sup>104</sup>, que cria a Rede de Cuidados continuados integrados).

Já numa “unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.” (nº 2 do artigo 15º do Decreto Legislativo nº 16/2008/A de 12 de junho<sup>105</sup>). De acordo com a legislação que enquadra as Unidades de cuidados continuados, a estadia dos utentes é transitória e depende da condição de saúde, dos cuidados de enfermagem necessários até que seja reposta a autonomia do utente.

*Tabela 34 - Encaminhamento dos utentes após alta da Unidade de Cuidados Continuados - Janeiro-Agosto 2019*

<b>Destino</b>	<b>Total</b>
Retorno ao domicílio	44
Outros	25
Integração em ERPI (1)	21
Transferência para Unidade de Reabilitação (RNCCI)	2
<b>Total</b>	<b>92</b>

(1) Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

Fonte: Quadro retirado da página oficial da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI)

<sup>104</sup> <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/AB10D1D4-ABC2-4F3D-9D8A-7A68572BD7A8/1114000/DecretoLegislativoRegionalN162008A.pdf>

<sup>105</sup> <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/AB10D1D4-ABC2-4F3D-9D8A-7A68572BD7A8/1114000/DecretoLegislativoRegionalN162008A.pdf>

Nesse sentido, se compreende que destas unidades alguns possam regressar aos seus domicílios ou a estruturas residenciais para pessoas idosas, conforme se pode verificar no quadro seguinte (Tabela 34)

Apesar de, no total dos dados publicados pela RRCCI, ser bastante significativo o número dos que regressam ao domicílio, este dado não é apresentado por referência ao tempo de permanência desses utentes nas unidades de cuidados continuados, nem se consegue perceber, ao longo dos meses em análise qual o ritmo de entradas e saídas verificado.

Considerando a informação publicada na página da RRCCI<sup>106</sup>,

*O número de camas existente na RRCCI é de 238 camas distribuídas por 8 Ilhas dos Açores, tendo maior expressão em S. Miguel, Terceira e Faial, estando a ser efetuado um levantamento das necessidades atuais com vista à sua reorganização e harmoniosa distribuição.*

Considerando a natureza das instituições, verificamos que a maioria das camas são disponibilizadas em Unidades de internamento das Santas Casas da Misericórdia (Lagoa, Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta), acrescido do número de camas em outras instituições de natureza privada (Clínica do Bom Jesus e Lar D. Pedro V).

*Tabela 35- Número de camas em cuidados continuados por natureza da instituição - 2020*

<b>Natureza da instituição de cuidados continuados</b>	<b>Número total de camas disponíveis</b>	<b>%</b>
Centro de Saúde	103	43,3
Santa Casa da Misericórdia	105	44,1
Outra privada	30	12,6
Total	238	100,0

Fonte: página oficial da RRCCI – consultada em setembro 2020

#### 8.6.2 – Cuidados paliativos

<sup>106</sup> Disponível em

<http://www.azores.gov.pt/Gra/Rede+Regional+de+Cuidados+Continuados+Integrados/>, consultado a 8 setembro 2020

O diploma de 2015 (Despacho nº198/2015 de 26 de janeiro) define para os três hospitais o número de camas destinadas a Cuidados Paliativos, num total de 20, 50% das quais em Ponta Delgada (Tabela 36).

*Tabela 36- Número de camas vocacionadas para a prestação de Cuidados Paliativos nos Três hospitais da RAA*

<b>Ilha</b>	<b>Unidade de saúde</b>	<b>UCP</b>
São Miguel	Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada	Dez camas
Terceira	Hospital de Santo Espírito Santo da Ilha Terceira	Seis camas
Faial	Hospital da Horta	Quatro camas

Fonte: Despacho nº198/2015 de 26 de janeiro.

Em 2016 foi inaugurada a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do HDES, composta por 10 quartos individuais com quarto de banho, sala de estar/refeições e sala de tratamento e banho assistido. De acordo com o Relatório e Contas de 2016/HDES,

“a UCP presta apoio assistencial em internamento, consulta externa e interna, sala de observação e consulta telefónica com execução e orientação do plano individual de cuidados do doente e sua família, assegurando cuidados de qualidade”

De acordo com o artigo de Capelas & Coelho (2014:23) “para que uma adequada estratégia de saúde pública, seja ou não de cuidados paliativos, esteja de acordo com a filosofia da OMS, é fundamental que o alicerce do sistema sejam os cuidados domiciliários”.

Apesar da legislação que cria a RRCCI datar de 2008, e contemplar a existência de cuidados paliativos, o processo de implantação destes serviços na Região foi lento. A criação das Unidades de Cuidados Paliativos iniciou-se pelo HDES em 2016 e só em 2019 se estendeu ao Hospital da Ilha Terceira.

Quanto às equipas domiciliárias, também previstas no diploma de 2008, só em 2015 pela Portaria N.º 37/2015 de 31 de março, foram estabelecidos os “requisitos relativos ao funcionamento das unidades de Internamento e equipas de apoio integrado domiciliário que integram a Rede Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores”.

Estas unidades são de extrema importância, considerando que a alta do internamento em UCP deve ser o mais precoce possível, para permitir o regresso do doente ao seu domicílio. De acordo com o texto de Capelas & Coelho (2014:24), “a maioria dos doentes com doença grave como cancro e com um ano de vida estimada, desejam morrer em casa”.

## 8.7 - A DESLOCAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ESPECIALISTAS) ENTRE ILHAS E DESLOCAÇÃO DE DOENTES NA RAA E PARA FORA DA RAA

Conforme foi referido anteriormente, a prestação de cuidados especializados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, em ilhas sem Hospital, deixou de ser contabilizada nos Centros de Saúde a partir de 2013 e, como também foi referenciado, as consultas realizadas por Especialistas dos hospitais da Região deixaram de poder ser relacionadas com a residência do utente a quem é prestado esse serviço.

De acordo com a responsável da Ordem dos Médicos, a partir de 2013 a orientação da Secretaria Regional da Saúde foi de suspender o apoio monetário previsto para a deslocação dos especialistas no âmbito do horário de trabalho dos hospitais a que pertencem, em serviço a outras ilhas, passando os utentes a deslocarem-se aos hospitais, para as consultas de especialidade.

Com a informação publicada não é possível avaliar qual o número de doentes que se desloca da sua ilha, ao abrigo do SRS, e para que especialidades. Também não está registado o número de Especialistas que se deslocam das ilhas com hospital para outras ao abrigo da prestação de serviço especializado. Também se desconhece qual o tempo médio de estadia que cada deslocação de um doente implica, com todas as consequências e constrangimentos que sair da ilha/casa pode ter, por exemplo quando se é idoso, empregado, mãe/pai de família.

De acordo com a legislação, o quadro atual das deslocações de doentes ou de profissionais de saúde, está regulado através do “Regulamento Geral de Deslocações do SRS”, publicado no ano de 2018. Este diploma revoga as portarias anteriores e altera a responsabilidade financeira dos hospitais de origem dos Especialistas para as Unidades

de Saúde de Ilha da residência dos doentes. Aos hospitais cabem os encargos com as deslocações para fora da Região.

Neste Diploma está ainda previsto, em caso de deslocação do cidadão doente, que este possa escolher o Hospital para onde pretende ser deslocado.

O diploma cria a figura do *Gestor do Utente Deslocado* e regula as autorizações de deslocação, cabendo às administrações das USI autorizar as deslocações dentro da Região, aos Hospitais a ida para hospitais fora da Região e ao Governo Regional/titular da saúde, qualquer deslocação para o estrangeiro, no âmbito do SRS.

O diploma, que atualmente regula a deslocação de doente (Portaria nº 95/2018 de 2 de agosto) prevê ainda a elaboração de um Plano de Deslocações, elaborado pelas USI, em função da sua capacidade financeira e diferencia-se dos diplomas anteriores ao introduzir a Telemedicina como atuação possível ao nível de consultas subsequentes dos Médicos especialistas, o que significa a obrigatoriedade das primeiras consultas serem presenciais.

Diploma	Âmbito do diploma	Principais contributos
Portaria nº50/86 de 9 de junho	<i>Declara terem sido incumbidos os Hospitais de Angra do Heroísmo, Horta e Ponta Delgada de assegurar a cobertura sanitária a nível de especialidade das populações residentes nas ilhas da respetiva zona de influência</i>	1. Incumbe os Hospitais de Angra do Heroísmo, Horta e Ponta Delgada assegurar a cobertura sanitária, a nível de especialidade, das populações residentes nas ilhas da respetiva zona de influência.  6. A deslocação far-se-á pelo período mínimo de três dias e máximo de quinze dias, sendo o regime de trabalho dos médicos deslocados, durante a estadia nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, idêntico ao praticado no hospital de origem, sem prejuízo do preceituado no número 10 desta Portaria.  10. Por acordo entre a unidade de saúde local e o médico da carreira hospitalar deslocado, poderá este prolongar o seu período de trabalho diário, para além do horário a que está vinculado, em regime de convenção, sendo-lhe abonada por consulta, a importância correspondente a 8k.
Portaria nº 43/1997 de 26 de junho	<i>Regulamenta a deslocação de especialistas de saúde. Revoga a Portaria n.º 50/86, de 9 de Junho</i>	<b>Para além da prática da clínica ao abrigo da cooperação entre hospitais e Centros de saúde, prevê-se no</b> <b>Artigo 4.º</b> Exercício de clínica privada Durante a sua estadia nos centros de saúde os médicos deslocados, poderão exercer clínica privada: a) Caso o façam utilizando as instalações e equipamento do centro de saúde, ser-lhe-á deduzido 15% do valor das consultas feitas; b) Exceto quando a deslocações se façam na modalidade prevista na alínea c) do artigo 6.º, o número de consultas privadas feitas durante a deslocação nunca poderá ser superior a 75% do número de consultas feitas nos restantes regimes.
Portaria nº15/1999 de 22 de abril	<i>Estende o regime de deslocação de médicos a outros técnicos</i>	1º - O regime da deslocação temporária de médicos e médicos dentistas aos centros de saúde constante da Portaria nº 43/97, de 26 de Junho, é aplicável, com as necessárias adaptações, a outros técnicos superiores do sector da saúde, mediante autorização do membro do Governo competente, sobre proposta fundamentada do serviço interessado.
<b>Portaria nº4/2014 de 29 de janeiro</b> (revoga as anteriores)	<i>Regulamenta a deslocação de médicos especialistas.</i>	<b>Artigo 1º - cobertura assistencial</b> Nº1 A cobertura assistencial das populações residentes em ilhas sem hospital é da responsabilidade dos hospitais da Região <b>Artigo5º - modalidade de deslocação</b> A deslocação de profissionais de saúde é feita nas seguintes modalidades: a) Regime de trabalho normal; b) Regime de trabalho acrescido; c) Regime convencionado.



		<p><b>Artigos 6º e 7º</b> Os encargos com as deslocações e a atividade dos profissionais de saúde são da responsabilidade do Hospital de origem.</p>
Portaria nº33/2014 de 24 junho (altera a portaria anterior)	Altera a Portaria anterior, nomeadamente no que aos encargos diz respeito	<p><b>Artigo 6º</b> 3. Os encargos com as deslocações e a atividade dos profissionais de saúde são da responsabilidade do hospital ou unidade de saúde de ilha de origem</p>
Portaria nº 28/2015 de 9 de março	<i>É aprovado o regulamento de deslocação de doentes do Serviço Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores, dentro da ilha de residência, inter-ilhas, para fora da Região, ou para o Estrangeiro, adiante designado por Regulamento.</i>	
Portaria nº110/2015 de 4 de agosto	<i>Regulamenta a atribuição de um complemento especial para doentes oncológicos encaminhados ao abrigo do Regulamento de Deslocação de Doentes do SRS</i>	<p><b>Artigo 1º - Objeto</b> O presente diploma regulamenta o Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de junho, que cria o Complemento Especial para Doentes Oncológicos (CEDO).</p> <p><b>Artigo 2.º Beneficiários</b> São beneficiários do CEDO os utentes do Serviço Regional de Saúde com doença oncológica ativa até à sua remissão, encaminhados ao abrigo do Regulamento de Deslocação de Doentes do Serviço Regional de Saúde, para unidades de saúde fora da sua ilha de residência, para a realização de exames complementares de diagnóstico, tratamento e consultas.</p>
Portaria nº95/2018 de 2 de agosto (revoga a Portaria nº 28/2015 de 9 de ma)	<b>Aprova o Regulamento Geral de Deslocações do Serviço Regional de Saúde</b>	<p><b>Preâmbulo</b> Tendo em vista o melhoramento do regime da deslocação de utentes através da desburocratização dos procedimentos administrativos, do alargamento dos serviços de transporte de passageiros comparticipados no âmbito das deslocações terrestres e da criação do Gestor do Utente Deslocado que se configura como uma entidade hospitalar que tem por função agilizar as deslocações dos utentes do Serviço Regional de Saúde, estabelecendo-se como interlocutor entre o Hospital e as unidades de saúde de origem, assegurando uma eficiente e eficaz programação das deslocações. Visando o alargamento do regime de deslocação de profissionais de saúde aos médicos dentistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e técnicos de diagnóstico e terapêutica, possibilitando uma melhor cobertura assistencial dos utentes do Serviço Regional de Saúde. Considerando a importância de implementar um novo modelo de gestão que permita às Unidades de Saúde de Ilha adequar a deslocação de profissionais de saúde às necessidades efetivas das populações abrangidas. Tendo em vista a consolidação do recurso à tele saúde, que tem permitido melhorar o acesso a exames complementares de diagnóstico e a médicos especialistas, sem que seja necessário ao utente ausentar-se do ambiente familiar e da sua ilha de residência, através da introdução de mecanismos de contratualização que permitam, disseminar e incentivar o recurso à telemedicina.</p> <p><b>Artigo1º</b> O presente regulamento enquadra os seguintes instrumentos de cobertura assistencial dos utentes do Serviço Regional de Saúde (SRS): a) Deslocação de utentes; b) Deslocação de profissionais de saúde; c) Consultas em telemedicina.</p> <p><b>Artigo 3º - Responsabilidade financeira</b> 1 - Os encargos resultantes da deslocação de utentes, nos termos do título II, são responsabilidade: a) Nas deslocações intra-ilha e nas primeiras deslocações na RAA da unidade de saúde de ilha onde o utente está inscrito; b) Nas deslocações subsequentes na RAA, para fora da Região e para o estrangeiro do hospital responsável pelo processo de deslocação. 2 - Os encargos com as deslocações e a atividade dos profissionais de saúde, nos termos do título III, são responsabilidade da unidade de saúde de destino do profissional.</p>

		<p><b>Artigo 7º - Direito de opção</b> 1 - O utente pode optar por recorrer a qualquer hospital do SRS.</p> <p><b>Artigo 8º - Gestor do utente deslocado</b> O gestor do utente deslocado tem por função agilizar as deslocações dos utentes do SRS, estabelecendo-se como interlocutor entre o Hospital e os serviços de deslocação de doentes das unidades de saúde de origem, assegurando uma eficiente e eficaz programação das deslocações.</p> <p><b>Artigo 9.º - Competência do gestor do utente deslocado</b> Ao gestor do utente deslocado compete: a) Acompanhar de forma permanente e individualizada os processos de deslocação dos doentes entre as unidades de saúde de origem e o Hospital; b) Recolher e enquadrar atempadamente a informação proveniente das unidades de saúde de origem; c) Gerir internamente processos facilitadores da otimização dos custos de deslocação e da rentabilização dos recursos hospitalares envolvidos; d) Disponibilizar informação administrativa de retorno às unidades de saúde de origem.</p> <p><b>Artigo 16.º - Autorização da deslocação</b> 1 - As deslocações realizadas no âmbito do presente regulamento são autorizadas, após avaliação pela junta médica da respetiva unidade de saúde: a) Pelo conselho de administração das unidades de saúde de origem, nas primeiras deslocações na RAA; b) Pelo conselho de administração dos hospitais, nas deslocações subseqüentes na RAA e nas deslocações para fora da Região; c) Pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde, nas deslocações ao estrangeiro.</p> <p><b>Artigo 36º - Programa anual de deslocações de profissionais de saúde</b> 1 - As deslocações devem ocorrer nos termos do programa anual de deslocações de profissionais de saúde, acordado entre as unidades de saúde de origem e de destino, e homologado pelo membro do Governo Regional competente em matéria de saúde. 2 - A programação anual das deslocações de profissionais de saúde é elaborada atendendo à seguinte calendarização: a) Até 31 de outubro, as unidades de saúde de destino, tendo em consideração a sua disponibilidade orçamental, remetem às unidades de saúde de origem um mapa com a previsão das necessidades de deslocação de profissionais de saúde para o ano seguinte, discriminado por categoria profissional, especialidade e número de consultas/exames a realizar. b) Até 15 de dezembro, as unidades de saúde de origem comunicam ao membro do Governo Regional competente em matéria de saúde e às unidades de saúde de destino, qual a disponibilidade para, no ano seguinte, deslocarem os seus profissionais de saúde.</p> <p><b>Artigo 38º - Consultas em telemedicina</b> A cobertura assistencial por médico especialista, no âmbito de consultas subseqüentes, pode ser assegurada, sempre que adequado, através de consultas em telemedicina.</p>
--	--	---

Feito o enquadramento legislativo que regula a Deslocação de Doentes na RAA, importa conhecer a realidade dos dados.

Como já foi referido, neste Relatório, não tivemos acesso às fontes primárias (Direção Regional de Saúde) sobre o número de doentes deslocados/transferidos dos centros de saúde ou dos hospitais da Região, seja entre ilhas, para o Serviço Nacional de Saúde ou até para o estrangeiro, que nos permitisse avaliar este fenómeno desde que foi consagrado em termos legislativos (1986). Por isso, resta-nos ter em conta os dados

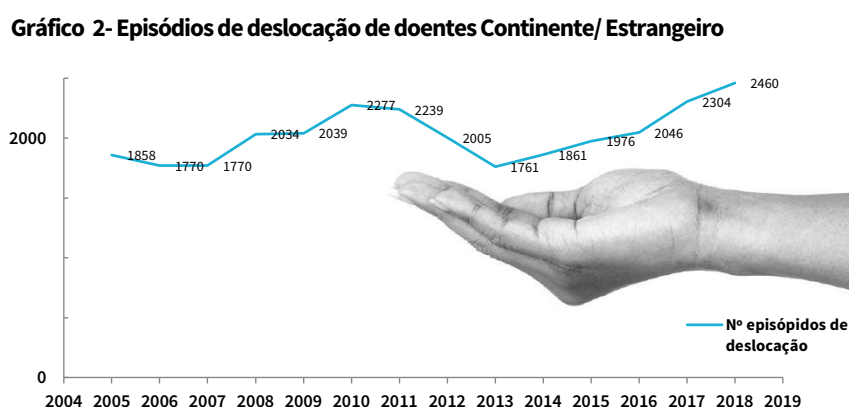
publicados nos Relatórios anuais dos três hospitais da RAA, disponíveis na net<sup>107</sup> apenas para os anos de 2017, 2018 (HDES, HSEIT e HH) e 2019 (HDES, HH), no capítulo da Atividade Assistencial - “deslocação de doentes”.

#### 8.7.1 - Doentes deslocados do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

De acordo com a informação disponível nos Relatórios e contas do HDES, serão tidos em conta os relatórios de 2017, 2018 e 2019.

No último relatório (2019) é possível registar um histórico, desde 2004, do número de doentes deslocados do HDES para outros hospitais. Da análise da curva do gráfico (Fig. 205), registamos dois períodos (2004-2013 e 2014-2019), sendo que neste último se regista uma tendência crescente.

Figura 205 - Número de deslocações para o exterior da RAA - 2004-2019 - HDES



Fonte: Fig. Gráfico 2 - Relatório e Contas do HDES - 2019

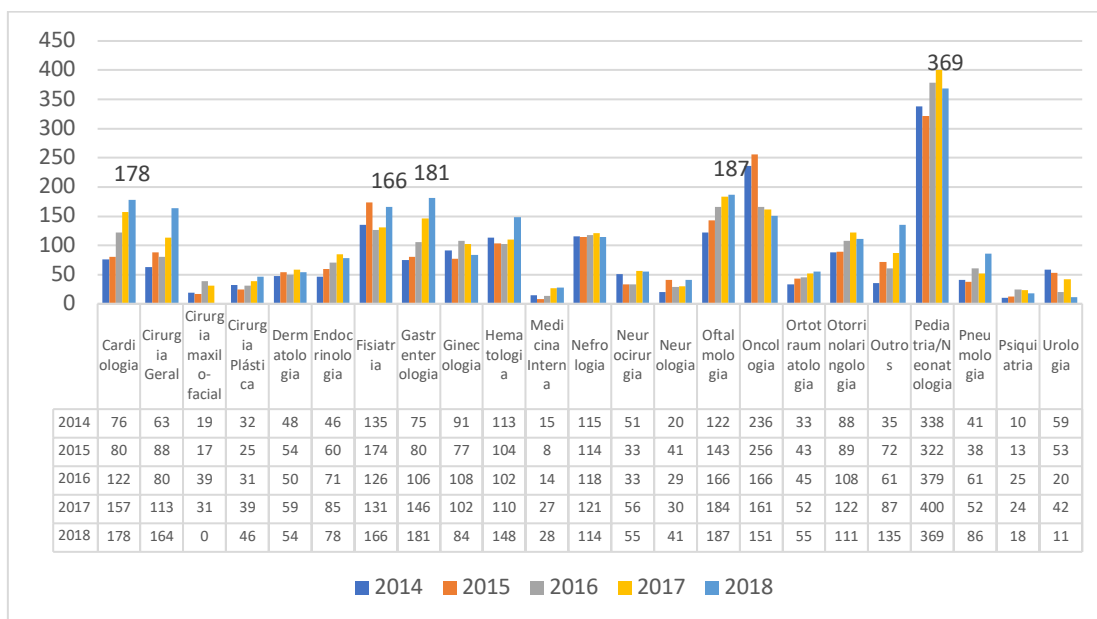
Segundo o mesmo relatório, das 29 especialidades que organizaram processos de deslocação de doentes, as áreas que registaram maior número, em 2018, foram a

<sup>107</sup> Relatórios e Contas do HDES – <https://www.hdes.pt/publicacoes/contas?q=contas>; Relatórios e Contas do HSEIT - <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/HSEIT.htm>; Relatórios e Contas do HH - <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/SPER-List - Hospital da Horta.htm>

Pediatria/Neonatologia, Oftalmologia, Gastroenterologia, Cardiologia e a Fisiatria, totalizando 43,94% das ocorrências.

O Gráfico seguinte (Fig.206) regista o número de deslocações por especialidade (2014-2018), tendo por base os dados publicados nos Relatórios e Contas do HDES de 2017 e 2018.

Figura 206 - Número de deslocações do HDES para fora da ilha, por especialidade - 2014-2018



Fonte: Relatórios e Contas do HDES – 2017-2019

Em relação aos Hospitais de destino (Tabela 37), os relatórios do HDES identificam sobretudo casos enviados para Lisboa, seguido do Porto e em terceiro lugar para Coimbra. O número de casos enviados para o estrangeiro é muito residual.

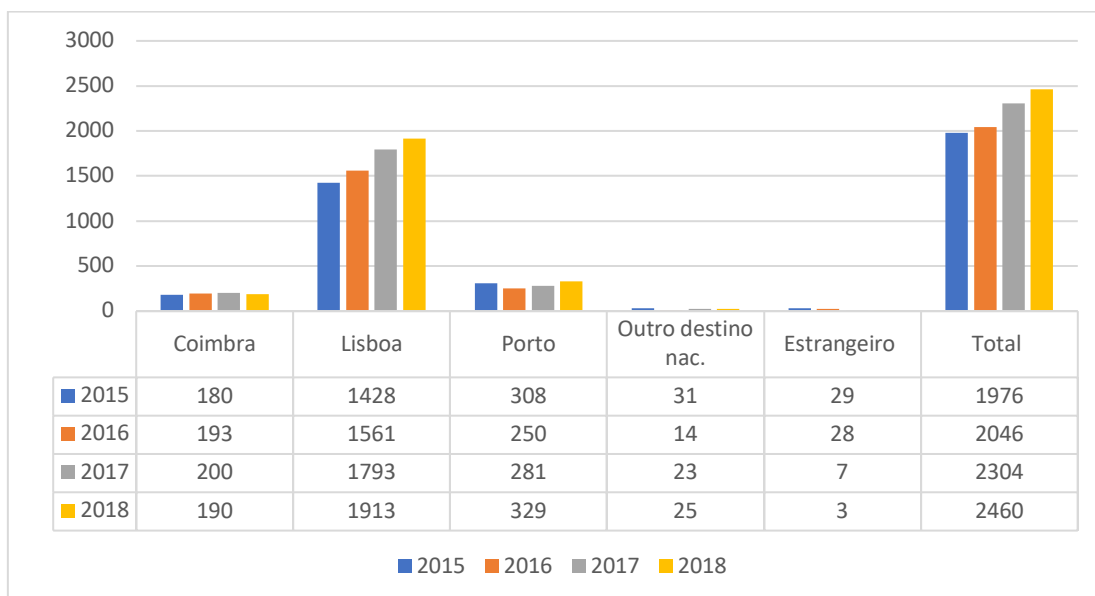
Tabela 37 - Doentes deslocados do HDES para outros hospitais do continente português ou estrangeiro – 2015-2018

Hospitais/Destino	2015		2016		2017		2018	
	Nº doentes	Nº acompanhantes	Nº doentes	Nº acompanhantes	Nº doentes	Nº acompanhantes	Nº doentes	Nº acompanhantes
Coimbra	180	157	193	173	200	176	190	174
Lisboa	1428	1554	1561	1653	1793	1896	1913	1982
Porto	308	295	250	235	281	265	329	319
Outro destino nac.	31	28	14	10	23	16	25	20
Estrangeiro	29	9	28	18	7	10	3	3
<b>Total</b>	<b>1976</b>	<b>2043</b>	<b>2046</b>	<b>2089</b>	<b>2304</b>	<b>2363</b>	<b>2460</b>	<b>2498</b>

Fonte: Relatórios e Contas- 2017-2019 do HDES

Conforme demonstram os dados publicados nos Relatórios do HDES, o número de doentes deslocados aumentou entre 2015 e 2018.

Figura 207 - Número de deslocações do HDES para outros Hospitais - 2014-2018



Quanto às deslocações interilhas, o HDES apenas enviou, em 2017 e 2018, doentes para o HSEIT, ao abrigo da Medicina Nuclear, ou para tratamentos de Litotricia, como refere o Relatório e contas de 2018.

Tabela 38 - Doentes deslocados do HDES para o HSEIT- 2017-2018

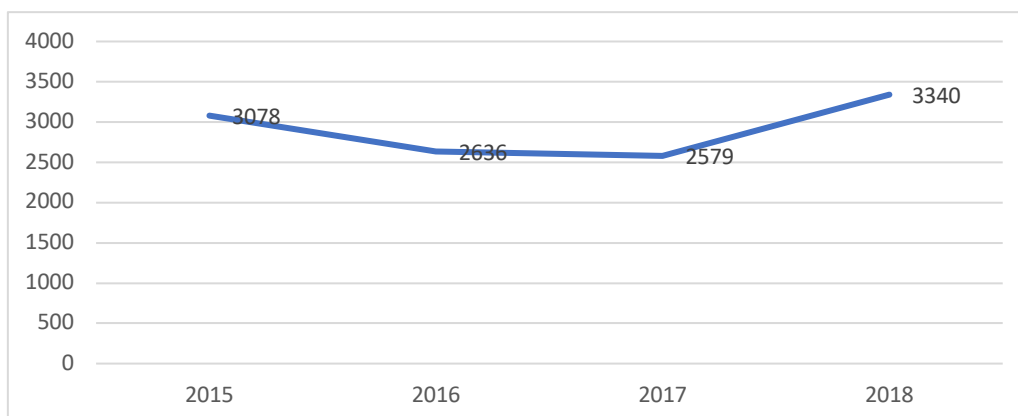
Especialidade	2017	2018
Urologia	117	105
Endocrinologia	26	69
Pediatria	42	65
Oncologia	28	57
Cardiologia	0	10
Nefrologia	1	3
Otorrinolaringologia	1	3
Cirurgia Geral	2	3
Gastroenterologia	1	1
Orto traumatologia	2	1
Medicina interna	2	0
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>317</b>

“No ano de 2018 registaram-se 317 episódios de deslocação inter-ilhas, sendo a sua totalidade referenciada à ilha Terceira – Hospital do Santo Espírito – e ISOPOR AZORES.” A tabela anterior (38) identifica o número de situações registadas no HDES, por especialidade médica, que foram deslocadas para tratamento no HSEIT.

#### 8.7.2 – Doentes deslocados do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT)

Dos Relatórios e contas de 2017 e 2018 do HSEIT, o total de doentes deslocados apresentado (*Relatório e Contas, 2018:45*) inclui deslocações, evacuações e transferências (Fig.208).

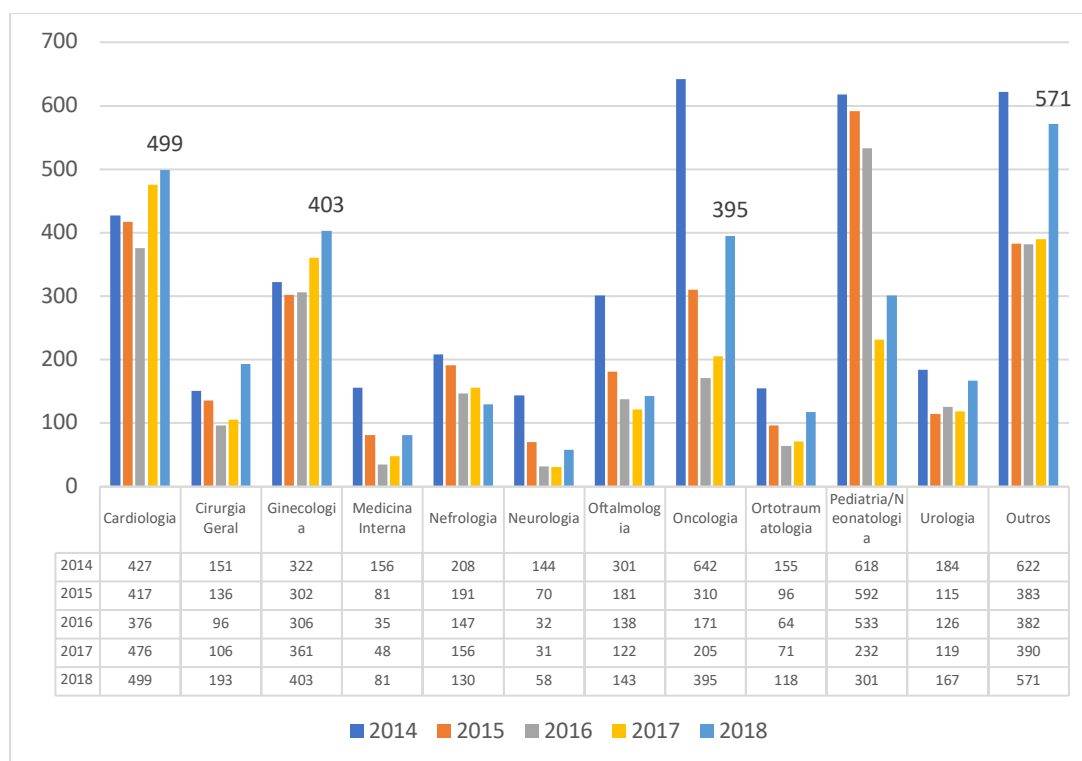
Figura 208 - Total de doentes deslocados do HSEIT - 2015-2018



Fonte: Relatórios e Contas do HSEIT, 2017 e 2018

Quando consideramos as especialidades, verifica-se que é sobretudo ao nível da Cardiologia e Ginecologia/Obstetrícia que o número de doentes deslocados é mais significativo (Fig.209). Uma nota para o facto de a categoria “outras especialidades” registar um elevado número de casos, não discriminados.

Figura 209 - Número de doentes deslocados do HSEIT por Especialidade - 2014-2018

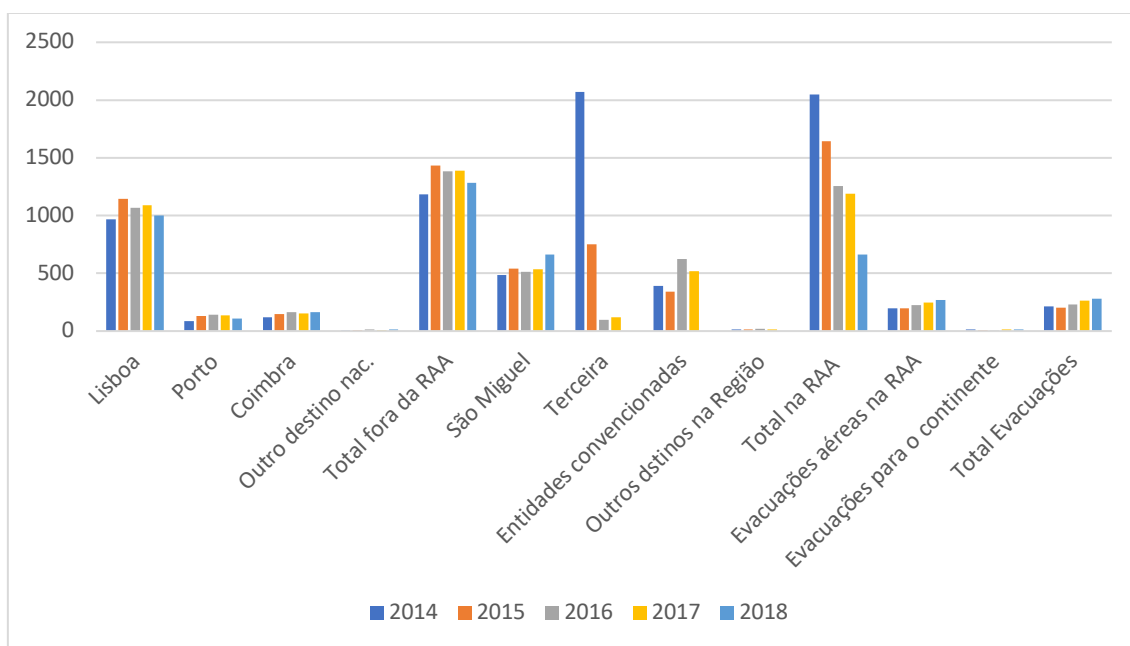


Fonte: Relatórios e Contas do HSEIT - 2017 e 2018

Em relação ao Hospital de Destino da deslocação, os dados apresentados nos relatórios não coincidem com os totais já referenciados anteriormente, mesmo considerando a totalidade da informação (Deslocações, transferências e Evacuações).

Apesar desta descoincidência nos totais apresentados, registamos o facto de, no caso do HSEIT, o número de deslocações dentro da RAA ter diminuído entre 2014 e 2018 (Fig.210), enquanto o número total de deslocações para fora da Região revela uma tendência de aumento.

Figura 210 - Total de deslocações dentro e para fora da RAA e total das evacuações a partir do HSEIT - 2014-2018



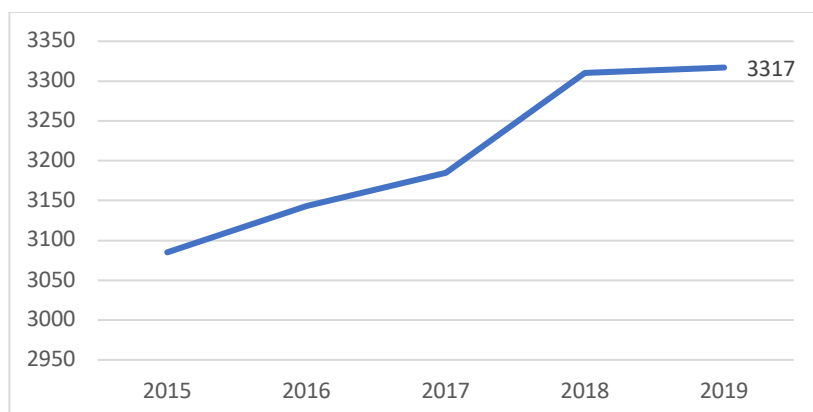
Fonte: Relatórios e Contas do HSEIT – 2017 e 2018

### 8.7.3 – Doentes deslocados do Hospital da Horta (HH)

Dos Relatórios e contas do HH<sup>108</sup> não constam os dados sobre os doentes deslocados, discriminados por Especialidade, por isso apenas podemos registar o total e o Hospital/destino.

Em relação ao total, há um claro aumento do número de doentes deslocados (Fig.211).

Figura 211 - Número total de doentes deslocados do Hospital da Horta - 2015-2019



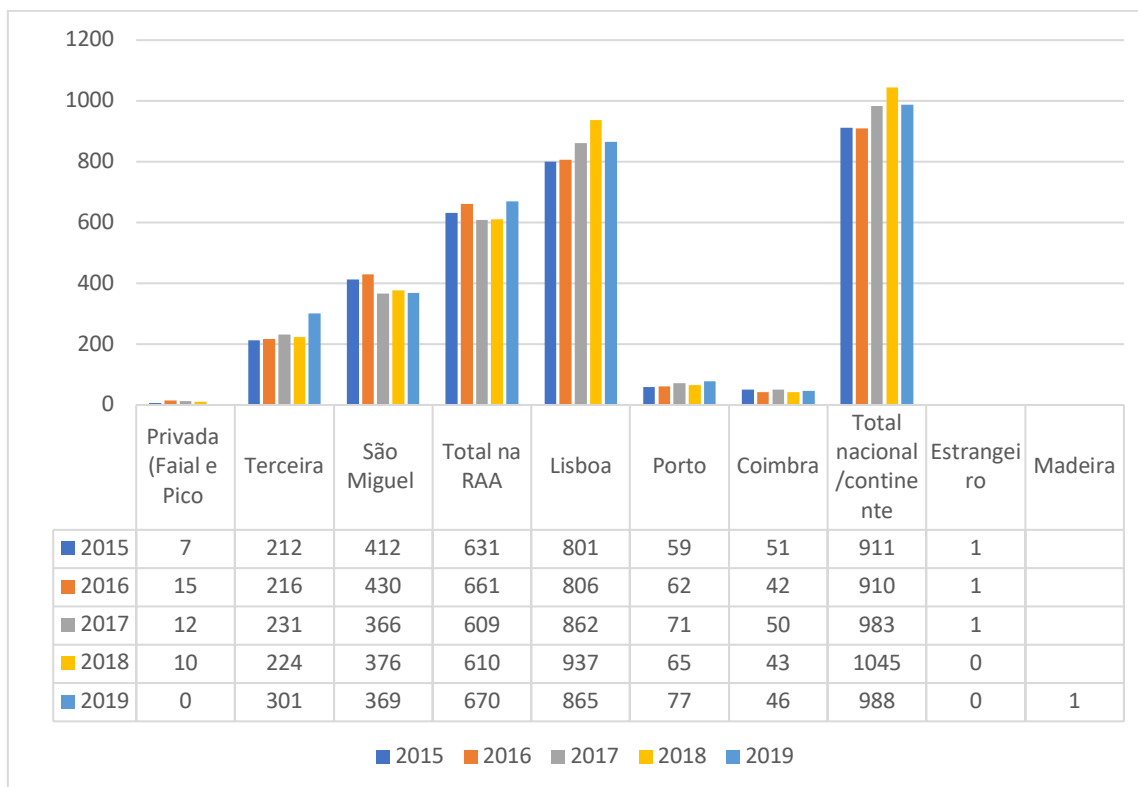
Fonte: Relatórios e Contas do HH – 2017-2019

<sup>108</sup> Para este hospital já estão disponíveis dados de 2019.



Em relação ao Hospital de Destino, há a referir a importância de Lisboa, para onde são enviados a maioria dos doentes que saem da RAA. Na RAA é sobretudo para São Miguel.

Figura 212 - Número de deslocações dentro da RAA e para fora da RAA a partir do HH - 2015-2019

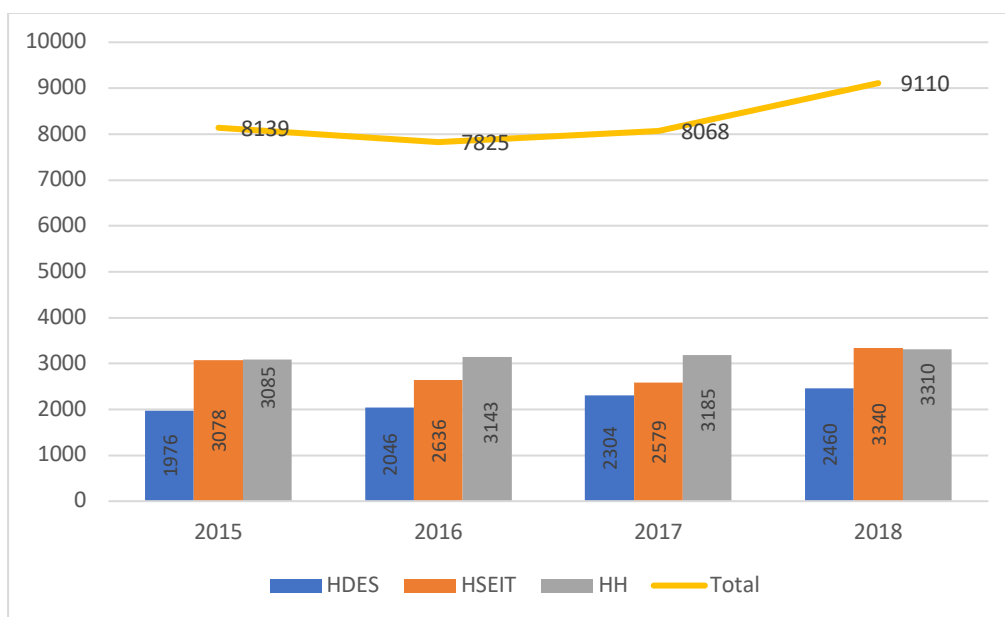


Fonte: Relatórios e Contas do HH – 2017-2019

#### 8.7.4 – Doentes deslocados dos hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH)

Tendo por base os Relatórios e Contas publicados desde 2017 pelos Hospitais da RAA, podemos comparar os dados referentes aos doentes deslocados, nos anos em análise (2014-2018) (Fig. 213).

Figura 213 - Número total de Doentes deslocados dos hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) - 2014-2018



Fonte: Relatório e Contas do HDES, HSEIT e HH – 2017 e 2018.

De acordo com os dados registados, tem havido um aumento do número de doentes deslocados nos três hospitais, particularmente no HSEIT (Tabela 39).

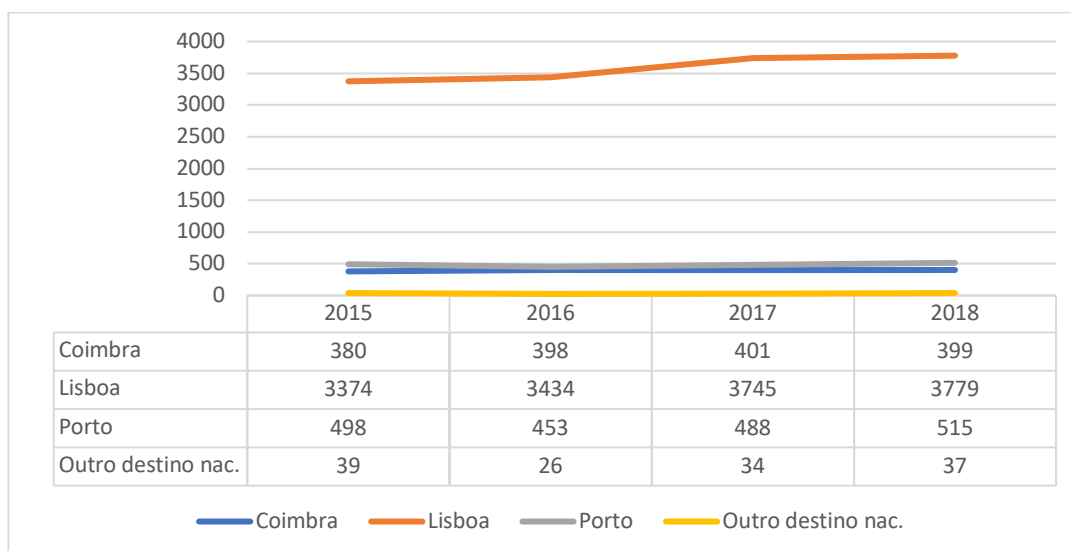
Quanto aos hospitais de destino, e considerando apenas os hospitais no continente português, destaca-se unidades hospitalares sedeadas em Lisboa.

Tabela 39 - Doentes deslocados dos hospitais da RAA (HDES, HSEIT e HH) para outros hospitais do continente português ou estrangeiro – 2015-2018

Destino	2015				2016				2017				2018			
	HDES	HSEIT	HH	Total	HDES	HSEIT	HH	Total	HDES	HSEIT	HH	Total	HDES	HSEIT	HH	Total
Coimbra	180	149	51	380	193	163	42	398	200	151	50	401	190	163	46	399
Lisboa	1428	1145	801	3374	1561	1067	806	3434	1793	1090	862	3745	1913	1001	865	3779
Porto	308	131	59	498	250	141	62	453	281	136	71	488	329	109	77	515
Outro destino nacional	31	8		39	14	12		26	23	11		34	25	12		37

Fonte: Relatórios e Contas do HDES, HSEIT e HH – 2017 e 2018

Figura 214 - Número de doentes deslocados dos Hospitais da RAA para Hospitais do continente português - por zona de Destino - 2015-2018



Fonte: Relatórios e Contas do HDES, HSEIT e HH – 2017 e 2018

Dos dados publicados nos relatórios e contas dos hospitais, não consta informação sobre a origem dos doentes, particularmente no HSEIT e HH que servem várias ilhas do grupo central e ocidental.

No entanto, em relação às evacuações, já contabilizadas nas deslocações do HSEIT, é possível encontrar informação sobre a ilha de origem e o destino dos doentes evacuados.

#### 8.7.5 – Evacuações entre ilhas e para o continente (Lisboa e Porto)

A Unidade de Evacuações dos Açores é criada pelo Despacho Normativo nº205/95 de 14 setembro<sup>109</sup>, onde se pode ler, no preâmbulo:

*A natureza arquipelágica da Região, a distância entre ilhas e a organização dos serviços implica a necessidade da evacuação dos doentes em situações de emergência para unidades de saúde mais diferenciadas quando, pela natureza da situação, é ultrapassada a capacidade de resposta técnica da unidade de saúde da área de residência do doente ou sinistrado.*

O diploma reconhece o papel da Força Aérea Portuguesa na evacuação de doentes, até então realizada com a colaboração voluntária de médicos e enfermeiros, e estabelece

<sup>109</sup> <https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/9441d55e-33ef-4e2e-bec0-3ecbe4b8f631/pdfOriginal>

um protocolo entre a Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social e o Comando da Zona Aérea dos Açores.

De acordo com o texto o diploma, este protocolo rege-se por três princípios:

1. Existência de um único interlocutor (Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo) com a Força Aérea para efeitos das evacuações de emergência.
2. Acompanhamento das missões de evacuação por parte de pessoal médico e de enfermagem.
3. Definição de circuitos e procedimentos bem como dos requisitos de operação dos meios aéreos.

Data por isso de 1995 a criação da Unidade de Evacuações Aéreas (UEA) que exerce a sua ação em conjunto com a Base Aérea nº 4 (sedeada nas Lajes- Ilha Terceira). Esta Unidade possui uma ação de âmbito regional e tem por objetivo a realização de evacuações aéreas com caráter de urgência, entre as unidades de saúde da RAA.

De acordo com o Despacho Normativo que cria a UEA, são definidas as áreas de atuação (Urgência geral, urgência em Obstetrícia/Ginecologia e Urgência Pediátrica); é identificada a entidade responsável pela coordenação (Diretor Clínico do HAH) e as competências inerentes à elaboração das escalas, registos e articulação com o clínico responsável pelo pedido de evacuação.

O Despacho Normativo 205/95 de 14 de setembro, foi alterado no seu ponto 15 e republicado em 2009 (Despacho normativo nº52/2009 de 27 de julho). Pelo Despacho Normativo nº6/2014 de 28 de março<sup>110</sup>, são revogados os diplomas anteriores (1995 e 2009).

De acordo com o DN nº6/2014, esta unidade passa a designar-se “Unidade de Deslocações e Evacuações Aéreas (UDEA), mantendo-se integrada no HSEIT. As áreas de atuação passam a ser: Emergência Geral (EG), Emergência em Obstetrícia/Neonatologia (EON) e Deslocação de Doentes. Mantém-se a coordenação afeta ao Diretor Clínico do HSEIT, sendo as equipas de médicos e enfermeiros selecionadas pelo Conselho de Administração do HSEIT, obedecendo a um conjunto de requisitos, nomeadamente em termos de formação.

De referir ainda que, na redação do diploma de 2014, há a introdução, no processo de evacuações, do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), no

---

<sup>110</sup> <https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/a8aa0354-7769-4f47-a181-1fb56d5ce5c7/pdfOriginal>

qual está sedado o *médico regulador*, a quem compete ativar a equipa que melhor se adequa à deslocação; definir o hospital de destino mais apropriado; comunicar aos intervenientes todas as informações relevantes e estabelecer a prioridade, caso haja simultaneamente, mais de um pedido de evacuação aérea, com caráter de urgência.

Atualmente a UDEA é composta por 9 médicos e 11 enfermeiros, com diferentes especialidades, nomeadamente médico-cirúrgica, cardiologia, mas também anestesista. Dois dos médicos são obstetras, já reformados, com muita experiência, que são chamados quando se trata de evacuações de grávidas.

A UDEA faz evacuações em todas as ilhas, como podemos observar pelos dados abaixo registados, publicados nos relatórios e contas do HSEIT.

De acordo com o responsável pela UDEA (entrevista 21 setembro 2020), acontece serem transportados doentes, em viagens de retorno de uma evacuação, por ser entendido que não tem condições de regressar à sua ilha de residência em avião regular.

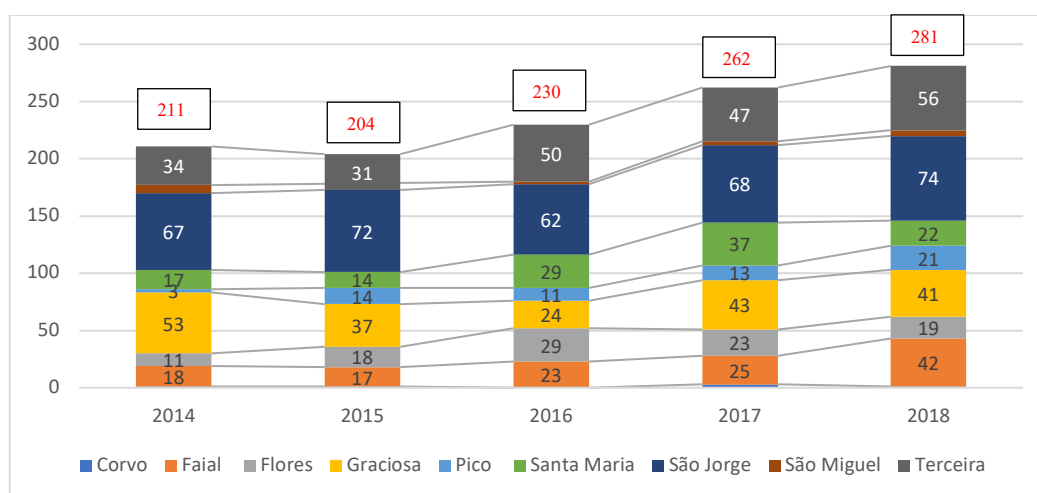
Como podemos verificar no gráfico seguinte (Fig.215), a ilha que regista maior número de evacuações é São Jorge<sup>111</sup>, seguida da ilha Terceira. Estas duas ilhas juntas representaram 46,3% do total das evacuações realizadas em 2018.

No global, entre 2014 e 2018, houve um incremento e evacuações (de 211 para 281).

---

<sup>111</sup> Uma possível explicação para este facto poderá residir nas condições de atendimento dos centros de saúde desta ilha (Velas e Calheta), segundo informação do Presidente da O.E. Para o responsável da UDEA, a Terceira evacua doentes, particularmente para a unidade de cardiologia do HDES. Para além desta informação, os dados anteriormente apresentados sobre a atividade clínica nos Centros de Saúde de São Jorge, revelaram uma diminuição no número de consultas de Clínica Geral, um facto que poderá correlacionar-se com o agravamento de situações de doença não vigiadas.

Figura 215- Número total de evacuações na RAA/ilha de origem do doente evacuado - 2014-2018



Fonte: Relatório e Contas do HSEIT – 2017 e 2018

Quando analisamos o local para onde foram evacuados os doentes oriundos das diferentes ilhas (Tabela 40), verificamos que os Hospitais de Ponta Delgada e de Angra do Heroísmo receberam a maioria dessas situações de emergência. Pelo contrário, o Hospital da Horta não surge com a mesma frequência, exceção para os doentes oriundos das Flores. Este facto decorre de uma “divisão” assumida da área de intervenção de cada hospital, sendo que para o Hospital da Horta, vão as situações oriundas das Flores, Corvo e Pico. No entanto, neste último caso, como são feitas por via marítima, não constam da estatística da UDEA.

Tabela 40 - Doentes evacuados para os Hospitais da RAA ou para um Hospital em Lisboa ou Porto - 2014-2018

Ilha	Angra do Heroísmo					Ponta Delgada					Horta					Lisboa					Porto	
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2017	
Corvo	1	1		1					2						1							
Faial	9	6	7	7	13	9	11	16	18	29												
Flores	4	7	10	6	4	1	5	5	6	4	6	6	14	11	11							
Graciosa	45	28	18	34	32	8	9	6	9	9												
Pico		1	1	3	3	2	6	9	10	18	1	7	1									
Santa Maria	1		1	1		16	14	28	36	22												
São Jorge	60	59	46	56	61	7	13	16	12	13												
São Miguel	2		2	2	2									1	3	5						
Terceira						25	25	47	33	43						9	6	3	11	13		3
	122	102	85	110	115	68	83	127	126	138	7	13	15	12	15	14	6	3	11	13		3

Fonte: Relatórios e contas do HSEIT – 2017 e 2018

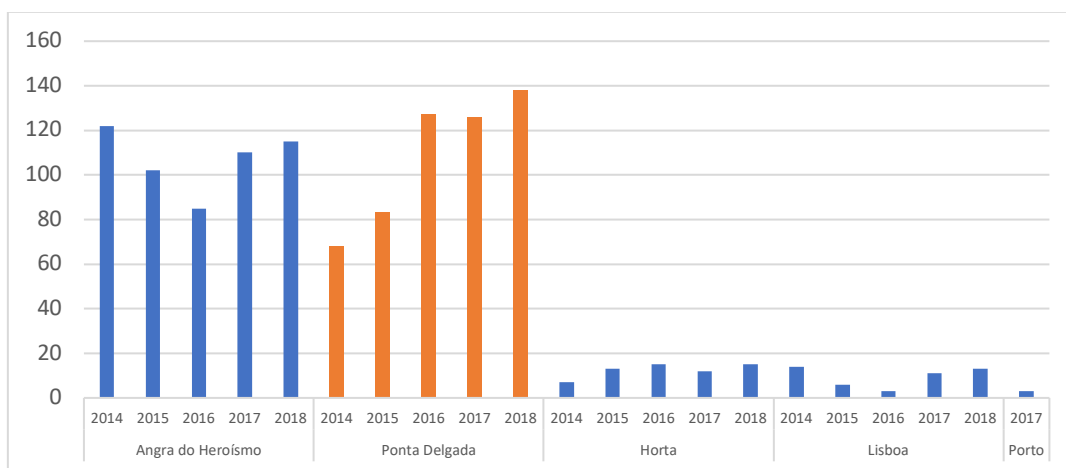
O quadro anterior (Tabela 40) permite verificar que as evacuações, quando são dirigidas a uma unidade hospitalar em Lisboa são, sobretudo, oriundas da Ilha Terceira. Outra conclusão que podemos retirar é que são muito poucas as vezes em que um doente é evacuado de São Miguel, seja para Angra do Heroísmo ou para a Horta.

Segundo o responsável da UDEA, apesar de não constarem das estatísticas desta unidade, há evacuações para o continente, a partir de São Miguel ou do Faial. No entanto, segundo referiu, nem sempre a equipa da UDEA é chamada para realizar essa evacuação, como prevê o ponto 2 do Despacho Normativo em vigor (2014):

*2. A UDEA possui um âmbito de atuação regional, tendo como objetivo a realização de deslocações e evacuações aéreas entre as unidades de saúde da Região e destas para o exterior.*

Se considerarmos a evolução das evacuações por destino (Fig.216), verificamos uma tendência crescente, particularmente nos casos que foram encaminhados para o HDES, entre 2014 e 2018. No caso do HSEIT, depois de uma quebra na tendência, regista-se um aumento em 2017 e 2018. As situações encaminhadas para o Hospital da Horta, ou mesmo para o continente, são pouco significativas no conjunto das evacuações realizadas na RAA, no âmbito da UDEA.

Figura 216 - Evolução do número de evacuações, em função do Destino - 2014-2018



Fonte: Relatório e Contas do HSEIT – 2017 e 2018

De acordo com o responsável da UDEA, tem havido um aumento do número de evacuações, particularmente para São Miguel. Em 2020, segundo referiu, já foi ultrapassado o valor total do ano anterior.

As situações mais frequentes estão muito relacionadas com as principais patologias que afetam os açorianos, nomeadamente as que se relacionam com as doenças cérebro cardiovasculares, que tem nesta Região uma intensidade significativa. Também foi referido um aumento do número de casos de natureza psiquiátrica, por exemplo do Pico, por não existir unidade de internamento de Psiquiatria no Faial.

Entre a Terceira e São Miguel é muito frequente serem evacuadas situações de enfarte, porque só há uma unidade de intervenção coronária aguda (HDES) e isso significa que, havendo orientação para realização de cateterismo, o doente tem de ser encaminhado para São Miguel.

Em relação aos recém-nascidos, as evacuações têm de ter em conta a idade do recém-nascido, porque as três maternidades recebem bebés em tempos de desenvolvimento diferenciados.

O principal constrangimento da UDEA prende-se com a gestão dos equipamentos disponíveis e com a existência, por enquanto, de apenas uma equipa de profissionais afetos a esta unidade.

De acordo com a informação prestada pelo responsável da UDEA, existem dois helicópteros EH Merlin 101 e um avião C295.

Cada equipamento (Helicóptero e Avião) tem uma tripulação afeta por parte da Força Aérea Portuguesa (FAP).

Caso ocorram duas situações em simultâneo, ou que a FAP seja chamada a intervir, por exemplo numa operação de salvamento ou outra intervenção, fora do domínio da UDEA, a equipa não se pode deslocar.

Por sua vez, se um helicóptero numa missão da UDEA tiver um acidente, não é possível recorrer ao outro equipamento para fazer o respetivo resgate.

Um outro constrangimento prende-se com a inexistência de iluminação nos aeroportos do Corvo, Flores, Graciosa e São Jorge, onde apenas os helicópteros podem aterrar durante a noite, mas não o avião. Se a situação exigir o recurso a este equipamento, o doente terá de aguardar até madrugada para ser evacuado.



O protocolo que suporta o serviço de Evacuações existente nos Açores<sup>112</sup>, contempla o não pagamento das evacuações inter-ilhas em troca da assistência médica que a região proporciona aos militares e às suas famílias, sedeados na Base das Lajes. Este facto pode ser confirmado na notícia publicada no portal do Governo, a 27 de março 2009<sup>113</sup>, aquando da cerimónia de assinatura da renovação do protocolo, que contou com a presença do chefe do Estado-Maior da Força Aérea, General Luís Araújo:

*Carlos César conferiu uma importância muito especial ao protocolo hoje celebrado entre o Governo dos Açores e a Força Aérea Portuguesa para continuidade das missões de evacuações médicas no arquipélago, por parte daquele ramo das Forças Armadas, bem como para assistência médica aos militares da Base Aérea e seus familiares, por parte do Governo.(...) Carlos César realçou a importância das missões no quadro da proficiência do Serviço Regional de Saúde e lembrou terem sido salvas muitas vidas graças a essa colaboração. Nos últimos doze anos foram feitas mais de 400 evacuações de urgência de grávidas – vinte e cinco das quais resultaram em nascimentos a bordo das aeronaves, números que o presidente do Governo utilizou para sublinhar o papel da Força Aérea e homenagear tripulações, equipas médicas e unidades de saúde envolvidas.*

Apesar do entendimento entre o Governo da Região e a FAP, revelado em 2009, em Janeiro de 2019, a questão do pagamento à Força Aérea foi suscitada pela Comissão de Defesa Nacional da Assembleia da República, perante quem o General Chefe do Estado-Maior da Força Aérea, Manuel Teixeira Rolo<sup>114</sup>, afirmou que “naquilo que são os voos inter-ilhas, a Força Aérea não cobra rigorosamente nada e continua a fazê-los, mas aquilo que eram missões de transporte e evacuação médica das ilhas para o continente,

---

<sup>112</sup> De acordo com Ferreira, E.G (2015), “o protocolo existente entre a FA e o Governo Regional dos Açores, de 2 junho 2003, está desatualizado, porque menciona aeronaves que já não existem na frota da FA, como por exemplo, o SA-330 PUMA e o C-212 AVIOCAR”. Consultado em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11652/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado\\_ASPAL\\_PIL\\_AV\\_137729K\\_Ferreira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11652/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado_ASPAL_PIL_AV_137729K_Ferreira.pdf), a 22 setembro 2020.

<sup>113</sup>

<http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgra/noticias/20090327+Presidente+do+Governo+sublinha+que+as+miss%C3%B5es+da+For%C3%A7a+A%C3%A9rea+nos+A%C3%A7ores+permitiram+salvar+m.htm>

<sup>114</sup> <https://maiscentral.com.pt/fap-confirma-falta-de-pagamento-das-evacuacoes-medicas-entre-os-azores-e-o-continente/>

*foram sempre remuneradas e, segundo afirmou, “deveriam ser pagas”, o que “ainda não se materializou”<sup>115</sup>.*

## 8.8 - A TELEMEDICINA NOS AÇORES

No âmbito do Regulamento Geral de Deslocação do SRS, publicado na Portaria nº95/2018 de 2 de Agosto, prevê-se o recurso à telemedicina, como complemento de acompanhamento dos doentes deslocados, nomeadamente ao nível das consultas subsequentes, como refere o texto do artigo 38º (*Consultas em telemedicina*).

*A cobertura assistencial por médico especialista, no âmbito de consultas subsequentes, pode ser assegurada, sempre que adequado, através de consultas em telemedicina.*

Refere ainda o texto da portaria no nº 2 do artigo 40º

*A realização de consultas em telemedicina implica a presença de um profissional de saúde junto do utente.*

Uma consulta à página do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, podemos ter acesso a uma teleconsulta, também disponível no endereço <https://teleconsulta.hdes.pt>.

Conforme se pode ler no texto de apresentação<sup>116</sup>

*a teleconsulta é uma conversa com o médico por internet, que permite obter uma opinião sobre a melhor estratégia em face da situação específica clínica, sem sair da segurança e proteção de sua casa (o que sabemos ser da máxima importância neste momento).*

*Neste tipo de consulta pode-se obter aconselhamento, discutir o resultado de exames, esclarecer dúvidas, pedir renovação da prescrição, entre outras. Este apoio pode ser muito útil em reavaliações de doentes medicamente tratados ou operados, após fisioterapia, controlo de medicação, orientação de atitudes e procedimentos e outras necessidades.*

---

<sup>115</sup> Da consulta dos Relatórios e Contas dos Hospitais não foi possível averiguar qual o montante em dívida, nem quantas foram as evacuações para fora da Região, realizadas pela Força Aérea, não abrangidas pelo Protocolo assinado com a Força Aérea, e que carecem de pagamento por parte das entidades regionais.

<sup>116</sup> <https://www.hdes.pt/teleconsulta>

O texto alerta que a teleconsulta não é uma verdadeira consulta médica, porque não há lugar a exame físico, mas refere que *“tem sido usada com muito sucesso em contexto de doença com dificuldade ou impossibilidade de deslocações.”* Bastando para isso que o utente,

*Através do seu telemóvel ou computador ligado à internet com câmara e micro, pode aceder facilmente e realizar uma consulta online com os nossos especialistas.*

Aparentemente, este serviço apenas é proporcionado pelo HDES, não havendo referência nas páginas dos outros hospitais a essa possibilidade.

Com as novas tecnologias, integradas nos telemóveis e computadores, as videochamadas tornaram-se habituais para muitos cidadãos e isso poderá facilitar o contacto entre profissionais de saúde e utentes, que se encontram distantes. A questão que se levanta é a de integrar essas *“consultas on line”* no próprio sistema de saúde, retirando dos telemóveis pessoais informação associada a processos de utentes ou situações clínicas, que devem ser abordadas em contexto de consulta médica.

Sobre o recurso à telemedicina, ou mesmo, o número de teleconsultas realizado através da plataforma do HDES, não temos dados que possam ilustrar o grau de adesão dos utentes e dos profissionais de saúde, em particular os médicos, a esta alternativa complementar de atendimento.

## 9. Principais questões relacionadas com o Acesso aos Serviços de Saúde na Região Autónoma dos Açores

Chegados a este ponto do relatório, urge sintetizar as principais questões que os dados apresentados levantam, ao nível do acesso ao Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores.

Na introdução a este relatório foram colocadas algumas questões, que orientaram a procura da informação publicada;

- ✓ Como caracterizar o acesso aos serviços de saúde na Região Autónoma dos Açores?
- ✓ Em que medida o Serviço Regional de Saúde se distingue do Serviço Nacional de Saúde e com este se articula?
- ✓ Em que medida a localização geográfica constitui uma variável determinante na (des)igualdade de acesso aos serviços de saúde?
- ✓ Que perspetivas futuras podem ser traçadas, a partir da análise da realidade vivida na Região Autónoma dos Açores nos últimos anos?

Iremos sintetizar as respostas que o estudo permitiu encontrar a partir da análise da informação disponível ou disponibilizada.

### 9.1 - COMO CARACTERIZAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES?

Em resposta à primeira questão, julgamos ter conseguido compilar toda a informação disponível, publicada pelas entidades e organismos oficiais, capaz de caracterizar a realidade dos serviços de saúde nas diferentes ilhas do arquipélago.

Identificamos recursos humanos, nos centros de saúde, de ilhas com e sem hospital, e nos hospitais. Registamos a prática de consultas e outros exames complementares, realizados em contexto de Centro de Saúde ou Hospitalar.

Foi possível confirmar a **presença de médicos em todas as ilhas**, apesar de, nem sempre, se verificar uma permanência estável. No caso, referimo-nos a clínicos gerais, mais tarde substituídos por médicos de Medicina geral e familiar.

Podemos ainda verificar que o **Sistema Regional de Saúde sofreu modificações ao longo dos quarenta e quatro anos de regime autonómico**. De hospitais concelhios, passou-se a ter centros de saúde e hospitais distritais, mais tarde hospitais públicos regionais, posteriormente, transformados em Entidades do Setor Empresarial, ao mesmo tempo que, nas ilhas com hospital, os centros de saúde deixavam de proporcionar internamento geral. Nas ilhas sem hospital, os centros de saúde mantêm aberto o internamento, assegurado por médicos de clínica geral ou de medicina geral e familiar que, para além da sua área de especialidade, asseguram urgências e cobrem as 24 horas dos internamentos, o mesmo se verificando para os enfermeiros que trabalham nessas unidades de saúde.

**A RAA está hoje dotada de um SRS composto por nove Unidades de saúde de Ilha e três hospitais EPE**, sedeados em outras tantas ilhas (São Miguel, Terceira e Faial).

**A grande questão que esta realidade nos levanta prende-se com a articulação entre estas unidades de saúde, particularmente, entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados ou especializados.**

A dispersão do arquipélago coloca entraves à implementação de um sistema verdadeiramente equitativo, onde “*todos os consumidores (em todas as ilhas)*, tenham acesso aos mesmos serviços ao mesmo custo (em custo de transporte e em tempo perdido).” (Giraldes, 2003:93)

Na RAA, **a dispersão geográfica condiciona o acesso de todos aos serviços de saúde diferenciados**, o que implica a necessidade de medidas de discriminação positiva. Quando pensamos em medidas alternativas, algumas podem e devem ser utilizadas mesmo nas ilhas com hospital, tendo em conta que a população, em algumas localidades, tem dificuldade em aceder aos serviços de saúde. Nesse sentido, **a medicina e a enfermagem levadas ao domicílio dos utentes podem ser uma resposta adequada, até porque contribuem para o exercício de uma Saúde de proximidade**, que considera o contexto real em que vivem as famílias assistidas.

Em outras situações a distância não permite este tipo de deslocação, sobretudo, tratando-se de consultas de especialidade. E, nesses casos, há que promover a

deslocação de especialistas a ilhas que os não tem, por falta de escala. Quando isso não acontece, promove-se a deslocação dos doentes aos serviços, não disponibilizados na sua ilha de residência.

**Um sistema de saúde que coloca no centro as necessidades das populações terá de reger-se pelo princípio da equidade de acesso**, que implica uma distribuição equitativa de cuidados de saúde.

No caso em concreto da RAA, o grande desafio reside na definição das **medidas de discriminação positiva** que possam permitir a todos os residentes um igual acesso às respostas de saúde, disponíveis na região ou, em caso extremo, fora da região.

**A integração das diferentes dimensões de intervenção em saúde** (Cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados) **parece ser a chave** para um sistema que lida, não apenas com as desigualdades de género, idade, literacia/escolaridade ou condição de saúde, mas com a dispersão insular dos utentes do SRS.

Um sistema que tem de deslocar doentes ou especialistas para a realização de consultas ou intervenções especializadas, não pode deixar de apostar na prevenção, na educação da população e na moderação do recurso a exames desnecessários. Quando o utente sabe que “tudo será pago de forma solidária em caso de doença, reduz a sua preocupação com o evitar a doença e as suas consequências” (Barros, 2013:21).

Ao invés, quando se aposta na promoção da saúde e se considera que, “o primeiro contacto dos doentes deve ser feito com um médico de medicina geral e familiar (o médico de família), que depois determina meios complementares de diagnóstico e/ou a necessidade de consultar um médico especialista, procura-se evitar o recurso direto aos médicos especialistas e aos meios avançados de diagnóstico sem haver real necessidade de o fazer e assim evita-se suportar custos associados” (Barros, 2013:21).

Este desafio, específico da RAA, condiciona profundamente o desenho do SRS e distingue-o das respostas existentes no continente português.

## 9.2 - EM QUE MEDIDA O SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE SE DISTINGUE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E COM ESTE SE ARTICULA?

Esta foi a segunda questão colocada, no início deste estudo. Avaliar das especificidades regionais. Desde logo, ao nível da demografia e da dimensão das populações insulares. Como foi demonstrado, estamos perante realidades distintas, com geometria variável e um grau de envelhecimento diferenciado, particularmente acentuado em ilhas mais pequenas e mais isoladas.

Por esse motivo, **a gestão da resposta em saúde passa pela aproximação das populações ao SRS, a começar nos Cuidados de Saúde primários**, que deverão ser cada vez mais eficazes e eficientes na resposta às necessidades das populações apostando de forma incisiva na prevenção e na educação para a saúde. Por sua vez, a criação de unidades de saúde de ilha, agregando vários centros de saúde e suas extensões, permite uma “integração horizontal” (Campos e Simões, 2011), proporcionando a partilha de recursos e uma maior disponibilidade de serviços de acordo com as necessidades dos cidadãos, residentes na mesma área geográfica, que no caso dos Açores, está limitada pela realidade insular.

Os cuidados de saúde primários, ao representarem “o primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde” (Lopes, Castro & Simões, 2018:15) podem ser classificados como o pilar do SNS, uma relevância ainda maior no SRS, já que em seis das nove ilhas, este é o único serviço público de saúde existente.

As Unidades de Saúde de Ilha (USI) nos Açores, para além de facilitarem uma integração horizontal (entre centros e postos de saúde), semelhante à que se verifica no continente português, confrontam-se com uma dificuldade acrescida quando se trata da interligação entre Cuidados de Saúde Primários e outros níveis Cuidados, nomeadamente hospitalares e continuados. Neste caso, o encaminhamento é sinónimo de deslocação aérea ou evacuação, uma prática que impacta na vida dos cidadãos, quer em termos de ausência ao emprego, alteração da gestão da vida diária e familiar e a necessidade de alojamento, fora da sua ilha. Este facto tem levado à criação, particularmente em São Miguel e na Terceira, de casas de acolhimento para doentes deslocados das suas ilhas, respostas essas que, na sua maioria, são de iniciativa privada.

Com apoio estatal existe um serviço de apoio ao doente deslocado no continente, com respostas situadas em Lisboa e no Porto<sup>117</sup> (SADEL<sup>118</sup> – Serviço de Acolhimento de Doentes em Lisboa), que interligam as instituições de saúde regionais e a segurança social, numa resposta integrada de apoio a pessoas com maior dificuldade económica e encaminhadas pelos hospitais da Região para consultas, tratamentos ou cirurgias no continente.

De acordo com as conclusões de um estudo realizado junto de doentes deslocados ao abrigo do SADEL (Soares H., 2010:51-53<sup>119</sup>), a autora conclui que a figura do acompanhante do doente, mostrou ser relevante, sendo que “a maior fonte de suporte emocional proveio da família, dos amigos, dos conhecidos e dos desconhecidos. Apenas o IPO foi identificado como instituição onde os familiares sentiram que lhes era dedicada atenção.”

Quanto “à intervenção do SADEL apenas foi referida na sua vertente instrumental, não sendo reconhecida pelos participantes como potencial fonte de apoio emocional apesar de saberem que aquele serviço é constituído, na sua maioria, por assistentes sociais.”

Quanto aos “apoios económicos oficiais concedidos no âmbito da deslocação de doentes, os entrevistados foram unânimes em referir que foram insuficientes para fazer face às despesas globais da família”.

---

<sup>117</sup> Não tivemos acesso ao número de pessoas que é abrangida por este serviço, nem o número de situações encaminhadas para os Hospitais do continente.

<sup>118</sup> DRR 17/2002/A de 10 de julho – artigo 30º - Serviço de Acolhimento de Doentes em Lisboa (SADEL)

1 - Ao SADEL compete, designadamente:

- a) Acolher, informar, apoiar, orientar e acompanhar os doentes provenientes dos Açores, nas diligências a efectuar durante a estada no continente;
- b) Processar as prestações devidas por deslocação de doentes e acompanhantes;
- c) Colaborar com os serviços de origem na marcação de consultas e exames complementares de diagnóstico;
- d) Efetuar os procedimentos técnico-administrativos respeitantes aos processos individuais dos utentes;
- e) Diligenciar, junto dos serviços de saúde, no sentido de abreviar o período de estada dos doentes com tratamento ambulatorio;
- f) Articular com o serviço social dos hospitais do continente e da Região o apoio a doentes deslocados;
- g) Proceder ao tratamento de dados estatísticos do sector;
- h) Colaborar com os serviços de ação social da Região na prossecução dos fins do SADEL;
- i) Colaborar com as famílias na organização de funerais e trasladação de cadáveres, assim como tratar dos espólios e certidões de óbito.

119

<https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/3859/1/Cuidar%20de%20Doentes%20Deslocados%20-%20Um%20estudo%20das%20din%C3%A2micas%20familiares%20de%20doentes%20deslocados%2C%20por%20per%C3%AD.pdf>



A autora conclui que “a deslocação de cidadãos para fora da sua ilha de residência, por motivos de saúde e por períodos prolongados gerou desequilíbrios de ordem económica familiar e emocional tanto nos membros que se ausentaram como nos elementos que permaneceram na ilha.” E acrescenta, “a RAA não proporciona suficientes apoios aos cidadãos que se encontram deslocados”. Daí considerar ser necessário “equacionar alternativas de alojamentos melhor ajustadas às necessidades dos doentes”.

### 9.3 - EM QUE MEDIDA A LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA CONSTITUI UMA VARIÁVEL DETERMINANTE NA (DES)IGUALDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

**A localização geográfica, neste caso, a realidade insular, é uma variável incontornável quando procuramos estudar, compreender e avaliar do acesso ao Sistema Regional de Saúde.**

Desde logo, o facto de estarmos perante ilhas de pequena dimensão, com populações de alguns milhares, condiciona o cálculo de rácios, taxas ou índices.

Por outro lado, o cálculo do número de profissionais de saúde, quando medido o rácio por 1000 habitantes, geram resultados que poderão não corresponder à realidade concreta, como nos referiu o Presidente da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros (OE). “Há uma grande rotatividade de enfermeiros, que dificulta o cálculo correto, num determinado momento de registo”. O caso do Faial, segundo a OE é disso exemplo, apesar de registar um dos mais elevados rácios de enfermeiros/1000 habitantes, nas estatísticas publicadas na Região, segundo o responsável da OE verificam-se situações de défice de enfermeiros em algumas áreas. Referiu ainda que, nos Açores, o facto de existirem poucos estudantes na Enfermagem, oriundos de outras ilhas que não Terceira e São Miguel, dificulta a sua integração profissional fora dessas ilhas. Poderão até aceitar inicialmente um posto de trabalho, mas logo que podem, procuram outros locais.

Considerando ainda o impacto da realidade insular, esta constitui um fator determinante na desigualdade de acesso ao SRS, inerente à densidade populacional das ilhas, onde não pode existir uma unidade hospitalar, o que obriga a deslocações, quando há necessidade de cuidados diferenciados.

No entanto, **não podemos isolar o impacto da “localização geográfica”, sem relacionar esta variável com outras, de natureza demográfica e sociológica.**

Em primeiro lugar, as questões já referidas do envelhecimento das populações condicionam quer o tipo de problemas de saúde mais frequentes nos concelhos envelhecidos das ilhas mais pequenas, quer o grau de literacia e o nível económico dessas populações

Não podemos deixar de relacionar a variável idade avançada com **a baixa literacia e os fracos rendimentos, que condicionam o acesso aos recursos de saúde**, com realce especial para a utilização das tecnologias de informação, as quais estão a ser, cada vez mais, utilizadas para mitigar o isolamento das populações e dos indivíduos, como acontece com as videochamadas, nem sempre ao alcance da população mais envelhecida.

**Se há dimensão que, atualmente, pode concorrer para encurtar distâncias é o recurso a ferramentas digitais**, que aproximam os utentes dos profissionais de saúde, e contribuem para aumentar a segurança dos que trabalham em ilhas sem hospital, no contacto com especialistas e partilha de informação.

### **Sistema informático**

Nesse domínio, **o investimento do Estado em sistemas de informação partilhados, que integrem os vários níveis de intervenção (CSP, CD e CC) deveria ser uma prioridade.**

Nas palavras da representante da Ordem dos Médicos nos Açores e baseada num estudo que a própria realizou em 2017, o processo de referênciação não é eficaz, uma vez que o Médico de família faz uma requisição em papel, que depois é informatizada para poder ser enviada para o Hospital que, entretanto, o doente escolheu. Isto porque os sistemas informáticos nos CSP e Hospitais não é compatível. Como refere “O médico de família introduz no sistema informático que não está integrado com o hospitalar, depois tem de imprimir e entregar no Hospital, que depois é digitalizado num documento para o sistema hospitalar, que é lido pelo médico responsável pela triagem e que faz a devolução dos pedidos não conformes. Este procedimento que acontecia em 2017 mantêm-se tudo igual, atualmente.” (entrevista, 20.08.2020).

Da mesma opinião é o Presidente da Ordem dos Enfermeiros (entrevista 25.09.2020), que aponta o sistema de informação que liga o SRS como a sua principal fragilidade,

comprometendo a eficácia de um encaminhamento de uma situação de doença, por exemplo, detetada por um enfermeiro no quadro dos CSP. O processo é muito lento, até que essa situação obtenha a resposta especializada de que carece.

Para além da necessidade de integração do sistema de comunicação informatizada, uma deslocação de doentes mais eficaz implicaria a existência de voos entre ilhas, de ida e vinda no mesmo dia, o que apenas acontece entre a ilha de Santa Maria e São Miguel. Das outras ilhas há sempre a necessidade de permanecer mais de um dia fora de casa. Considerando que a Região Autónoma dos Açores possui uma companhia aérea regional, faz todo o sentido que a gestão das deslocações se faça em consonância com a disponibilidade desta companhia. A questão mais complicada reside nos horários e na sua compatibilização com o funcionamento do SRS.

### **Nascer fora da ilha de residência**

A insularidade tem ainda um impacto importante na saúde familiar, em particular ao nível da saúde materna. Desde logo, porque não se nasce em todas as ilhas, mas apenas em São Miguel, Terceira e Faial, o que condiciona a deslocação das grávidas das restantes ilhas, antes do parto. Conforme se pode ler na Portaria nº66/2010 de 30 de junho, a mulher grávida pode escolher o Hospital da Região onde pretende realizar o parto e tem direito a uma comparticipação financeira, que varia conforme a duração da deslocação e se fica, ou não, em alojamento convencionado.

Desde a aprovação do Código de Registo Civil de 1995, a criança nascida fora da ilha de residência dos pais, pode ser registada com referência à freguesia de residência da mãe. Antes, os nascimentos em espaço hospitalar, acabavam por ser todos referenciados à freguesia onde se situava esse hospital.

Recordamos ainda que, algumas crianças nascem<sup>120</sup> nos helicópteros “Merlin” ou mesmo nas aeronaves, no decurso de ações de evacuação de grávidas em situação de risco.

---

<sup>120</sup> Em 2013, uma notícia referia que em 20 anos nasceram 30 crianças, em operações da Força Aérea nos Açores (o primeiro parto foi a 13 julho de 1999, na aeronave C-212 AVIOCAR). Consultado em <https://expresso.pt/sociedade/bebe-nasce-a-bordo-de-helicoptero-nos-aco-res=f777544>, a 25 setembro 2020.

### Nível socioeconómico

Uma outra dimensão que influencia a facilidade ou dificuldade com que os utentes saem da sua ilha/concelho, prende-se com o seu **nível de rendimentos**. Está **provado que, “os grupos mais pobres têm uma maior morbilidade e tendem a utilizar menos os serviços de saúde, se a acessibilidade ao sistema não for favorável.”** (Giraldes, 2003:102).

Nesse sentido, como também foi referido, há que analisar, em cada comunidade, os determinantes da saúde, para além da oferta em serviços de saúde, nomeadamente, os estilos de vida, as condições das habitações, os hábitos alimentares, as condições de trabalho, os riscos associados quer ao estilo de vida, aos consumos, ao trabalho, entre muitas outras dimensões que condicionam a saúde das populações.

### 9.4 - QUE PERSPETIVAS FUTURAS PODEM SER TRAÇADAS, A PARTIR DA ANÁLISE DA REALIDADE VIVIDA NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES NOS ÚLTIMOS ANOS?

Finalmente a última questão colocada conduz-nos a uma reflexão sobre condicionantes do SRS, que dificultam o acesso dos residentes, na ótica, inicialmente apresentada, de um Sistema de saúde, equitativo e eficiente em termos técnicos e económicos (Boquinhas, 2012), que responda às necessidades das populações.

Um **serviço de saúde que seja acessível, sem dúvida que é um Serviço que promove a equidade** segundo dois princípios fundamentais (Macedo & Reis, 2011:24):

- 1) “Indivíduos com as mesmas necessidades de cuidados de saúde (com o mesmo nível de doença) têm direito a cuidados iguais” – *equidade horizontal*;
- 2) “Indivíduos com necessidades de saúde diferentes (gravidade, especificidade...) têm direitos a cuidados de saúde diferentes (isto é, proporcionais ao seu estado de saúde/doença) – *equidade vertical*.”

De acordo com estes dois princípios, “o direito aos cuidados de saúde não tem a ver com a capacidade de pagar, de cada indivíduo, mas com o grau de necessidade deste, cabendo ao Estado o ónus da intervenção”.

Em complemento a esta reflexão, iremos no ponto seguinte deste Relatório, elencar algumas sugestões, propostas, que abordam as evidências apresentadas, segundo diferentes eixos de intervenção possível.

## 10. Sugestões

Como perspetivar uma intervenção com vista à melhoria do SRS?

Em resposta a esta questão central, iremos organizar esta análise segundo quatro tópicos, identificando algumas sugestões que a leitura dos dados e das informações recolhidas suscitam:

- ✓ Enquadramento – determinantes da Saúde na RAA
- ✓ Recursos humanos
- ✓ Recursos materiais
- ✓ Governança

### 10.1 - DETERMINANTES DA SAÚDE

Loureiro & Miranda (2018:71) definem os *determinantes da saúde* como fatores com influência na saúde individual e coletiva, que agrupam em quatro categorias:

- Fatores genéticos e biológicos;
- Serviços de saúde;
- Comportamentos individuais relacionados com a saúde;
- Características sociais.

Diferentes países têm adotado como orientação para a definição das políticas de saúde, fatores determinantes da saúde. Isso implica uma preocupação com o estudo desses determinantes, como aliás foi preconizado pela OMS, em 2005, ao criar a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) que inspirou as metas do Milleninum (2015) e, mais recentemente, os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (2030). De acordo com o relatório da CDSS, de 2010<sup>121</sup>, “em países, de todos os níveis de rendimento, a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde”(…)“corrigir essas desigualdades – as

---

<sup>121</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706\\_por\\_contents.pdf;jsessionid=26193A91BD108B2260316A338BCBF593?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf;jsessionid=26193A91BD108B2260316A338BCBF593?sequence=8)

diferenças enormes mas remediáveis na saúde, dentro e entre países – é uma questão de justiça social.” (OMS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010).

Assim, falar de igualdade ou desigualdade de/no acesso aos serviços de saúde de uma região, não pode significar fazer uma elencação de recursos, mesmo que a existência de serviços de saúde seja uma das determinantes que condiciona a saúde das populações.

**Os fatores de natureza social deverão ser conhecidos, estudados e, sobretudo, integrados no desenho das políticas de saúde.**

Nesse sentido, Loureiro & Miranda (2018) referem o exemplo do Canadá ou da Finlândia onde a promoção da saúde surge associada ao combate à exclusão social. Por sua vez no caso da Suécia, a política pública nacional de saúde aposta no aumento do nível de participação das pessoas.

Estamos perante um quadro de referência que aposta nas dimensões sociais da saúde, para transformar a relação dos utentes com o sistema de prestação de cuidados, a começar pela própria gestão da sua saúde, os estilos de vida, as condições de trabalho e o sentimento de segurança e bem-estar.

Ao longo do presente relatório foram sendo identificados alguns dos *Determinantes da saúde* na RAA, dos quais destacamos:

- A **autoapreciação da saúde**/representação do que é ser doente ou saudável;
- A **idade** e o impacte na autoapreciação da saúde, na morbilidade, no envelhecimento das comunidades, na mobilidade; o controlo das doenças crónicas inerentes ao processo de envelhecimento;
- O **género** e o impacte na autoapreciação da saúde e na vivência da doença; na esperança média de vida; na morbilidade; na frequência dos serviços de saúde; no papel social de cuidador informal e na feminização dos profissionais de saúde.
- A **literacia em saúde** e a capacidade de escolha informada dos utentes; as implicações na participação e o sentido de reivindicação do utente; a utilização de meios informáticos e o acesso a informação digital, associado à condição económica, mas também à idade;
- O **nível de escolaridade**, em relação com a morbilidade e os estilos de vida; os comportamentos preventivos;

- O **nível de rendimento** e o acesso à saúde; a morbilidade diferenciada; o acesso a respostas alternativas ao sistema público (por exemplo, para realização de exames auxiliares de diagnóstico, terapêuticas ou mesmo cirurgias); o acesso a consultas de especialidade fora do sistema público;
- A **residência em ilhas sem hospital** ou em concelhos mais distantes dos centros urbanos, e as implicações no acesso a consultas de especialidade; realização de exames auxiliares de diagnóstico; acompanhamento pós-alta hospitalar; deslocação/estadia na ilha co hospital.

Estes são alguns dos determinantes da Saúde que revelaram estar associados entre si, com especial evidência para o facto de, sendo os Açores uma região arquipelágica, qualquer resposta em matéria de política de saúde, ter de lidar com essa dispersão geográfica.

Reconhecer a importância dos Determinantes sociais da Saúde e avaliar, através da investigação, as suas diferenças e especificidades, por ilha/concelho, permitiria a definição de políticas de saúde mais eficazes, quer na promoção da saúde e do bem-estar das populações, quer no combate às causas de morbilidade e mortalidade que, entre outras consequências, contribuem para uma esperança média de vida mais baixa na RAA do que no resto do país.

No quadro de um estudo sobre os Determinantes da Saúde, e tendo em consideração a estrutura demográfica (idade, sexo) e as condições socioeconómicas (escolaridade, atividade laboral, local de residência) das populações, em particular dos utentes do SRS, há que ter em conta:

- 1) - comportamentos relacionados com o contexto, entre outros, o estilo de vida quotidiano, as condições habitacionais e socioeconómicas, as características da atividade laboral e diária e
- 2) os comportamentos relacionados com o estado de saúde, como sejam, práticas preventivas; vigilância de doenças crónicas; relação com os recursos do SRS, nomeadamente, consultas, exames auxiliares de diagnóstico, medicação prescrita; e outras práticas, não orientadas por profissionais de saúde, como a automedicação, a



medicina não convencional, os tratamentos domésticos tradicionais e, mais recentemente, o recurso à páginas da internet, vulgo “Dr. Google”.

## 10.2 - RECURSOS HUMANOS

O deficiente reforço dos hospitais, em equipamentos e recursos humanos, afetou durante muito tempo a presença de RH, em número suficiente, nos Centros de Saúde, o que é contraditório com a política que promove a prevenção, a educação para a saúde. À semelhança dos utentes, que consideram o hospital como a resposta mais “completa”, muitos dos profissionais de saúde também optam pelo exercício hospitalar, desvalorizando as intervenções na comunidade, uma tendência que o representante da OE na RAA considera que está a mudar. Há mais enfermeiros interessados na saúde comunitária, em parte porque, do ponto de vista salarial “o que os hospitais pagam a mais não compensa o desgaste do trabalho hospitalar”.

**A formação de especialistas deveria ser melhor rentabilizada na atribuição de funções no SRS**, promovendo a sua colocação em função das necessidades das USI.

**Atrair recursos humanos para as ilhas pequenas**, deveria envolver incentivos e condições de trabalho, capazes de atrair os profissionais necessários (médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde). Serviços de Saúde descentralizados não dependem, apenas, de médicos e enfermeiros, mas devem envolver outras áreas de intervenção, nomeadamente técnicos auxiliares de diagnóstico (análises, exames radiológicos), psicólogos, fisioterapeutas, etc. Isso significa que, a descentralização deverá implicar mais facilidade de acesso aos exames complementares, aos tratamentos de recuperação e reabilitação e a serviços de apoio, ao nível da saúde mental, por exemplo, psicológico.

Quando olhamos a evolução dos médicos ao nível dos centros de saúde, só muito recentemente houve um reforço em Médicos de Medicina Geral e Familiar.

No entanto, como foi referido, a saúde de proximidade tem de ser vista na ótica de **equipas de saúde familiar**, e isso implica um reforço do número de enfermeiros por

médico ao nível dos centros de saúde e outros profissionais, num trabalho interdependente.

A existência de equipas é a base da eficiência do SRS, inclusive, ao nível dos cuidados hospitalares, particularmente as cirurgias. *Não bastam cirurgiões*, refere o Provedor do Utente (entrevista 7 set.20), *se não houver enfermeiros do bloco ou anestesistas em número suficiente para assegurar a melhor rentabilização dos blocos operatórios.*

Como ficou demonstrado, no país e na RAA, há um **número reduzido de enfermeiros por médico** quando comparado com a média da OCDE. Aliado a este facto, as comunidades mais isoladas, carecem de especialistas que, não se deslocando dos hospitais, obrigam os residentes a fazê-lo, o que tem custos acrescidos para o SRS. Não apenas ao nível do pagamento das deslocações, mas com implicações na economia local, nas famílias e no bem-estar das populações.

Nas palavras da Presidente da Delegação da Ordem dos Médicos, ***o Hospital é que deveria ir ao encontro dos doentes*** e não o contrário. No passado, esse procedimento estava mais ou menos rotinizado, *“e os especialistas quando iam às ilhas também davam apoio ao internamento. Os médicos recebiam 150 euros/dia (subsídio de deslocação) e enquanto estivessem a fazer consultas no horário de trabalho não ganhavam mais. A partir daí por cada doente que vissem ganhavam mais 15 euros/consulta. Em 2014, a tutela da Secretaria da Saúde entendeu que esta remuneração era uma duplicação de vencimento e cortou com essa possibilidade. E, a partir daí, os doentes passaram a deslocar-se aos hospitais.*

*Recentemente e depois de muitas negociações, os hospitais chegaram a acordo com o Governo – Portaria de Deslocação de Especialistas – revista em 2019 e, de novo, passou-se a contemplar um seguro de viagem, os 150 euros, e um subsídio para os dias que ficassem retidos por não ter avião para deslocação. Esta nova orientação estava a começar a ser operacionalizada no início de 2020 e foi interrompida na Pandemia, mas deverá retomar logo que possível.”*

Complementando as afirmações da Ordem dos Médicos, o Provedor do Utente referiu que *os médicos do SRS consideram que vão perder com as deslocações às outras ilhas.* Para além disso, em algumas dessas ilhas *há clínicas privadas que respondem às necessidades dos residentes*, por exemplo, como acontece com a

estomatologia/medicina dentária na Ilha das Flores ou para casos em que são necessários tratamentos de Fisioterapia.

### **Captar profissionais de saúde para a Região.**

De acordo com o estudo de Lopes, Castro & Simões (2018:130), a concentração dos profissionais de saúde nas zonas metropolitanas/urbanas, em relação a zonas rurais e remotas, é motivada não só pelas oportunidades profissionais como pelos serviços e amenidades que estas regiões urbanas oferecem; daí que **os incentivos para atrair e fixar os profissionais de saúde em áreas remotas podem ser insuficientes, porque baseados apenas em remunerações monetárias.**

Outras medidas poderiam ser pensadas, tendo em conta as necessidades desses profissionais, seja ao nível do alojamento, da mobilidade, do recurso a novas tecnologias e, sobretudo, à implementação de uma prestação de cuidados personalizada, próxima da população, com retorno profissional, oportunidades de aprendizagem e inovação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a RAA chegou a ter, em 2000 e 2001, um sistema de incentivos para fixar enfermeiros, particularmente nas ilhas mais pequenas, que acabou por ser retirado. Esse incentivo não era apenas monetário, mas implicava facilidade de alojamento. Neste momento (2020), há enfermeiros a optar por trabalhar no privado, a aceitar propostas aliciantes para trabalhar no estrangeiro, como referiu o Presidente da Secção regional da OE, apontando o exemplo de responsáveis pela Saúde nas Ilhas Canárias, que tem estado a recrutar nos Açores enfermeiros, oferecendo um salário mais atrativo, casa e uma viagem todos os três meses para visitarem a família. Outros enfermeiros têm rumado a países europeus<sup>122</sup>.

A equidade em saúde depende da adequada distribuição dos recursos humanos em função das necessidades das populações

---

<sup>122</sup> Sobre este fenómeno da emigração dos Enfermeiros da RAA, a OE está a compilar informação sobre pedidos de certificação, solicitados por candidatos a estas oportunidades de trabalho. Para além disso referiu que, neste momento, há entidades privadas que estão a recrutar enfermeiros dificultando ainda mais o rejuvenescimento do SRS. Não esquecer que, por ano saem cerca de 80 a 90 novos enfermeiros dos dois cursos de Enfermagem na RAA.

No entanto, num contexto arquipelágico, no quadro de profissões que exigem atualização permanente, *benchmarking*, a prática clínica, em pequenas comunidades, tem de ser suplementada com objetivos de natureza profissional que permitam inovação e melhoria dessa clínica. Desafiar os profissionais de saúde - ao nível do trabalho de equipa, da humanização dos cuidados prestados e da eficácia e eficiência da clínica prestada, incluindo a gestão das situações que requerem a mobilidade dos doentes - é um exercício que só um Sistema de Saúde numa região geográfica dispersa pode proporcionar.

Há ainda a considerar, que os cuidados de saúde, em ilhas ou concelhos mais pequenas/os implica ter em conta, as características demográficas, os sinais de envelhecimento, bem como os contextos culturais, económicos e sociais que as distinguem e enquadram as necessidades específicas de cada comunidade local.

Nesse sentido a colocação de enfermeiros e/ou médicos em ilhas de pequena dimensão tem de estar associada a um conjunto de benefícios de natureza material (vencimento, alojamento e outros benefícios) e a formação contínua, incluindo a atualização em áreas relevantes para o exercício de uma medicina qualificada de proximidade e de natureza preventiva.

Os enfermeiros deverão integrar equipas de saúde, não como “assistentes” dos médicos, mas como possuidores de uma área de atuação específica e especializada nos cuidados de saúde.

### 10.3 - RECURSOS MATERIAIS

A saúde depende, como temos vindo a analisar, de determinantes sociais, entre as quais a existência de serviços de saúde. Importa realçar o investimento efetuado na melhoria da maioria dos equipamentos/edifícios da RAA. No entanto, como também já foi mencionado, **continua a falhar a existência de um sistema informático, que promova uma verdadeira integração dos centros de saúde com o sistema hospitalar, e transforme o SRS num sistema integrado, articulado e eficiente.**

A partilha de dados, processos, exames médicos é fundamental para desmaterializar o sistema e acelerar a resposta dos clínicos.

Uma comunicação eficaz, organizada e integrada, favorece o encaminhamento e acompanhamento do utente, após a alta hospitalar.

Sobre a cobertura da região, e tendo em conta a necessidade de resposta especializada, parece evidente a necessidade de um levantamento pormenorizado de todos os recursos existentes, privados ou públicos, sedeados em Centros de Saúde, Hospitais ou Clínicas Privadas, para realmente avaliar a melhor estratégia operacional de utilização, ao serviço de uma resposta pública, não apenas no domínio dos Cuidados de Saúde primários, preventivos, mas também ao nível da resposta especializada.

### **Telemedicina**

Numa região dispersa, o recurso à telemedicina é mais uma ferramenta facilitadora do acesso a consultas de especialidade. No entanto para ser eficaz, a prática da telemedicina deveria estar integrada num único sistema/plataforma informática capaz de articular a relação entre centros de saúde e hospitais, promovendo uma cooperação direta entre os médicos de medicina geral e familiar e especialistas.

No entanto, como refere a Bastonária da Ordem dos Médicos, a telemedicina não substitui a necessidade de uma primeira consulta presencial, com recurso a exame físico e contacto direto entre o médico e o utente.

O recurso a telemedicina pode permitir uma maior eficiência na leitura de exames auxiliares de diagnóstico. Ainda segundo a Ordem dos Médicos *“Há exames que podem ser feitos nos Açores e serem lidos fora da região, como aliás acontece no Pico. O doente faz um TAC no Pico, e as imagens são transmitidas para o Faial para o especialista que está nesta ilha.”*

**O recurso à telemedicina não pode substituir as consultas presenciais**, sobretudo, a primeira consulta que na opinião da Ordem dos Médicos, deve sempre existir. E acrescenta: *“A telemedicina deve estar integrada na ligação informática, institucional. Neste momento a fotografia enviada para o telemóvel particular do médico, funciona como resposta imediata, mas é “ilegal” e atenta contra as regras da proteção dos dados individuais, mas é o recurso mais rápido para que se possa orientar, por exemplo, a realização de um tratamento numa ferida de um doente que está na sua ilha.”*

### **Acesso a Consultas, Cirurgias e Exames auxiliares de diagnóstico ou terapêutica**

O facto de os centros de saúde terem deixado de prestar serviço ao nível dos exames auxiliares de diagnóstico sobrecarregou os hospitais e aumentou a necessidade de convencionar com privados a realização desses exames. Essa é também a opinião do Presidente da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros, que reconhece que a transferência da realização de exames complementares de diagnóstico para os hospitais, veio sobrecarregar essas unidades, com um serviço que podia ser concretizado ao nível do Centro de Saúde, sobretudo em comunidades mais populosas. De acordo com o Provedor do utente, quando o SRS demora a facultar o acesso aos exames, o cidadão acaba por recorrer à clínica privada, porque o tempo de espera é menor, acabando por pagar um serviço que lhe podia ser prestado pelo sistema público.

**O tempo de espera, referiu o Provedor do Utente é a principal razão das reclamações dos utentes**<sup>123</sup>, ou seja, a dificuldade de acesso às consultas, às cirurgias planeadas, que podem chegar a anos de espera.

Nesse sentido, a valorização do utente como centralidade do sistema de saúde público, deveria superar os interesses pessoais, desde logo dos médicos que partilham a prestação ao Estado com a sua clínica privada, ou a priorização dos utentes, não em função de critérios clínicos ou de qualidade de vida, mas por pressão junto das instituições.

Segundo o Provedor, *a causa das listas de espera está na falta de recursos humanos especializados e não tanto nos equipamentos disponíveis*. Por exemplo, referiu que no *Hospital da Terceira há salas a mais para o volume de serviços prestados*. Por outro lado, apontou ainda como um fator que veio agravar a resposta em cirurgias, *a transferência*

---

<sup>123</sup> Segundo o relatório da Provedoria do Utente, referente a 2019, 63% das reclamações dirigidas a este serviço, estão relacionadas com o acesso aos Serviços de Saúde, particularmente o tempo de espera para consultas e cirurgias. 16% referem-se a questões de funcionamento/organização dos serviços; 9% prende-se com problemas registados no relacionamento com profissionais de saúde e 7% tinham a ver com negligência médica. Refira-se que, segundo o Provedor (entrevista 7set.2020), entraram na provedoria apenas 65 reclamações em 2019, 32% de Ponta Delgada; 36% de A. Heroísmo; 12% de outros concelhos de São Miguel, 2% da Praia da Vitória e 9% da Horta. Sendo por isso muito residuais as reclamações com origem em residentes em outras ilhas que não as que têm hospital. De referir que o total das reclamações não reflete aquelas que são feitas diretamente nas Unidades de Saúde (Centros de Saúde e Hospitais) que são objeto de encaminhamento interno e não são do conhecimento da Provedoria do Utente.

*das pequenas cirurgias para o Hospital houve necessidade de ocupar salas que podiam ser utilizadas para outras cirurgias. Antes, a ocupação de salas para as pequenas cirurgias era feita em rotação por várias especialidades.*

Um outro fator apontado foi o facto de existir alguma resistência à implementação de horários desfasados, permitindo uma maior cobertura. *Muitos dos médicos preferem trabalhar no hospital de manhã, para terem a tarde livre para o exercício na privada.*

O investimento em recursos materiais afigura-se importante para garantir o acesso de todos os açorianos a respostas inovadoras, de qualidade e, sobretudo, eficazes. No entanto, importa adequar o planeamento desse investimento tendo por base as necessidades locais e a gestão partilhada desses recursos, ao nível da ilha, e em articulação com outros serviços da região (setor social). O sistema de mobilidade entre ilhas, de utentes ou profissionais deverá estar articulado com os recursos instalados, havendo necessidade de minimizar as deslocações, por exemplo, para a realização de exames complementares ou tratamentos que possam ser feitos na ilha de residência, mesmo que acompanhados de forma remota por especialistas residentes noutra ilha.

#### 10.4 - GOVERNANÇA

Avaliar o acesso das populações aos serviços de saúde implica, forçosamente, considerar as políticas públicas neste domínio. E, nesse sentido, há grandes diferenças em função da orientação política e ideológica, dependendo do envolvimento do setor público na resposta às necessidades de saúde, do grau de participação e confiança social dos cidadãos, da descentralização das respostas, sendo que a relação entre desigualdade na saúde e área de residência, tem sido comprovada (Craveiro,2012).

Ao longo da história da implementação do SRS e, tendo por referência os programas das sucessivas legislaturas, ficou claro que existiu, desde 1976, uma preocupação com a organização regional dos serviços de saúde, garantindo instalações para as unidades de saúde em todos os concelhos, acrescidas dos antigos “postos de saúde” ou extensões

dos Centros de Saúde, com vista a proporcionar maior proximidade. Ao mesmo tempo, os programas de governo revelam uma preocupação em diferenciar os níveis de prestação de cuidados, separando os cuidados de saúde primários dos hospitalares.

Resta saber se, atualmente, essas estruturas correspondem às necessidades das populações e estão dotadas de tecnologias alternativas e meios para permitir a partilha de informação, a mobilidade do conhecimento/processo do utente e dos exames auxiliares de diagnóstico, de forma desmaterializada, reduzindo custos e aumentando a eficácia e o tempo de resposta.

Uma outra questão, reside na necessidade de avaliar os recursos existentes na região, considerando os que possam estar subaproveitados, os que poderiam ser melhor partilhados ou são inexistentes.

Assim considera-se importante:

- **potenciar os recursos existentes;**
- definir **manuais de boas práticas** que unifiquem critérios e promovam uma cultura regional, ao nível dos cuidados de saúde primários e da sua relação com os cuidados hospitalares;
- **promover a sustentabilidade do SRS** – com critérios de utilização dos recursos, semelhantes nos diferentes hospitais e Centros de Saúde;
- definir **critérios comuns para o recurso a exames auxiliares** de diagnóstico ou terapêutico

Esta definição de critérios comuns deveria favorecer:

- Uma **integração das diferentes unidades de saúde** de ilha num único sistema, mais equitativo e mais coordenado, por exemplo, no encaminhamento de doentes para fora da ilha, seja para outras ilhas ou para o continente.
- A integração dos doentes em **listas de espera, deveria considerar a qualidade de vida do utente** como critério de prioridade, não apenas baseado em números de dias de espera;
- Por outro lado, o facto de o utente ter o direito de escolher o hospital onde pretende realizar a cirurgia, pode agravar a lista de espera, de forma desnecessária, por ventura, por **falta de informação objetiva que permita a esse cidadão comparar as alternativas existentes.**



- Em relação ao serviço de urgência, **medidas de educação/literacia em saúde poderiam disciplinar o recurso dos utentes e reduzir o número de consultas não urgentes.** Nas palavras da Representante da Ordem dos Médicos “A *referenciação à urgência deveria ter por base um sistema em que só podia se deslocar à urgência quem antes tivesse sido encaminhado pelo médico de MGF ou pela linha Açores – ou então num acidente.*”

**O grande desafio para o SRS é a articulação entre CSP e CD/H**, e isso faz toda a diferença ao nível da qualidade dos cuidados prestados, do número de RH disponíveis, do acesso a exames auxiliares de diagnóstico, do atendimento alargado das populações.

Na opinião do Provedor do utente, é necessário ter uma visão global do Sistema Regional de Saúde, para apoiar os médicos que estão sozinhos em determinadas ilhas, *“não é fácil pedir uma evacuação quando se está sozinho numa ilha, consciente que isso representa um custo muito elevado para a região”*.

Outro dado que mereceu uma atitude do governo, foi na legislatura 2012-2016, em que se verificou que “os clínicos gerais estavam a pedir muitos exames e por isso limitaram as requisições, o que acabou por sobrecarregar as listas de espera dos hospitais. Com base nas palavras do Provedor do utente, podemos dizer que há falta de transparência nos procedimentos, particularmente “quando um doente traz um pedido de exames, que tem de ser validado pelo Centro de Saúde e, não obtendo resposta, acaba por ir para a privada”. Para além disso, há privados que recorrem ao serviço público, por exemplo quando estão de serviço ao hospital, fazendo requisições de exames para doentes que atenderam na privada.

### **Avaliação do sistema de saúde**

Para Fernandes, J. (in Fernandes, A. 2011:62) “os vários sistemas de saúde tem privilegiado a rentabilização da produção, expressa por aumento do número de atos clínicos, redução dos tempos de espera para atendimento e tratamentos, poupanças financeiras, etc.”. No entender do autor, “é tempo de mudar o paradigma da avaliação. E, se os aspetos mencionados são importantes, é fundamental que se incorporem outros dados como a qualidade da ação desenvolvida, “outcomes”, isto é, resultados clínicos.”

Na visão deste clínico (Fernandes, J. 2011: 63) é preciso “saber com objetividade e rigor os resultados da prática médica e qual o seu impacto no bem-estar da população e este *desideratum* deve constituir um imperativo em serviço público nacional”, ao qual acrescentaríamos, “e regional”.

Na realidade, e citando ainda este autor, a implementação de regras de “*Clinical Governance*”, ou Governança Clínica, nas instituições de saúde, implica:

- **Estandarização da informação clínica** (o processo eletrónico é uma necessidade absoluta, mas requer regras claras para o registo adequado de todas as ocorrências);
- **identificação de fatores adversos**, o que pressupõe uma cultura de cooperação, em vez de medo e culpabilização;
- **Organização institucional** para a sua promoção e avaliação;
- **Generalização de reuniões sérias de morbilidade e mortalidade** nas diferentes unidades clínicas e “auditorias” periódicas e institucionais, como instrumento indispensável a uma cultura de exigência profissional.

Julgamos encontrar nesta proposta do Prof. José Fernandes e Fernandes (in Fernandes, A. 2011) um modelo que, ao pretender qualificar a prática clínica, pode constituir uma mais-valia em contextos mais afastados dos hospitais, como são os centros de saúde com internamento, em ilhas sem hospital.

Ao promover maior interligação, cooperação, avaliação institucional, partilha de saberes, a prática de cuidados em contextos mais “adversos”, **o sistema de saúde regional poderia permitir experiências inovadoras e gratificantes**, que superam, a ausência de outros atrativos, que essas comunidades pequenas nunca poderão ter ou competir, como os que existem nos meios urbanos, particularmente os mais desenvolvidos. Esta estratégia também se aplica com a captação de clínicos ou enfermeiros para os hospitais e outros centros de saúde, situados em São Miguel ou Terceira. Quando comparados com as oportunidades de trabalho existentes no continente ou mesmo em outros países, muitos dos profissionais, residentes na Região, findos os seus cursos, são atraídos por ofertas de emprego no estrangeiro e agarram o desafio da emigração.

Os profissionais de saúde, como outros técnicos, motivados pelo exercício inovador da profissão, por condições de bem-estar e integração, certamente aceitariam desafios de trabalho em comunidades onde, habitualmente, é difícil fixar esses profissionais.

Os dados apresentados mostram-nos uma região envelhecida em muitos dos seus concelhos. Para além das políticas de incremento à natalidade e fixação das populações, a presença de clínicos e do acesso a uma saúde de qualidade pode certamente contribuir para inverter esse fenómeno. Ao mesmo tempo, um sistema de saúde que chega mais facilmente aos idosos, na prevenção e tratamento das patologias mais comuns na faixa etária mais velha, pode evitar o recurso a deslocações aéreas, sempre mais difíceis quando se tem dificuldades de mobilidade e vulnerabilidade acrescida, necessidade de acompanhante e maiores dificuldades de adaptação a mudanças nas rotinas diárias.

De acordo com Vieira, M. (in Rodrigues & Silva, 2012:302), são cinco os desafios essenciais na Saúde:

- **Qualidade da prestação dos cuidados de saúde;**
- **Acessibilidade;**
- **Resposta atempada, em tempo e humanizada, dos cuidados de saúde;**
- **Gestão eficiente dos recursos**
- **Sustentabilidade**, garantindo que a sociedade tem recursos que permita dar acesso e qualidade de serviço à população.

Se não existir sustentabilidade, também não se pode dar acesso, nem se pode dar qualidade, que são complementares e interpenetram-se. (...) Se tivermos más práticas de gestão, uma ineficiente utilização de recursos, a sustentabilidade é colocada em causa.”

Na ótica de Vieira da Silva (2012: 302 e segs) o desafio da sustentabilidade no sistema de saúde, do qual depende o acesso e a qualidade dos cuidados, implica uma **reforma estratégica e uma reforma a nível operacional**.

**Ao nível estratégico**, a autora advoga que o importante é que o sistema de saúde garanta o acesso generalizado, tendencialmente gratuito, implicando apenas as taxas moderadoras, independentemente do prestador, ser público ou privado. O Estado pode contratar cuidados de saúde a uma entidade privada e pagar-lhe por *output*, sem

descurar a avaliação do serviço prestado, nomeadamente a existência de médico de família, a prestação de consultas ou outros exames em tempo razoável. Para tal importa a existência de uma entidade reguladora autónoma e independente, com poderes.

Esta prática tem sido concretizada, particularmente na prestação de cuidados continuados, como aliás se pode verificar no caso da RAA, onde entidades privadas, mais vocacionadas para esse tipo de cuidados, contratualizam com o Estado a prestação desses serviços, cabendo a este último controlar custos e qualidade.

Outra área estratégica, já referida neste relatório, prende-se com o Plano Regional de Saúde, nomeadamente, em todas as áreas identificadas como preventivas das patologias mais frequentes na região e que mais mortes causam.

O incremento da participação da população na promoção da sua saúde, através da adoção de hábitos de vida saudáveis, como aliás se tem visto recentemente, a propósito do controlo da pandemia por Covid19.

As campanhas pedagógicas, através dos meios de comunicação social, de grande difusão deveriam ser mais frequentes, em diferentes domínios da literacia em saúde. A propósito, a Presidente da secção regional da ordem dos Médicos referiu alguns exemplos de dúvidas que refletem a necessidade de alertar ou informar a população: “Quando devo ir à urgência?”, “Quais os sinais a valorizar quando uma criança tem febre?”, “Comprar um medicamento genéricos ou de “marca”?” Sobre este último tópico, referiu que há pessoas que duplicam a toma de medicamentos, porque as embalagens são diferentes e não reconhecem que o produto (genérico ou de marca) é o mesmo.

Retomando os desafios da sustentabilidade, na ótica de “garantir recursos que permitam o acesso e qualidade de serviço à população” (Vieira da Silva, 2012), para além desta **reforma estratégica**, é necessária uma **reforma operacional**, que tenha em conta a rentabilização dos recursos instalados, fomentando a sua interligação, como foi anteriormente referido, particularmente quando se trata da ligação entre CSP e CD/H. Uma escolha informada por parte do utente do SRS implica “promover o acesso dos cidadãos a rankings de qualidade clínica, disponibilizando informação online à população referindo qual o grau de acesso e indicadores económicos de cada hospital.” Só assim se entende o direito de escolha do cidadão, em relação ao hospital onde, por

exemplo, pretende realizar uma cirurgia. Isso implica, que alguns hospitais se especializem em determinadas áreas de prestação de serviço. Como refere a Representante da Ordem dos Médicos, *“Não podemos ter centros diferenciados em todas as ilhas, tem de estar concentrado num determinado hospital para se “ganhar mão” e experiência, como aconteceu por exemplo com o centro cardiovascular (unidade de intervenção cardiovascular, criada 2014), sediado no Hospital de Ponta Delgada, que é “top” no país.”*

### **Criação de uma Unidade de Gestão Regional do Acesso ao SRS**

A proposta, apresentada pelo Presidente da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros (OE), que aponta para a necessidade de criação de uma *Unidade de Gestão Regional do Acesso ao SRS (UGRAS – Unidade de Gestão Regional do Acesso à Saúde )* parece fazer sentido, quando estamos perante a principal vulnerabilidade da Região, a sua dispersão e a necessidade de uma gestão sustentável, que potencie os recursos humanos e materiais existentes.

Assim, partindo desta proposta da OE, atrevemo-nos a pensar que a *UGRAS*, poderia agilizar:

- **A deslocação de utentes** para a realização de exames complementares de diagnóstico (de acordo com as disponibilidades nas várias unidades de saúde);
- **A gestão integrada das listas de espera**, bem como a averiguação dos números, aferindo quem são e onde estão as pessoas que integram essas listas, o grau de necessidade e a sua evolução, ao longo do período de espera;
- **A integração de todas as respostas disponíveis num determinado momento**, evitando que alguém, vindo de uma ilha sem o recurso a TAC, possa estar numa lista de espera, por exemplo para fazer esse exame em São Miguel, quando existe vaga no serviço da ilha Terceira.
- A relação dos gestores do doente, existentes em cada Hospital com os centros de saúde, não de forma bilateral, mas integradora. Como entidade mediadora, esta Unidade rentabilizaria a resposta, existente na RAA, num determinado momento.

- Para além disso, e recorrendo à proposta de intervenção de Vieira da Silva (2012), a integração das respostas, deveria ter em conta todos os recursos instalados em cada ilha, sejam de natureza pública ou privada. Neste último caso, em regime de convenção com o Estado. Numa região pequena, faz pouco sentido existirem recursos que melhoram o acesso, incluindo transportes adaptados, financiados pelo Estado, que estão alocados à atividade privada do setor social e não são rentabilizados, quando há necessidade dessa resposta no SRS.

No quadro atual, de gestão da pandemia, segundo a OE, ficou claro o quanto uma estrutura de coordenação pode fazer a diferença, nomeadamente na garantia de equipas de saúde que possam assegurar a substituição dos profissionais que têm de ficar em isolamento profilático ou foram vítimas do Covid19. Por exemplo, se tal acontecer numa ilha pequena, com um número reduzido de Enfermeiros, é difícil garantir a sua substituição atempada.

### **Certificação de qualidade das unidades de saúde**

A melhoria do sistema regional de saúde passa pela adoção de critérios nacionais e internacionais, que confirmam certificação aos serviços prestados e permitam análises comparativas e de *benchmarking*.

Neste sentido, desde 2016, os centros de saúde na região têm vindo a proceder à sua certificação, tendo-se iniciado pela Unidade de Saúde do Faial, conforme podemos ler em nota do GACS datada de 12 de Fevereiro 2016:

*A Unidade de Saúde de Ilha (USI) do Faial recebeu hoje o Certificado de Acreditação de Qualidade em Cuidados de Saúde Primários, sendo, desta forma, a primeira nos Açores a concluir o processo de Certificação de Qualidade.*

A promoção e acompanhamento do processo de acreditação enquadra-se nas competências da Divisão de Planeamento e Qualidade (DRR nº1/2020/A, de 23 janeiro), conforme refere o artigo 15º, onde são definidas essas competências:

*alínea g) - Promover e acompanhar os processos de certificação e acreditação das unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde;*

Segundo uma nota do GACS, datada de 23 novembro 2019<sup>124</sup>, à altura existiam sete centros de saúde na RAA certificados, nomeadamente: Nordeste e Vila Franca do Campo (São Miguel), Calheta e Velas (São Jorge), Horta (Faial) e Praia da Vitória e Angra do Heroísmo (Terceira).

Na ocasião (nov.19) a Secretária Regional da Saúde informou que o processo de certificação em curso nas unidades de saúde da RAA corresponde a:

*uma avaliação da qualidade realizada por uma entidade externa, a Direção-Geral da Saúde, de acordo com o modelo da Agência de Qualidade Sanitária da Andaluzia.<sup>125</sup>*

*A titular da pasta da Saúde afirmou que a acreditação “reforça a confiança que todos devem ter nos serviços públicos e que é acrescida na área da saúde”, uma vez que coloca os cidadãos e os seus direitos no centro do sistema, consolidando uma cultura de qualidade e segurança na prestação de cuidados.*

*Para obterem a certificação, as unidades de saúde e os hospitais têm de demonstrar que a governação, coordenação e ação local estão centradas no doente, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão.*

No que concerne aos hospitais da RAA, o HDES obteve a sua Certificação em 2007, com base no modelo inglês, conhecido por *King’s Fund* (CHKS). Em 2018, o Hospital da Terceira (HSEIT) candidatou-se à acreditação, em associação com a empresa *Joint Comission International* (JCI).

---

<sup>124</sup><http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgragacs/noticias/Acredita%C3%A7%C3%A3o+dos+sevi%C3%A7os+%C3%A9+prioridade+na+pol%C3%ADtica+para+a+sa%C3%BAde.htm>

<sup>125</sup> De acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, “a primeira iniciativa tomada no âmbito do Ministério da saúde para implementar um programa de acreditação no SNS data de 1999 e foi da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Na altura foi escolhido e implementado o modelo inglês então conhecido por King’s Fund, hoje CHKS. Mais tarde a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. entendeu adotar outro modelo, o americano da Joint Comission International (JCI). Com a extinção do IQS, foi criado na DGS, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) pela Portaria nº155/2009 de 10 de fevereiro, e em junho do mesmo ano, é publicado o Despacho que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho). Considerando que a criação de um modelo exclusivamente português iria levar demasiado tempo, e existindo um modelo de certificação de unidades de saúde, criado pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, que respondia aos grandes desafios de qualidade que a Direção Geral da Saúde (DGS) tinha que resolver, o mesmo foi objeto de análise e adotado pelo Ministério da Saúde português para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, passando a designar-se por modelo ACSA, hoje ACSA internacional. A adoção deste modelo assenta num conjunto de protocolos de cooperação e de cedência da autorização de utilização de direitos do modelo ACSA (assinados em 2010), os quais conferem à DGS direitos exclusivos sobre as licenças de utilização do modelo no território nacional. As dimensões da qualidade avaliadas de acordo com o modelo ACSA são: O cidadão, centro do sistema de saúde; Organização da atividade centrada na pessoa; Os profissionais; Processos de suporte; Resultados.

Resumo retirado de <https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao-brochura-modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>, consultado a 16 setembro 2020.

A 2 de novembro de 2018, decorreu no Centro Cultural e de Congressos de Angra do Heroísmo a sessão pública de apresentação do projeto de Acreditação do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT) pela *Joint Commission International* (<https://www.hseit.pt/node/425>). No entanto, em Março 2019, o Governo afirmava que o processo ainda não estava concluído, em resposta a um requerimento apresentado na Assembleia Legislativa da RAA, pelo Grupo Parlamentar do CDS ([http://base.alra.pt:82/Doc\\_Reg/XIrequeresp563.pdf](http://base.alra.pt:82/Doc_Reg/XIrequeresp563.pdf)) que contestava a escolha da *Joint Comission International* como entidade certificadora.

Sobre o Hospital da Horta ainda não constam diligências no sentido da sua acreditação, no entanto, é intenção do governo proceder a esse processo, conforme declarações do titular da pasta da Saúde, a 2 novembro 2018, quando referiu que o Hospital da Horta será o próximo a apresentar o seu projeto de acreditação<sup>126</sup>.

Outros sistemas têm vindo a ser implementados no sentido de uniformizar procedimentos, nomeadamente em termos da codificação de situações clínicas.

O recurso à Triagem de Manchester é um desses exemplos. Trata-se de um sistema de atendimento inicial do utente que se dirige a um serviço de urgência e que, segundo informação da tutela da Secretaria da Saúde (Dezembro 2019<sup>127</sup>) *“encontra-se implementada nos três hospitais dos Açores, na Unidade Básica de Urgência da Terceira e no Centro de Saúde do Nordeste – Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel, garante, no contexto de um primeiro atendimento pelo enfermeiro, a avaliação do risco clínico. A Triagem de Manchester, sistema criado há 22 anos<sup>128</sup>, tem como objetivo definir níveis de prioridade e identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada,*

---

<sup>126</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/novidades/Acredita%C3%A7%C3%A3o+do+Hospital+da+Ilha+Terceira+%C3%A9+determinante+para+posicionamento+e+proje%C3%A7%C3%A3o+desta+unidade.htm>

<sup>127</sup> <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/novidades/Teresa+Machado+Luciano+afirma+que+Triagem+de+Manchester+refor%C3%A7a+equidade+e+seguran%C3%A7a>

<sup>128</sup> De acordo com a página do Grupo Português de Triagem [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3&Itemid=109](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=109), “O Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico”.



*indicando a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica.”*

Como ficou demonstrado pela análise dos dados publicados nos Relatórios dos Hospitais, o recurso inadequado às urgências, por parte dos utentes, continua a constituir um indicador de iliteracia em saúde. Por razões diversas, incluindo a representação do que é saúde ou do que se espera do sistema de saúde, muitas vezes delegando nos profissionais de saúde, uma responsabilidade que é individual, o Serviço de Urgência regista uma percentagem significativa de consultas não urgentes, que deveriam ter sido resolvidas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Outros sistemas de referenciação têm vindo a ser adotados, no âmbito da prática clínica, como refere o Relatório da Primavera de 2018, ao referir o SIMH, Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar<sup>129</sup>, tinha sido implementado em todos os hospitais do país incluindo as regiões autónomas.

---

<sup>129</sup> *O sistema SIMH destina-se à recolha de dados administrativos, codificação clínica de episódios em ICD10CM/PCS, por médicos codificadores e agrupamento de episódios em Grupos de Diagnósticos Homogéneos, tendo como principal vantagem permitir uma caracterização sistematizada, normalizada e transversal para todo o SNS, com impacto potencial de melhorias na produção/morbilidade hospitalar, na investigação, no financiamento, na contratualização e na faturação do hospital. Esta ferramenta permite a realização de análises comparativas e de benchmarking em unidades hospitalares do mesmo grupo. O sistema garante que a codificação do episódio é feita na aplicação, tornando o serviço prestado mais eficaz e eficiente. (Relatório da Primavera, 2018) – consultado em <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>*

A melhoria do SRS passa pela adoção de procedimentos validados, criteriosos, certificados. A articulação entre serviços implica um reforço da literacia em saúde dos utentes, nomeadamente ao nível do acesso aos serviços de urgência, ao uso do medicamento, ao recurso a exames complementares.

A eficácia e a equidade no SRS dependem da cooperação, participação do cidadão e corresponsabilização de todos, cidadãos e profissionais do SRS, na gestão dos recursos disponíveis. A alteração dos determinantes sociais é fundamental, para promover um acesso aos cuidados especializados mais adequado às reais necessidades dos utentes

O levantamento, conhecimento e utilização de todos os recursos disponíveis, poderá garantir a cobertura abrangente de todos os residentes, nos diferentes concelhos da RAA.

A criação de uma Unidade de Gestão do Acesso ao SRS poderia contribuir para agilizar as respostas, de forma mais integrada, atempada e sustentável.

Considerando o excesso de recurso às urgências, para além da possibilidade de triagem por telefone, a existência de atendimento permanente nos CSP poderia evitar que o cidadão se dirigisse ao Hospital, sem antes contactar o Centro de Saúde da sua zona de residência.

Para evitar que o cidadão recorra à urgência como porta de entrada do SRS, os serviços de saúde na comunidade (CS) tem de estar devidamente equipados.

## 11. Síntese conclusiva

Ao longo do presente relatório, foi possível identificar:

- O quadro histórico e político que levou à criação e implementação do SRS;
- A evolução dos recursos humanos, nas diferentes áreas de intervenção, que consubstanciaram as políticas de Saúde, antes e depois da implementação do Regime autonómico na Região Açores, numa análise regional e por ilha;
- A reorganização dos equipamentos de saúde, que prestam cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares ou diferenciados e cuidados continuados;
- A produção de consultas e de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer nos hospitais;
- A resposta em cuidados continuados e paliativos.

Para além desta caracterização dos recursos existentes, foi possível perceber como funciona a relação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, com especial referência para:

- a necessidade de deslocação dos residentes em ilhas sem hospital;
- as evacuações médicas;
- os exames complementares de diagnóstico por local de prestação.

Relacionado com a realidade do SRS, em termos dos recursos e da oferta de serviços, ficou evidenciado, quer pela análise dos resultados do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, quer pela Relatório de Avaliação da implementação do Plano Regional de Saúde, que:

- o acesso à saúde da população açoriana não depende apenas dos recursos humanos e materiais disponibilizados;
- a saúde é um “output” multidimensional, que deve ser analisado a partir do comportamento individual e coletivo e demais condicionantes ou determinantes sociais, que explicam as escolhas dos cidadãos;
- o nível de saúde de uma comunidade depende mais dos comportamentos preventivos do que dos comportamentos reativos, mesmo que, por esta via se

tenha conseguido reduzir a mortalidade, causada por diferentes patologias, incluindo as oncológicas.

- a prevenção da doença significa ainda a promoção da saúde, individual, com implicações nos hábitos de vida diária, nomeadamente, alimentares, prática da atividade física, bem como a saúde comunitária, incluindo nesse domínio os rastreios e as campanhas pedagógicas, que tem demonstrado serem relevantes para a redução das principais causas de morte que contribuem, no caso da RAA, para uma menor esperança média de vida.
- A participação do cidadão, na gestão da sua saúde, é fundamental. E, nesse sentido, os dados revelam uma maior atividade cooperativa por parte das mulheres, quer ao nível da adoção de comportamentos preventivos, quer em termos de recurso a consultas e, inclusive, no número de reclamações, por exemplo, junto da Provedoria do Utente.
- Para além do género, foi também evidenciada a importância da idade, na compreensão dos principais problemas de saúde que afetam as comunidades insulares. Ilhas mais envelhecidas carecem de uma atenção redobrada, ao nível das doenças crónicas, particularmente as que “matam” mais como são as do foro circulatório e respiratório.

Em resposta a esta variável, sem dúvida que o acesso dos serviços de saúde será tanto mais eficaz, não apenas pela presença da resposta especializada, descentralizada nos meios mais pequenos e junto das populações com doenças crónicas, envelhecidas e/ou mais distantes do SRS, mas também dependendo da qualidade da comunicação e do diálogo estabelecidos entre os profissionais de saúde e os doentes (Cabral e Silva, 2010), uma variável que se aplica não apenas no caso das pessoas mais velhas, mas em relação a qualquer outro cidadão que recorre ao SRS.

- Sem ignorar a importância dos dados económicos, particularmente o investimento do Estado na saúde, na melhoria dos equipamentos e no recrutamento de médicos e enfermeiros, há que ter em conta, não apenas o número de camas disponíveis ou de consultas proporcionadas, mas o acesso dos cidadãos a uma resposta de qualidade. A esse nível, verificamos diferentes indicadores que devem ser tidos em conta:

- A % de utilização das camas hospitalares – revelador da eficácia dos tratamentos, da real urgência no internamento;
- A % de utilização das camas hospitalares, considerada como “internamentos sociais”<sup>130</sup>;
- A % de utentes que, nos serviços de urgência, são triados com a cor verde ou azul, reveladoras de necessidades ao nível de consultas, que podem ser proporcionadas no âmbito dos Centros de Saúde;
- O gasto com exames complementares de diagnóstico ou terapêutica;
- O acesso diferenciado de utentes residentes em ilhas onde não há respostas ao nível de consultas de especialidade ou de serviços complementares, por razões de centralização nos hospitais;
- O recurso a respostas privadas existentes nas ilhas mais pequenas, pagos pelos utentes, para a prestação de serviços (ex. medicina dentária, oftalmologia, etc.) que, se convencionados com o SRS, evitariam a deslocação dos utentes ou o recurso ao pagamento privado;
- Os centros de saúde deveriam poder agir de forma mais abrangente, incluindo proporcionando o acesso a exames complementares de diagnóstico, contribuindo, sempre que necessário, para a segurança do parecer das equipas de saúde que, longe de um hospital, asseguram a resposta aos cidadãos residentes em ilhas mais pequenas

A este propósito, Le Grand (cit. In. Giraldes, 1997:164), ao referir-se ao conceito de equidade em saúde, aponta dois cenários, um em que as disparidades em saúde resultam do facto de os indivíduos, igualmente informados, fazem uma escolha consciente, perante um mesmo conjunto de alternativas em saúde. Neste caso podemos falar de equidade, apesar da diversidade de situações que possam resultar das escolhas efetuadas. Outra situação é aquela em que, as disparidades são resultantes de diferentes condicionantes, ou seja, os indivíduos não partem de um mesmo patamar de informação e capacidade de escolha, o que exige a introdução de medidas de discriminação positiva, por forma a dar resposta a pessoas com necessidades idênticas, mas que, por razões várias, não têm o mesmo acesso às respostas do SRS.

---

<sup>130</sup> Este tópico não pode ser abordado, por falta de informação estatística.

- A contabilização do investimento em Saúde, ao nível dos CSP não pode ser feita com os mesmos critérios do sistema hospitalar. Implica uma análise criteriosa das características de cada comunidade e das suas necessidades específicas;
- O investimento em Saúde, como foi referido no início deste relatório, deve pautar-se por princípios, valores, como a **Equidade e a Eficiência**, técnica ou económica.
  - Em relação à **Equidade**, a gestão do sistema de saúde tem de respeitar os princípios da Governance, nomeadamente, a transparência a *accountability* e o envolvimento ativo dos grupos de interesse (*empowerment*) (Nunes 2005:242). Trata-se de “ter em consideração a aplicação de critérios de justiça processual. Isto é, as escolhas e as decisões nos diversos patamares do sistema de saúde devem ser transparentes, públicas e periodicamente submetidas a um processo de auditoria externa com regras bem definidas. Esta perspetiva da justiça redistributiva, repousando no conceito de *accountability*, permite justificar o alcance e as limitações das diversas decisões no âmbito da saúde. Então, todos os cidadãos têm o direito de conhecer os princípios subjacentes ao processo de tomada de decisão e, mais ainda, de serem parceiros ativos nesse mesmo processo.”
  - Os cidadãos devem participar ativamente, mas para que se promova essa autonomia, é fundamental que se promova o direito à informação, de forma a que possam decidir de forma esclarecida. Como refere Nunes (2005) a *accountability* relaciona-se com transparência e responsabilidade, num sistema de saúde que coloca o cidadão no centro, enquanto pessoa de pleno direito.
- Quanto à **eficiência** há que partir da seguinte premissa: “As necessidades de saúde de uma população serão sempre maiores do que os recursos disponíveis para atender essas necessidades. Recursos limitados precisam de ser usados com prudência e sabedoria, para garantir os melhores resultados possíveis e evitar o desperdício” (Kerasidou, A., 2019).
  - No entanto, como refere a autora, um sistema que se preocupe mais em processar pacientes do que em cuidar deles, retira a humanidade da

relação terapêutica e transforma médicos e pacientes em “robôs” ou num “computador”.

- Para se avaliar da eficiência de um serviço de saúde, não basta aplicar modelos matemáticos, que calculam o número de consultas, tratamentos ou outros procedimentos, como critério de eficiência, mas esquecem o impacto que essas ações têm na saúde dos pacientes/utentes. A eficiência estatística pode por em causa a prática em saúde, ao privilegiar a perspectiva biológica da doença, esquecendo todas as outras dimensões que decorrem da experiência vivida da doença, perceptíveis numa relação empática e compassiva dos profissionais de saúde.
- Agir com empatia e compaixão, significa ter em consideração a pessoa que ocorre ao sistema de saúde, na sua idade, género, condição de vida, percepção do que é saúde e doença, recursos socioeconómicos e experiências vividas anteriormente. Uma pessoa doente não é um órgão afetado; umas análises fora dos parâmetros “esperados”, nem o número de um processo.

Como refere Kerasidou (2019:180) “A eficiência é importante para os sistemas de saúde com financiamento público, mas não deve ser usada como uma forma de excluir outros valores essenciais da prestação de cuidados de saúde de forma acrítica”.

Ao longo deste relatório, a variável “local de residência” constituiu um parâmetro de referência na compreensão da equidade e eficiência do SRS. Concluímos que, ainda agora constitui uma das fragilidades de um sistema de saúde numa região arquipelágica, porque exige, por um lado, reforçar os serviços de proximidade, a prevenção e promoção da saúde e, por outro, garantir respostas especializadas e atendimento em situação de urgência. Assim como a Triagem de Manchester permite identificar situações não urgentes, nos hospitais da Região, enquanto as situações urgentes são rapidamente atendidas, nas ilhas sem urgência hospitalar, a resposta urgente tem de ser proporcionada através da evacuação do doente, um serviço que implica coordenação, meios e condições, nomeadamente ao nível do número de equipas aerotransportadas, das aeronaves e pistas de aterragem.

A defesa e promoção da Saúde numa região insular exige, não apenas um corpo clínico e condições estruturais, mas um sentido de serviço altruísta, não compatível com visões

economicistas, porque uma vida no Corvo ou em São Miguel tem igual valor, quando está em risco.

Encontramos nas palavras de Sakellarides (2012:22), a síntese perfeita do que julgamos ser necessário, para que o SRS seja mais equitativo e mais eficaz na resposta que fornece às necessidades dos cidadãos residentes nas nove ilhas dos Açores.

**É preciso investir na democratização da saúde**, nas suas três dimensões:

- Na **realização dos objetivos** do sistema de saúde que beneficiem todos;
- No **envolvimento dos cidadãos** nos processos deliberativos que realizam aqueles objetivos;
- E na **capacitação das pessoas** para tomarem decisões informadas e inteligentes relativas à sua saúde, à forma como interagem com os serviços de saúde e ao contributo que dão para o desenvolvimento do sistema de saúde de que fazem parte.”

A concluir, julgamos ter correspondido ao desafio lançado pela Procuradoria da Justiça ao pretender conhecer a realidade do Acesso ao Serviço Regional de Saúde na Região Autónoma dos Açores.

Temos consciência que, se nos tivessem sido facultados os dados inicialmente solicitados, de forma atempada, e se, com base nessa informação, bem como o contacto (entrevista solicitada) com os responsáveis pela Política de saúde, atualmente em curso na RAA, ou seja, a Direção Regional de Saúde/Secretaria Regional de Saúde, teríamos podido clarificar zonas de “sombra” que os números nos revelaram, particularmente no que concerne à cobertura de toda a população em respostas especializadas, a execução do Plano Regional de Saúde, no combate às principais causas de morte e particularmente a relação do SRS com o SNS, tópico que só muito superficialmente foi abordado.

Um trabalho desta natureza, com a abrangência dos objetivos inicialmente traçados, requeria maior profundidade nas análises, no entanto, no prazo previsto, praticamente um trimestre, desde a aprovação do contrato de prestação de serviços, até à entrega do Relatório Final (30 setembro 2020), julgamos ter conseguido produzir



um documento que retrata o Serviço Regional de Saúde dos Açores, identificando algumas das suas virtudes e fragilidades, no acesso dos cidadãos a este Serviço.

Acresce-se o facto de, no decurso da realização deste estudo, ter despoletado a crise pandémica (Covid19), que para além dos constrangimentos criados à realização do estudo (contacto direto com informadores), do ponto de vista do Acesso ao SRS merecia, só por si, um outro estudo, que tivesse em conta a resposta dos serviços de saúde, não apenas no âmbito da pandemia, mas de muitas outras áreas de atuação, que tem gerado, por exemplo: adiamentos de consultas, cirurgias e outros exames; afetado a qualidade do atendimento telefónico (não dirigido ao controlo do *Sars cov 2 – Covid19*). Esta “nova” situação, com início em meados de março 2020, já mereceu a apresentação de reclamações junto do Provedor do Utente.

Uma nota final, para lamentar a discrepância dos dados publicados nas várias fontes do Serviço Regional de Estatística (Estatísticas da Saúde; Anuários Estatísticos; Açores em Números; Séries Estatísticas), nem sempre coincidentes com os números publicados no INE, para a RAA ou mesmo no PORDATA.

O cruzamento destas fontes de informação exigiria muito mais tempo de análise pois, eventualmente, estão em causa, bases de dados diferentes, com referência a informação estatística não coincidente.

Um outro reparo, com que nos confrontamos, foi a alteração de critérios e categorias nas publicações regionais, impedindo uma comparação longitudinal mais segura e homogénea. Por outro lado, o facto das consultas de especialidade, realizadas nos centros de saúde, terem deixado de ser contabilizadas por estes, dificultou a continuidade de análise deste indicador a partir de 2013, já que os hospitais não discriminam os dados das consultas de especialidade por ilha.

Registamos o facto de os dados das Estatísticas de saúde estarem em suporte PDF, dificultando a sua utilização e tratamento, situação que foi ultrapassada graças à resposta pronta do SREA quando foram solicitados os dados em folha de cálculo (excel). Este formato, no nosso entender, deveria estar disponível online, como aliás acontece na plataforma do INE.

Muito mais poderia ser aprofundado, a partir da informação contida neste relatório, mas esperamos que, a versão final agora entregue, possa contribuir para um maior e melhor conhecimento do SRS e, por ventura, indiretamente, para a melhoria da resposta aos cidadãos, na defesa do Direito inalienável à Saúde, de todos os residentes nos Açores.

### ***Agradecimentos***

Agradecemos publicamente ao Diretor Regional do Serviço Regional de Estatística, Dr. Augusto Elavai, a forma pronta e rápida com que providenciou o acesso às Estatísticas de Saúde, em suporte excel, disponíveis na base de dados do SREA (Serviço Regional de Estatística), que em muito contribuíram para uma análise da informação mais rápida e eficaz.

Agradecemos, reconhecidamente, à Dra. Isabel Cácio (Ordem dos Médicos), ao Dr. Carlos Arruda (Provedor do Utente da Saúde), ao Dr. Rui Bettencourt (Responsável pela Unidade de Deslocações e Evacuações dos Açores/UDEA) e ao Enfermeiro Pedro Soares (Presidente do Conselho Diretivo da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros) a disponibilidade para a realização de entrevistas, cujo conteúdo foi de extrema importância, para o esclarecimento de dúvidas e/ou validação de conclusões, decorrentes da leitura dos dados.

**Ponta Delgada**

**29 setembro de 2020**

**Piedade Lalanda**

**(Prof. Coordenadora da UAc**

**CICS-Nova-UAc/CICS-UAc)**

## Referências bibliográficas

*A saúde dos portugueses – perspetiva 2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde – consultado em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>

Alves, F. (2013), *Saúde, Medicina e Sociedade – uma visão sociológica*. Lisboa: Ed. Pactor

Antunes, R. (2010), “Classes sociais e a desigualdade na saúde”. Lisboa: CIES (*e-Working paper nº85/2010*), consultado em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1610/1/CIES-WP85%20Antunes.pdf>

Antunes, R. (2011), *Desigualdades na vida e na morte, Saúde, Classes Sociais e Estilos de Vida*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: ISCTE.IUL (Novembro). Consultado em [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6204/1/Tese\\_Dout\\_Final\\_Setembro\\_2012.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6204/1/Tese_Dout_Final_Setembro_2012.pdf)

Barreto X., Correia J. P. & Cunha O. (Coord.) (2014), *Mortalidade infantil – evolução dos indicadores e fatores associados de 1988-2008*. Lisboa: Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barros, P. P. (2013), *Pela sua saúde*, Lisboa: Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Bicho, F. (1926), *Organização dos Serviços Sanitários em Portugal*. Porto: Tipografia “O progresso”, consultado em <https://hdl.handle.net/10216/17675>, em Julho 2020.

Boquinhas, J.M. (2012), *Políticas e Sistemas de Saúde*, Coimbra: Ed. Almedina.

Cabral, M. V. (coord.) (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal – usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cabral, M.V. & Silva, P. A. (2010), *A adesão à terapêutica em Portugal – atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Ed. Imprensa de Ciências Sociais.

Campos, A. (2008), *Reformas da Saúde – o fio condutor*, Coimbra: Ed. Almedina.

Campos, A. C. (2008), *Reformas da saúde – o fio condutor*, Coimbra: Ed. Almedina

Campos, A. C. & Simões, J. (2011), *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*, Coimbra: Ed. Almedina

Capelas, M. & Coelho, S. (2014). “Pensar a organização de Cuidados Paliativos”, in *Revista de Cuidados Paliativos*, vol.1 nº1 (março), pp.17-20.

Carmo, I. (org.) & alter (2012), *Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Coimbra: Ed. Almedina.

Craveiro, D. (2012), “Desigualdades sociais na saúde e envelhecimento: contributos teóricos e desafios empíricos”, in Delerue Matos, A. e Schouten M.J. (orgs.) *Saúde – sistemas, mediações e comportamentos*. Lisboa: Ed. Húmus, pp. 13-28

Espanha, R., Ávila P. & Mendes R.V (2016) *Relatório Síntese – Literacia em Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/CIES-IUL. Consultado em <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/> a 20 Agosto 2020.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*, Oeiras: Celta Editores.

Fernandes, A.C. (coord.) (2011), *Inovação e sustentabilidade em saúde – equação impossível?* Lisboa, Ed. Diário de Bordo (Cadernos Saúde e Sociedade).

Giraldes, M. R. (1997), *Economia da saúde – da teoria à prática*. Lisboa: Editorial Estampa.

Giraldes, M.R. (2003), *Sistema de saúde versus setor privado em Portugal*. Lisboa: Editorial Estampa.

*Health in a Glance* (2019), consultado em <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>, em Agosto 2020

Harfouche, A. P. J. (2012). *Opções políticas em Saúde – efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Ed. Almedina.

*Inquérito Nacional de Saúde* (2014) – INE, consultado em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&), em Maio 2020

*Inquérito Regional de Saúde* (2014) – Direção Regional de Saúde/Instituto Dr. Ricardo Jorge (Agosto 15) consultado em: <https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf>, Maio 2020.

*1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame físico (INSEF, 2015)*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - *Estado de Saúde*. INSA IP.

*1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame físico (INSEF, 2017)*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - *Determinantes de Saúde*. INSA IP.

1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame físico (INSEF, 2017). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Cuidados Preventivos. INSA IP.

Kerasidou, A. (2019), “Empatia e Eficiência em Saúde em Tempos de Austeridade”. *Health Care Anal*, 27, pp.171–184. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00373-x>, consultado a 21 setembro 2020.

Lalanda, M. E., Machado M.G., Raposo M.M. & Machado, M. M. (2009), *Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada: sua história e estórias*. Ed. Universidade dos Açores: Escola Superior de Enfermagem.

Lopes, D., Castro, E.A. & Simões, J. (2018), *Saúde 2040 – planeamento de médicos e enfermeiros em Portugal*. Coimbra: Ed. Almedina.

Loureiro, I. & Miranda N. (2018), *Promover a Saúde – dos fundamentos à ação* (3ª ed.), Coimbra: Ed. Almedina.

Macedo A. & Reis, A. (2011), *A Saúde não tem preço, mas tem custos*. Lisboa: Ed. Sílabo.

Matos, A. D. & Schouten, M. J., *Saúde – sistemas, mediações e comportamentos*. Lisboa: ed. Húmus.

Nazareth, J. M. (2016). *Demografia, a ciência da população* (5ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Nogueira, H. & Remoaldo, P. (2013), “Variações e desigualdades socioterritoriais em Saúde”, in Nogueira, H. e Remoaldo, P. (Coord.), *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde*, Lisboa: Ed. Colibri.

Nunes, J. A. (2012) “A saúde na crise: o que está em jogo”, in Carmo, I. (org.), *Serviço Nacional de Saúde em Portugal – as ameaças, a crise e os desafios*, Coimbra: Ed. Almedina/Le Monde Diplomatique, pp. 79-84

Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: Ed. MacGraw Hill.

Nunes, R. (2005), *Regulação da saúde*. Porto: Ed. Vida Económica.

Pereira D., Nascimento J.C. & Gomes R. (2011). *Sistemas de Informação na Saúde – perspectivas e desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo.

Petronilho, F. (2012), *Autocuidado – conceito central em Enfermagem*. Coimbra: Ed. Formasau.

*Plano Nacional para a Literacia em Saúde* (2019) – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Lisboa: Edição da Direção Geral da Saúde. consultado em

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>. Consultado em Setembro 2020.

*Plano Regional de Saúde 2014-2016 – extensão a 2020*, Região Autónoma dos Açores: Secretaria Regional da Saúde.

#### **Relatórios e contas dos Hospitais da RAA**

- Relatório e Contas do HDES – <https://www.hdes.pt/publicacoes/contas?q=contas>;
- Relatório e Contas do HSEIT - <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/HSEIT.htm/> - <https://www.hseit.pt/>
- Relatório e Contas do HH - <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/vp-drot/textoTabela/SPER-List - Hospital da Horta.htm/> - <http://hospitalhorta.pai.pt/>

*Relatórios da Primavera* (2015,2018,2019) – Edição do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Centro de estudos e investigação em saúde da Universidade de Coimbra, Universidade de Lisboa/Faculdade de Farmácia)

*Relatório de Avaliação Intercalar do Plano Regional de Saúde* (2018), consultado em [http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/1103690/RelatorioavaliaointercalarPRS\\_final.pdf](http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/1103690/RelatorioavaliaointercalarPRS_final.pdf), em julho 2020

Relatório do Registo Oncológico Regional dos Açores (RORA), (2015), Centro Oncológico dos Açores – José Conde, Angra do Heroísmo, consultado em <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/3F1640F8-D395-4432-B9D5-5E913AE74275/842998/RELATRIORORAhighres.pdf>, em 4 setembro 2020.

*Retrato da Saúde* (2018) – Ministério da Saúde , consultado em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf), em junho 2020.

Rocha G., Ferreira E. & Mendes D. (2011), *Entre dois mundos*. Ponta Delgada: Ed. Nova Gráfica.

Sakellarides, C. (2012), “Da resposta ao “choque económico e social” em curso à necessidade de um novo contrato social na saúde. Breves reflexões.” In Carmo, I.(org.), *Serviço Nacional de Saúde em Portugal – as ameaças, a crise e os desafios*. Coimbra: Ed. Almedina/Le Monde Diplomatique, pp.15-30.

Serapioni, M. & Matos A. R. (orgs.) (2014), *Saúde, Participação e Cidadania – experiências do sul da Europa*, Coimbra: Ed. Almedina.

Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Ed. Almedina.

Silva L.F, Augusto A., Backstrom B. & Alves F. (2013), “Desigualdades sociais e Saúde”, in Alves F. (coord.), *Saúde, Medicina e Sociedade – uma visão sociológica*, Lisboa: Ed. Pactor, pp. 25-45.

Soares, H.M. (2010) “*Cuidar de Doentes deslocados – um estudo das dinâmicas familiares de doentes deslocados, por períodos de longa duração, beneficiários do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores*”, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa: ISCTE-IUL (Orientador, Prof. Doutor Francisco Branco), Outubro.

Consultado

em

<https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/3859/1/Cuidar%20de%20Doentes%20Deslocados%20Um%20estudo%20das%20din%C3%A2micas%20familiares%20de%20doentes%20deslocados%2C%20por%20per%C3%AD.pdf>, a 15 setembro 2020.

Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*, Coimbra: Ed. Almedina.

Vieira da Silva, M. “Políticas públicas de saúde” in Rodrigues, M. L. & Silva, P.A. (Coord.) (2012), *Políticas Públicas em Portugal*. Lisboa: INCM e ISCTE/IUL. (Cap. 8 Saúde), pp.281-309.

Wilkinson R. (2002). *L'inégalité nuit gravement à la santé*. Paris: Ed. Cassini.

#### **Bases de dados e outras fontes**

*PORDATA* – Base de dados – Portugal Contemporâneo – FFMS – <https://pordata.pt>

*INE* – Instituto Nacional de Estatística- <https://www.ine.pt>

*SREA* - Serviço Regional de Estatística/INE- <https://srea.pt>

*JO* – Jornal Oficial da RAA – <https://jo.azores.gov.pt>

*DR* – Diários da República – <https://dre.pt>

*Portal do Governo Regional dos Açores* – <https://azores.gov.pt>

## Anexos

### Anexo 1 – mensagens enviadas ao Gabinete da Direção Regional de Saúde

Aida MD. Palma <aida.md.palma@azores.gov.pt>  
qui, 06/08/2020 11:53

- Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano

Exma. Sr.ª Dr.ª Piedade Lalanda

Queira desde já aceitar as nossas mais sinceras desculpas pela demora na resposta, contudo até ao momento não foi possível agendar a reunião pretendida.  
Relativamente ao dados solicitado, informo que estão a ser apurados pelo que será contactada num período que se espera breve.

Com os melhores cumprimentos,  
**Aida Vaz**  
Secretária Pessoal do Diretor Regional da Saúde

---

Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano  
qui, 06/08/2020 09:22

- aida.md.palma@azores.gov.pt

Exma. Direção Regional da Saúde  
Na sequência do pedido de informação que se reencaminha, e por não ter obtido qualquer resposta até ao momento, agradeço que me informem se a informação solicitada se encontra disponível ou não e, no caso de ter de fazer o pedido a outra entidade, a que serviços ou pessoas me devo dirigir.  
Solicitei informação ao SREA e, de acordo com a resposta obtida, estes dados não se encontram disponíveis naquele serviço.  
Com os melhores cumprimentos e agradecimentos antecipados.  
Piedade Lalanda  
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde/Universidade dos Açores  
Contacto: 967451297

---

Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano  
qui, 16/07/2020 11:20  
Para:

- aida.md.palma@azores.gov.pt

Bom dia  
Cara D. Aida Palma

Antes de mais, desculpe estar a insistir, mas, como não tive resposta à mensagem anterior e, considerando que vou estar amanhã em A.Heroísmo, gostaria de saber se há alguma possibilidade de contactar a D.R. Saúde, conforme solicitei anteriormente.  
Agradeço a sua resposta para me poder organizar.  
Com os melhores cumprimentos



Piedade Lalanda

---

Maria da Piedade Lima Lalanda Gonçalves Mano

sex, 03/07/2020 17:15

Para:

- [aida.md.palma@azores.gov.pt](mailto:aida.md.palma@azores.gov.pt)

Exma. Sra. Aida Palma

(secretária do Exmo. Diretor Regional da Saúde

Enfº Tiago Lopes

Na sequência do contacto telefónico, venho solicitar a V. Exa. que, junto do Sr. Diretor Regional, possa avaliar da possibilidade de me ser dado acesso a um conjunto de informações, necessárias para a realização do Estudo sobre o Acesso à Saúde na Região Autónoma dos Açores, que foi solicitado ao Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade dos Açores pela Provedoria da Justiça (Provedor Dr. João Batista), e do qual sou a Investigadora Responsável.

Tendo já consultado muitos dos dados publicados, nomeadamente nas Estatísticas de Saúde e outros, disponíveis online, ficaram a descoberto as seguintes áreas:

- Evacuações sanitárias (2000-2019)/por ano/ilha/motivo;
- Deslocações de médicos inter-ilhas por especialidade (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Internamentos de doentes oriundos de outras ilhas, por Hospital da RAA (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Internamentos em Cuidados continuados/concelho/ilha (2013-2019);
- Deslocações de profissionais de saúde do continente (médicos) por área de especialização e Hospital (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Mobilizações de doentes entre Açores e Continente por área de especialidade e ilha de origem do doente (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Internamentos sociais (idosos ou pessoas dependentes que não encontram vaga em cuidados continuados ou lares) (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Dados sobre o consumo de medicamentos/ilha (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Dados sobre Saúde mental, nomeadamente, taxa de suicídio; doentes internados em unidades de saúde mental (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação);
- Informação sobre consultas por telemedicina (por ilha e especialidade) - (preferencialmente 2000 - 2019 ou nos anos em que for possível obter informação).

Agradeço qualquer outra informação que possam facultar sobre o funcionamento do sistema de saúde regional que, não estando publicada, considerem de relevância.

Considerando que vou estar na ilha Terceira no dia 17 e 18 julho (p.f.), gostaria de saber se há alguma possibilidade de contactar com algum técnico, que esteja familiarizado com esta informação estatística, na tarde do dia 17 (sexta-feira), uma vez que espero estar disponível por volta das 14h30.

Quanto à informação solicitada, podemos equacionar várias formas de aceder, inclusive, em suporte papel (fotocópias ou digitalização).

Fico ao vosso dispor e agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Piedade Lalanda

*Professora Coordenadora /Escola Superior de Saúde/Universidade dos Açores*

## Anexo 2 – ajuste direto 4/2020 – Procuradoria da Justiça – Fundação Gaspar Frutuoso



PROVEDORIA DE JUSTIÇA

20.JUL.2020 001269

À Fundação Gaspar Frutuoso  
A/C Senhora Dra. Nélia Ferreira  
nelia.mf.ferreira@uac.pt

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência  
Proc.

Assunto: Procedimento por ajuste direto n.º 4/2020 de aquisição de serviços para realização de estudo: «Acesso à Saúde na Região Autónoma dos Açores». Notificação de adjudicação.

Nos termos e para os efeitos previstos no n.º 1 do artigo 73.º do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29.01, na última redação dada pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31.08, notifico que por meu despacho de hoje foi adjudicada a essa entidade a aquisição referente ao procedimento identificado em epígrafe, única proposta apresentada.

De acordo com o previsto no artigo 81.º do CCP, e conforme indicado no respetivo convite, deverão ser enviados através de correio eletrónico para a morada [expediente@provedor-jus.pt](mailto:expediente@provedor-jus.pt), no prazo de 2 (dois) dias úteis, os documentos de habilitação a seguir indicados, emitidos pelas entidades competentes:

1. *Declaração a que se refere a alínea a) do n.º 1 do indicado artigo 81.º, em anexo (Anexo II);*
2. *Certidão comprovativa de que essa entidade tem a sua situação regularizada relativamente a contribuições para a Segurança Social em Portugal;*
3. *Certidão comprovativa de que essa entidade tem a sua situação regularizada relativamente a impostos devidos em Portugal;*
4. *Certificado do registo criminal comprovativa de que essa entidade e os titulares dos seus órgãos sociais de administração, direção ou gerência não foram condenados por sentença transitada em julgado por qualquer crime que afete a sua honorabilidade profissional;*
5. *Certificado do registo criminal comprovativa de que essa entidade e os titulares dos seus órgãos sociais de administração, direção ou gerência não foram condenados por alguns dos seguintes crimes:*
  - i) *Participação numa organização criminosa, tal como definida no n.º 1 do artigo 2.º da Decisão-Quadro 2008/841/JAI do Conselho, de 24.10.2008;*
  - ii) *Corrupção, tal como definida no artigo 3.º da Convenção relativa à luta contra a corrupção em que estejam implicados funcionários da União Europeia ou dos Estados-Membros da União Europeia e no n.º 1 do artigo 2.º da Decisão-Quadro 2003/568/JAI do Conselho, de 22.07.2003, e nos artigos 372.º a 374.º-B do Código Penal;*
  - iii) *Fraude, na aceção do artigo 1.º da Convenção relativa à Proteção dos Interesses Financeiros das Comunidades Europeias;*
  - iv) *Branqueamento de capitais ou financiamento do terrorismo, tal como definidos no artigo 1.º da Diretiva n.º 2015/849, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20.05.2015, relativa à prevenção da utilização do sistema financeiro para efeitos de branqueamento de capitais ou de financiamento do terrorismo;*
  - v) *Infrações terroristas ou infrações relacionadas com um grupo terrorista, tal como definidas nos artigos 3.º e 4.º da Diretiva n.º 2017/541, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15.03.2017, relativa à luta contra o terrorismo, ou qualquer infração relacionada com atividades terroristas, incluindo cumplicidade, instigação e tentativa, nos termos do artigo 14.º da referida diretiva;*
  - vi) *Trabalho infantil e outras formas de tráfico de seres humanos, tal como definidos no artigo 2.º da Diretiva n.º 2011/36/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 05.04.2011.*



Rua do Pau de Bandeira, 9 1249-088 Lisboa  
correio eletrónico: [provedor@provedor-jus.pt](mailto:provedor@provedor-jus.pt)



213926600 Fax: 213926643  
<http://www.provedor-jus.pt>



PROVEDORIA DE JUSTIÇA

De acordo com o previsto nos artigos 100.º e 101.º do CCP, mais se anexa a minuta do contrato a celebrar para que, na qualidade de adjudicatário, a aceite expressamente ou, sendo caso disso, apresente reclamação à mesma no prazo de 2 (dois) dias úteis a contar da presente notificação.

Sendo a minuta do contrato expressamente aceite, ou não havendo reclamação à mesma, e apresentados os documentos solicitados, ao abrigo da alínea b) do n.º 3 do artigo 104.º do mesmo diploma, a assinatura do contrato será a realizar por meios eletrónicos após o prazo de 3 (três) dias úteis.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretário-Geral

(Luís Faustino)

**Anexo:** Anexo II.