



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

A ineficiência das Unidades Locais de Saúde e um novo modelo, mais efetivo, de integração de cuidados – os Sistemas Locais de Saúde

As Unidades Locais de Saúde, EPE:

O surgimento do modelo organizacional das Unidades Locais de Saúde, Entidade Pública Empresarial (ULS, EPE) data dos anos 90 e, até à atualidade, foram criadas oito ULS, EPE no país. De acordo com o legislado, o seu objetivo consiste em: «melhorar a interligação dos cuidados de saúde [...] através de uma prestação e gestão integrada de todos os níveis de cuidados de saúde» ([Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro](#)).

No entanto, estudos realizados sobre este modelo organizacional não demonstraram impacto positivo ao nível clínico, de saúde, económico e financeiro e, inclusivamente, verificou-se elevado número de queixas, aumento da recorrência ao serviço de urgência, aumento dos tempos de internamento e dos custos com medicamentos e aumento das listas de espera (referências 1, 2 e 3).

Apesar disto, a Direção Executiva do SNS (DE-SNS) anunciou recentemente a criação de quatro novas ULS, EPE, afirmando que este modelo permitirá obter «relevantes ganhos em saúde, através da otimização e integração de cuidados, da proximidade assistencial, da autonomia de gestão, do reforço dos cuidados de saúde primários, sempre com o foco nos utentes», ignorando os estudos existentes e sem promover uma avaliação rigorosa e credível, cujos resultados permitiriam uma decisão consubstanciada.

O modelo organizacional das ULS, EPE nada mais é do que a integração vertical dos cuidados de saúde primários e hospitalares num único conselho de administração, à margem da real integração de cuidados, centrados em pessoas, e excluindo os cuidados continuados e paliativos. Ainda mais, secundariza os cuidados de saúde primários, a prevenção da doença e a promoção da saúde, perpetuando a cultura hospitalocêntrica.

As ULS, EPE ignoram as particularidades dos diferentes níveis de cuidados que, apesar de terem como finalidade comum a saúde, têm natureza e missão distintas aos quais devem corresponder modelos de organização e autonomia financeira próprias. As ULS, EPE também não constituem resposta aos problemas basilares do SNS – falta de médicos, afluência excessiva aos serviços de urgência ou listas de espera para cirurgias e consultas hospitalares.

Em contraponto às ULS, EPE existem outros modelos de organização do SNS, inclusivamente consagrados no Estatuto do SNS ([Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto](#)), que são os Sistemas Locais de Saúde (SLS) e que constituem «estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, realizam atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações e para a redução das desigualdades em saúde», e que «visam contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população numa lógica de proximidade e trabalho em rede, de integração de cuidados e de foco na melhoria do bem-estar das pessoas».

Uma política integradora de cuidados de saúde:

A FNAM defende uma política de saúde que se baseie na prestação de cuidados de saúde integrados centrados em pessoas e não na conglomeração em serviços, que inclui:

1. Capacitação e decorrente participação qualificada dos cidadãos e da comunidade mediante programas de intervenção em literacia em saúde e promoção da decisão partilhada, assente na criação de Sistemas Locais de Saúde (SLS);
2. Uma governação inclusiva e transparente, que faz o melhor uso dos recursos disponíveis para assegurar os melhores resultados possíveis, com políticas de saúde adequadas à população em particular. Esta governação inclui, invariavelmente:
 - a. Uma governação clínica, liderada por médicos – o garante das necessidades da população;
 - b. Uma verdadeira responsabilização dos gestores, que implica responderem pelas decisões tomadas, serem transparentes sobre o seu desempenho e prestarem contas;
3. Uma reorientação do modelo de cuidados, que permita uma prestação mais eficiente e mais eficaz – isto implica uma priorização dos cuidados de saúde primários e na comunidade, com mudança do paradigma hospitalocêntrico para

os cuidados preventivos, que incluem a promoção da saúde e a prevenção da doença e o bem-estar da população, mediante:

- a. Um investimento nas políticas de saúde pública;
 - b. A existência de uma estrutura consistente de prestação de cuidados de saúde primários (Agrupamentos de Centros de Saúde redimensionados e com autonomia financeira) que garantam o acesso universal à saúde, focados na prevenção da doença e promoção da saúde;
4. A coordenação dos serviços em todos os sectores, com desenvolvimento de sistemas de referenciação entre os cuidados de saúde e outros sectores, com ênfase para os determinantes sociais de saúde;
- a. A coordenação não significa necessariamente fundir as diferentes estruturas ou serviços, mas sim melhorar a prestação de cuidados através da harmonização de processos e informação entre os diferentes serviços;
5. A criação de um ambiente propício para a mudança, que envolva liderança e uma política gestonária, sistemas de informação, metodologias para melhorar a qualidade, capacitação dos profissionais de saúde, mudanças legislativas, financiamento e incentivos;
- a. Os profissionais de saúde devem ser organizados em equipas e suportados em processos de trabalho adequados, papéis e expectativas claras, normas clínicas, oportunidades de formação, salários justos, ambiente de trabalho adequado e incentivos.

Note-se que a saúde de uma comunidade não é garantida apenas com a prestação direta de cuidados de saúde – outros fatores (económicos, sociais, educacionais e ambientais) são relevantes para a obtenção dos melhores resultados em saúde. Esta interconexão é apenas possível através do desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde e de prevenção da doença e medem-se em anos de vida ganhos com melhor qualidade de vida para os cidadãos.

O SLS é a estrutura cujo conceito remete para o ponto de encontro de todos os atores que integram a promoção da saúde, permitindo majorar a utilização dos recursos, evitando o desperdício e colocando os meios onde eles são efetivamente mais necessários, assim como obter os melhores resultados em Saúde através da efetiva integração de todos os níveis de cuidados, como sejam as atividades de promoção da Saúde e de prevenção da doença, os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, os cuidados continuados e paliativos e o apoio social e comunitário de doentes e famílias.

Esta forma de organizar o sistema de saúde de um país está atualmente a ser executada no Reino Unido, ao abrigo do [Health and Care Act 2022](#), através da divisão do território em 42 regiões a que se deu o nome de *Integrated Care Systems* (IHS; equivalente aos SLS) e que foi apresentada como a reforma fundamental do serviço público de saúde em resposta à acentuada degradação dos resultados obtidos pelo *National Health System* após a aplicação justamente do formato organizativo correspondente às ULS, EPE.

Em Portugal, os dados são paradigmáticos do impacto dos determinantes da saúde na saúde da população: cerca de 1/3 de todas as mortes são devidas a fatores comportamentais ou ambientais (tabaco, álcool, obesidade, sedentarismo, poluição atmosférica); apenas 50,2 % da população com mais de 16 anos avalia como bom ou muito bom o seu estado de saúde (média europeia: 69,5 %), 44 % refere ter uma doença crónica (*vs.* 35 %) e 34 % refere que se sente limitado na sua atividade diária; a esperança média de vida é de 81,1 anos – em 19,3 anos de aumento do tempo de vida, apenas 7,9 serão anos de vida saudável; e maiores níveis educacional e económico, idade e emprego estão relacionados com aumento da sobrevivência.

Os Sistemas Locais de Saúde:

Os SLS surgem como resposta a estas desigualdades, ao preconizar a intervenção numa estrutura que possa coordenar o seu trabalho com o das instituições prestadoras de cuidados de saúde, em todos os seus níveis, e poderá obter os melhores ganhos em saúde. Estas estruturas, pela sua composição, tendo em atenção as múltiplas entidades que nelas participam, constituem a interface mais adequada entre as orientações políticas globais de Saúde e as comunidades a quem estas se irão aplicar. São elas que podem identificar com maior acuidade as desigualdades existentes a nível local e regional e que permitem definir as melhores soluções para as combater, através da elaboração das estratégias locais de Saúde. São elas igualmente que garantem a democraticidade e a participação dos cidadãos em questões tão relevantes como a gestão dos serviços, a garantia do acesso e da qualidade dos cuidados prestados e a prestação de contas dos responsáveis pela utilização dos recursos e resultados obtidos.

Assim, a FNAM exprime o seu repúdio pela criação de novas ULS, EPE, em prejuízo de um verdadeiro investimento no SNS, investimento esse que deverá assentar na garantia do acesso universal aos cuidados de saúde primários, e que, no presente assenta na implementação dos SLS.

Referências:

1. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. 2015
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf
2. Cruz, João et al. Unidade local de saúde: Um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde. ESEnfC. 2022
<https://app.box.com/s/n9ga7s6voiv6b3qaxk1kjoybjhvecqjo>
3. Cruz, João et al. Unidades Locais de saúde – ganhos económicos e ganhos em saúde – uma revisão sistemática da literatura. Gestão Hospitalar. 2022
<https://app.box.com/s/f2c4wjwxmek442wl6rnwvozvbnxbirp>

Grupo de Trabalho «ULS» do Conselho Nacional da FNAM

António Faria Vaz

António Rodrigues

Bernardo Vilas Boas

Carla Meira

Guida da Ponte

Ivo Reis

Jorge Almeida

Jorge Espírito Santo

Mariana Neto

Mário Jorge Santos

Marta Salgado

Rosa Ribeiro

Sérgio Esperança

Zita Gameiro

11 janeiro 2023