

Crise e volume de internações hospitalares em Portugal

Crisis and volume of hospital admissions in Portugal

Alexandre Morais Nunes

Doutor em Administração da Saúde (Universidade de Lisboa | ISCSP)

Professor Auxiliar Convidado na Universidade de Lisboa | Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, Portugal

Investigador do CAPP - Centro de Administração e Políticas Públicas

E-mail: anunes@iscsp.ulisboa.pt

Resumo

O elevado volume de internações em Portugal, ao longo dos anos, gerou elevados gastos para o sistema de saúde português que poderiam ter sido evitados. A promoção da assistência em ambulatório sempre foi um dos principais objetivos dos governos portugueses, mas que nunca foi concretizado. Contudo, em 2011, em plena crise econômica, a intervenção externa do Fundo Monetário Internacional e da Comissão Europeia obrigaram o país a adotar medidas concretas para reverter essa situação. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto das reformas implementadas no período de crise econômica portuguesa decorrido entre 2011 e 2015 que objetivaram a promoção da assistência ambulatorial nos hospitais. Como principais conclusões verificou-se uma redução do número de internações (em 2,9%) e um aumento do número de primeiras consultas hospitalares (em 11,8%).

Palavras-chave: Sustentabilidade; Assistência hospitalar; Gastos em saúde.

Abstract: The high volume of hospitalizations in Portugal, over the years, has generated high expenses for the Portuguese health system that could have been avoided. The promotion of outpatient care has always been one of the main objectives of Portuguese governments, but has never been implemented. However, in 2011, in the midst of an economic crisis, the external intervention of the International Monetary Fund and the European Commission forced the country to adopt concrete measures to reverse this situation. This study aimed to evaluate the impact of the reforms implemented in the period of Portuguese economic crisis between 2011 and 2015 that aimed at promoting outpatient care in hospitals. The main conclusions were a reduction in the number of hospitalizations and an increase in the number of first hospital visits.

Keywords: Sustainability; Hospital care; Health expenditures.

Introdução

O sector da saúde, em comparação com outros setores, assumiu em Portugal, desde a criação em 1979, do Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma posição de grande visibilidade junto

da população, com impacto positivo em toda a sociedade.¹

Ao longo dos anos o direito, perante o caráter universal (para todos os cidadãos), geral (em todos os tipos de cuidados e patologias) e gratuidade (para cerca de 60% da população se encontra isenta do pagamento de taxas moderadoras na saúde), verificou-se um rápido e elevado crescimento da despesa pública em saúde, com particular destaque para o gasto com os hospitais, que consomem mais de 50% do total de despesa em saúde.^{2,3}

O crescimento da despesa ocorreu, por um lado, devido ao aumento do recurso aos cuidados de saúde hospitalares, particularmente no que diz respeito às emergências e internações que poderiam ser evitadas, caso existisse uma maior adesão dos pacientes às unidades de proximidade existentes na atenção primária à saúde². Toda essa elevada despesa com os cuidados de saúde hospitalares tem gerado uma especial atenção por parte dos sucessivos governos e comprometido a sustentabilidade do sistema de saúde².

No âmbito do SNS, os hospitais são as unidades que mais consomem recursos. Em parte, esta é uma questão cultural, na medida em que as unidades hospitalares são vistas pelos usuários como instituições centrais de grande valor na assistência e que têm uma alta capacidade resolutiva, que lhes permite satisfazer as suas necessidades, sendo por isso assumidos como instituições de referência.^{3,4} Existe a crença que as alterações no estado de saúde apenas serão bem diagnosticadas e tratadas no hospital, o que menosprezou durante muitos anos a assistência e a grande importância das unidades da atenção primária à saúde em todas as suas vertentes, desde a prevenção da doença, a promoção da saúde e as ações curativas.⁵

Em Portugal, a oferta hospitalar de facto é rica, dispondo de uma porta aberta (serviço de urgência) e de um conjunto de atividades de fácil acesso, como consultas, cirurgias, internações e exames de diagnóstico.³

A produção hospitalar é avaliada de acordo com duas grandes linhas: a internação

e o atendimento em regime de ambulatorial. No entanto, de acordo com as orientações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as linhas de atividade têm sido estruturadas em termos de internamentos, cirurgias, urgências, consultas externas e hospital dia.^{6,7} Pelo exposto, nos últimos anos foram propostas várias soluções que almejavam a reforma do SNS português, com o objetivo de simplificar o acesso e de o tornar mais eficiente sem pôr em causa a qualidade, entendida sempre como condição prévia e necessária. Esse fato levou os governos a repensarem as suas políticas de saúde e o desenvolvimento de estratégias inovadoras na busca de maior eficiência, eficácia e efetividade mas nunca atingindo seus objetivos.⁸

No entanto, no ano 2011 iniciou-se um período de crise econômica em Portugal e foi necessária uma intervenção externa do Fundo Monetário Internacional, do Banco Central Europeu e da Comissão Europeia. Nesse seguimento, o país assinou um compromisso (conhecido como Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica), no qual foram acordados um conjunto de medidas a implementar com o objetivo de: reduzir as ineficiências e reduzir os custos operacionais dos hospitais; aumentar a eficiência e eficácia para o SNS, com uma utilização racional dos serviços e um controlo efetivo de custos, e reduzir a despesa com medicamentos e com custos operacionais dos hospitais.⁹

A redução das urgências hospitalares e da internação evitável (devida ao agravamento do estado de saúde, que poderia não ocorrer caso ocorresse um acompanhamento do paciente) e a promoção da atenção primária à saúde como porta de entrada no sistema de saúde é um desígnio há muito procurado, mas que tem demorado muito tempo a ser entendido pela população por mais reforço que se faça.

A preocupação gerada em torno do elevado número de internações implica riscos acrescidos para os próprios pacientes, como por exemplo o risco de infeções ou outros problemas não relacionados com o diagnóstico principal que teve na origem da internação, como também pelos elevados encargos associados a cada episódio nas

diversas especialidades médicas, particularmente nos casos de internações não urgentes que poderiam ser evitadas e das admissões via serviço de urgência, que têm ainda custos superiores.¹⁰

Segundo a literatura, a admissão de um paciente pelo serviço de urgência é um dos fatores que mais prejudica a sustentabilidade dos sistemas de saúde públicos,¹¹ o que por sua vez justifica a pertinência do presente estudo que objetivou a análise do impacto da crise econômica na variação do número de internações realizadas nos hospitais portugueses e do número total de primeiras consultas, no período de 2010 a 2016.

Metodologia

Num primeiro momento, com recurso à pesquisa documental (relatórios, documentos e Portal do SNS) foi realizada a análise dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, entre 2010 e 2015, relativamente ao número total de internações, ao número de internações urgentes (considerando a percentagem de admissões nos serviços de urgência que deram origem à internação). Em complemento procedeu-se à análise evolutiva da atividade assistencial em termos de consultas de especialidade hospitalar para o mesmo período de tempo, considerando o total de consultas e diferenciando as primeiras consultas de especialidade.

Em relação à internação, no presente estudo, foram levados em consideração os episódios em função do número de pacientes com alta e da média do tempo de internação observada. Quanto ao regime ambulatorial, refira-se que, no caso das consultas externas, a unidade de medida utilizada foi o número total de consultas. O quadro seguinte apresenta, em detalhe, algumas definições/características consideradas em cada uma destas relações estabelecidas.

Tabela 1 - Caracterização das variáveis do estudo

Num segundo momento, com recurso ao coeficiente de Pearson verificou-se se existiria uma correlação significativa entre o comportamento evolutivo do número de internações e de consultas externas nos hospitais do SNS.

Resultados e Discussão

As internações realizadas nos hospitais do SNS mostrou uma tendência de redução a partir do ano 2011, que estabilizou nos anos 2014 e 2015.

Figura 1 - Número total de internações registados nos hospitais do SNS, entre 2010 a 2015.

No total de internações, se destacaram aquelas que tiveram a sua origem num episódio de emergência (internação não programada). A figura 2 apresenta os resultados evolutivos para as internações programadas e não programadas.

Figura 2 - Número total de internações programadas vs não programadas registadas nos hospitais do SNS, 2010 a 2015.

Em função dos dados coletados, observa-se um ligeiro aumento no número de internações não programadas no ano 2011, que estabilizou nos anos seguintes (2011 a 2015). No entanto, destaca-se que apesar de ter diminuído ligeiramente (-0,5%), entre 2010 e 2015, manteve valores elevados de 64%.

Em contrapartida à redução global do número de internações hospitalares, registou-se um crescimento no número total de consultas externas, em que se demarca o efeito das primeiras consultas de especialidades, que em grande parte têm origem na atenção primária à saúde.

Figura 3 - Evolução do número de consultas externas (total) e de primeiras consultas

Para apurar se existe uma correlação entre o número total de consultas e o número total de internações de hospitais oficiais foi construído um diagrama de dispersão, que se apresenta na figura seguinte

Figura 4 - Diagrama de dispersão: relação entre o número de internações e de consultas hospitalares

Os dados coletados indicam que existe uma correlação linear negativa entre o número total de consultas e o número total de internações registradas no período considerado.

Para quantificar essa correlação calculou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson, definido pela seguinte expressão:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Onde \bar{x} é a média das observações de x e \bar{y} é a média de observações de y

Como resultado da fórmula aplicada, obteve-se um coeficiente de Pearson de aproximadamente -0,95, o que permite concluir que lidamos com um caso de correlação negativa bastante forte entre as duas variáveis. Desse modo, poderá existir uma relação significativa entre o comportamento evolutivo do número de internações nos hospitais do SNS face ao número crescente de consultas externas realizadas.

Os resultados confirmam as preocupações relativas à política de saúde manifestadas pelos recentes governos de Portugal que têm promovido medidas políticas no sentido de promover o regime ambulatorial e reduzir os episódios de urgência que dão lugar a internações não programadas.

Em 2011, no âmbito do Memorando de Entendimento foram realizadas um conjunto de propostas para os serviços hospitalares preparadas ao encontro das recomendações internacionais com o objetivo de reduzir a despesa com hospitais (Tabela 2).

Tabela 2 - As propostas do Memorando de Entendimento para os serviços hospitalares.

As medidas apresentadas no quadro 2 foram criticadas, sendo a principal vinculada ao período temporal atribuído a cada uma das medidas que supostamente terminariam com o fim do programa financeiro, o que não lhes dá um caráter definitivo, nem permite que sejam prevenidas situações futuras. Segundo a literatura, mesmo com o pagamento da totalidade da dívida, havia sempre o risco de surgir uma nova¹² e ficou por definir alguns mecanismos de controlo, sendo o grande desafio a criação de mecanismos de gestão que impeçam de futuro a repetição do mesmo tipo de situação.¹³

Em 2016, com a entrada em funções de um novo governo, no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares, numa perspectiva de continuidade, o processo de negociação dos contratos-programa tem em conta, um conjunto de objetivos específicos que contribuem para a redução do número de internações e episódios de emergência evitáveis e que em simultâneo promove a articulação com a atenção primária à saúde, onde se destaca:

- A Criação de uma Plataforma de Gestão Partilhada de Recursos no contexto do SNS (conhecida como GPRSNS), que procurando maximizar a capacidade instalada nas instituições (nomeadamente ao nível do acesso a consultas externas)
- A promoção da prestação de cuidados de saúde em regime ambulatorial (médico e cirúrgico), incentivando a transferência de atividade realizada em internação para o regime ambulatorial;
- A consolidação dos processos de afiliação e de trabalho em rede colaborativa no SNS, centrando a organização dos cuidados nas necessidades e percursos do utente e incentivando a cooperação entre instituições;
- A definição de mecanismos verticais (entre atenção primária e cuidados hospitalares) e horizontais (entre unidades hospitalares) de articulação formal e permanente entre

os responsáveis clínicos das instituições do Serviço Nacional de Saúde, assegurando a utilização efetiva dos recursos disponíveis e reservando o acesso aos cuidados hospitalares para as situações efetivamente necessárias

- O forte incentivo para a transferência de consultas (exceto as primeiras) para os cuidados de saúde primários (nomeadamente na área das doenças crónicas), reorientando a procura para respostas de proximidade e estimulando o recurso ao encaminhamento a partir da atenção primária à saúde e à resposta via TeleSaúde, usando as tecnologias de informação e comunicação em saúde;
- A melhoria da eficácia e da eficiência da resposta às situações de urgência e emergência, introduzindo iniciativas que permitam redirecionar os usuários para os cuidados programados e de proximidade, urgência;
- O aumento da atividade das instituições do Serviço Nacional de Saúde na área da diálise, promovendo o aumento dos programas hospitalares de tratamento da insuficiência renal crónica em ambulatório (diálise peritoneal e hemodiálise).¹⁴

Para o ano 2017, outras medidas foram definidas para o reforço da promoção dos cuidados em regime de ambulatório (consulta médica na atenção primária à saúde e nos hospitais) e para contrariar a tendência de recurso abusivo à internação hospitalar:¹⁵

- A implementação da hospitalização domiciliária - na qual a família e a comunidade são parceiros ativos dos serviços públicos de saúde. Através dessa medida se evitarão estadias desnecessárias dos pacientes nos serviços de internação nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Em simultâneo é promovido o retorno da pessoa à sua vida, em ambiente familiar e são re-

duzidos os riscos de infeções. O acompanhamento é assegurado na visitação domiciliária por equipas da atenção primária à saúde e com o apoio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

- O incentivo aos Programas de Telemonitorização no caso da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A deteção precoce da sintomatologia da doença aguda irá prevenir as internações relacionadas com o agravamento dessa doença crónica e promove, ao mesmo tempo, uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes.
- A promoção do Programa de Telemonitorização do status pós enfarte agudo do miocárdio (EAM), que em contornos semelhantes ao caso da doença pulmonar obstrutiva crónica, também promoverá o adequado seguimento dos enfartes permitindo reduzir as internações evitáveis, assim como melhorar a qualidade de vida dos doentes.
- Desenvolvimento do Programa Telemonitorização para a insuficiência cardíaca crónica (ICC), que à semelhança dos dois programas apresentados anteriormente irá melhorar o tratamento e seguimento dessa doença que prevalece na população portuguesa, permitindo reduzir as internações evitáveis e os episódios de urgência relacionados com essa doença cardíaca.

Conclusões

Em conclusão, no que diz respeito à problemática que esteve na base deste estudo, verificou-se uma correlação negativa entre o número total de internações nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde que diminuiu 2,9% e o número total de consultas externas que de primeiras consultas hospitalares (7,3%). No entanto, um dos aspetos marcantes deste estudo foi o crescimento dos internações não programadas (+0,2%) e a redução dos internações programados em 7,9%.

Em Portugal, apesar dos avanços já realizados desde 2011, é necessário promover cada vez mais a prestação de cuidados de saúde em regime ambulatorial e realizar uma adequada gestão da doença crônica através da equipe de saúde da atenção básica à saúde e com recurso às novas tecnologias de informação e comunicação como é o caso da telemonitorização.

Foram já dados grandes passos nesse sentido, mas o caminho ainda é longo, é necessário implementar mais medidas, promover

continuamente a articulação e incentivar a redução do volume de internações evitáveis por causas sensíveis a cuidados de ambulatório, que poderão ser acompanhadas por consultas de especialidade hospitalar sempre que necessário.

A atual estratégia de saúde definida pelo governo promove o acesso e uma forte articulação entre os diferentes níveis de cuidados que trazem vantagens para os usuários e para todo o sistema de saúde.

Referências

- ¹Campos A. Despesa e déficit na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*. 2001; 161, 1079-1104.
- ²Barros P. *Economia da saúde - conceitos e comportamentos*. 3.ed. Coimbra: Almedina; 2013.
- ³Nunes A. *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2016.
- ⁴Vaz A. *Hospitais públicos portugueses*. In: Simões J, coord. *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Almedina; 2010. p.297-353.
- ⁵Matos A, Nunes A. *Inovação da Gestão dos Hospitais Públicos no Sistema de Saúde Português*. *Rev Gestão Sistemas Saúde*. 2017; 5:14-23.
- ⁶Administração Central do Sistema de Saúde. *Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Contrato Programa (2010-2012) para as Unidades Locais de Saúde*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2010.
- ⁷Administração Central do Sistema de Saúde. *Contrato-Programa 2012: Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2012.
- ⁸Fernandes A. *A combinação público-privado*. In: Campos A, Simões, J. (Coord). *40 anos de abril na saúde*. Coimbra: Almedina; 2014. p.213-231.
- ⁹Carmo M. *A Troika, o memorando e os serviços de saúde*. In: Carmo, Org. *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, a crise e os desafios*. Coimbra: Almedina; 2012. P. 85-90.
- ¹⁰Lim S, Doshi, V, Castasus B, Lim J, Mamun K. *Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital*. *Ann Acad Med Singapore*. 2006; 35:27-32.
- ¹¹Sabbtini A., Nallamotheu B., Kocher K. *Reducing variation in hospital admission from the emergency department for low-mortality conditions may produce savings*. *Health Affairs*. 2014; 33(9):1655-1663.
- ¹²Fernandes A. *Hospitais: um novo modelo de gestão hospitalar*. *Revista XXI, Ter Opinião*. 2012; 1:80-85.
- ¹³Barros P. *Um ano de Troika e a política de saúde*. In Fernandes & Barros. *Um ano depois da Troika na política de saúde*. Cascais: Príncipia Editora; 2012. p. 73-116.
- ¹⁴Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde Hospitalares no SNS | Contrato-Programa 2016*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2015.
- ¹⁵Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2016.
- ¹⁶Direção-Geral de Saúde. *Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde*. Lisboa: DGS; 2001.
- ¹⁷Instituto Nacional de Estatística. *Serviço de metainformação*. [citado em 2017 ago 15] Disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito>.
- ¹⁸Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Relatório do Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017.

Tabela 1 - Caracterização das variáveis do estudo

Variáveis	Caraterização
Número de pacientes com alta hospitalar	Número total anual de pacientes admitidos em um determinado serviço hospitalar (especialidades médicas, cirurgia, obstetrícia/ginecologia, pediatria, unidades de cuidados intensivos, internação em Serviço de Observação e berçário) e que tiveram alta clínica, faleceram ou foram transferidos ⁱ
Internações não programadas ou urgentes	Internações cuja admissão dos usuários ocorreu através de um episódio de urgência.
Número total de consultas externas	Assistência realizada em regime de ambulatório, que engloba ações de observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde (DGS, 2001; INE, 2015). Para uma melhor contemplação dos custos realizados com esta atividade no total de custos da unidade, foram incluídas para além das consultas médicas, as consultas não médicas.

Fonte: DGS¹⁶; INE¹⁷

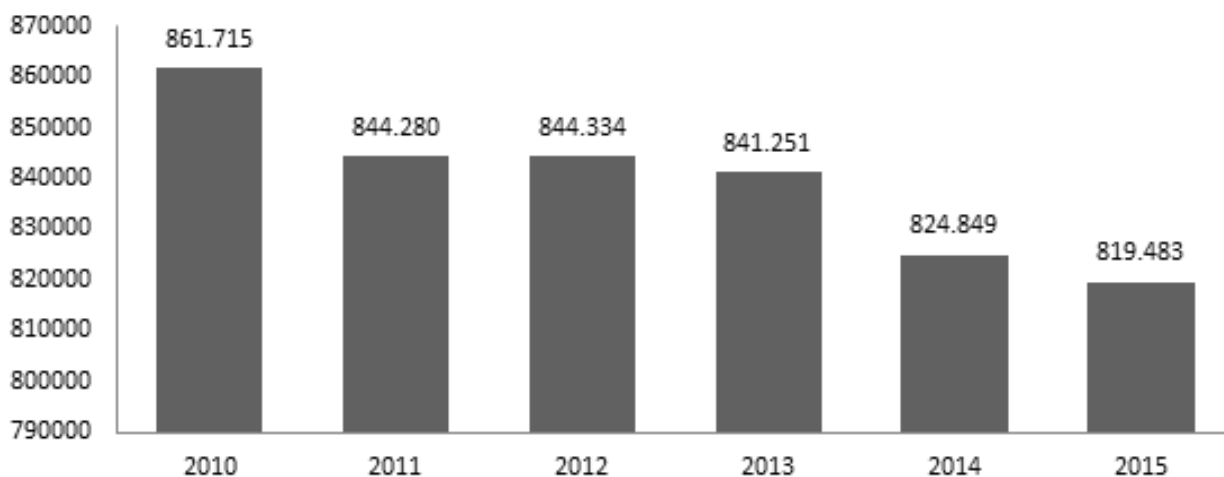
Tabela 2 - As propostas do Memorando de Entendimento para os serviços hospitalares.

Secção	Medida proposta	Prazo
3.71.	Liquidação de todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias).	[3º trimestre/2011]
3.73.	Implementação de um sistema de auditoria e de publicação de normas de orientação clínica.	[3º trimestre/2011]
3.75.	Desenvolver um sistema de <i>benchmark</i> que permita estabelecer uma comparação entre o desempenho das unidades hospitalares, a ser publicado, de forma regular, anualmente.	[1º trimestre/2012]
3.76.	Desenvolvimento e interação entre os sistemas de tecnologias de informação para que a Administração Central do Sistema de Saúde tenha em tempo real a informação sobre as atividades assistenciais, por forma a publicar relatórios mensais para os Ministérios da Saúde, das Finanças e Administração Pública. Alcançar a plena interoperabilidade dos sistemas de informação nos hospitais.	[1º trimestre/2012]
3.77.	Reorganização e racionalização da rede de hospitais, através da especialização e concentração de serviços de urgência, numa gestão conjunta (Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março). "Um plano de ação detalhado será publicado em 30 de Novembro de 2012 e a sua implementação será finalizada no primeiro trimestre de 2013".	[2º trimestre/2012]
3.78.	Transferência de serviços hospitalares para as Unidades de Saúde Familiares (USF).	[2º trimestre/2012]
3.79.	Realização de um levantamento atual dos médicos a exercer (por especialidade, idade, região, unidade, sector público/privado), de forma a identificar as necessidades atuais e futuras.	[3º trimestre/2011]

Fonte: Nunes³

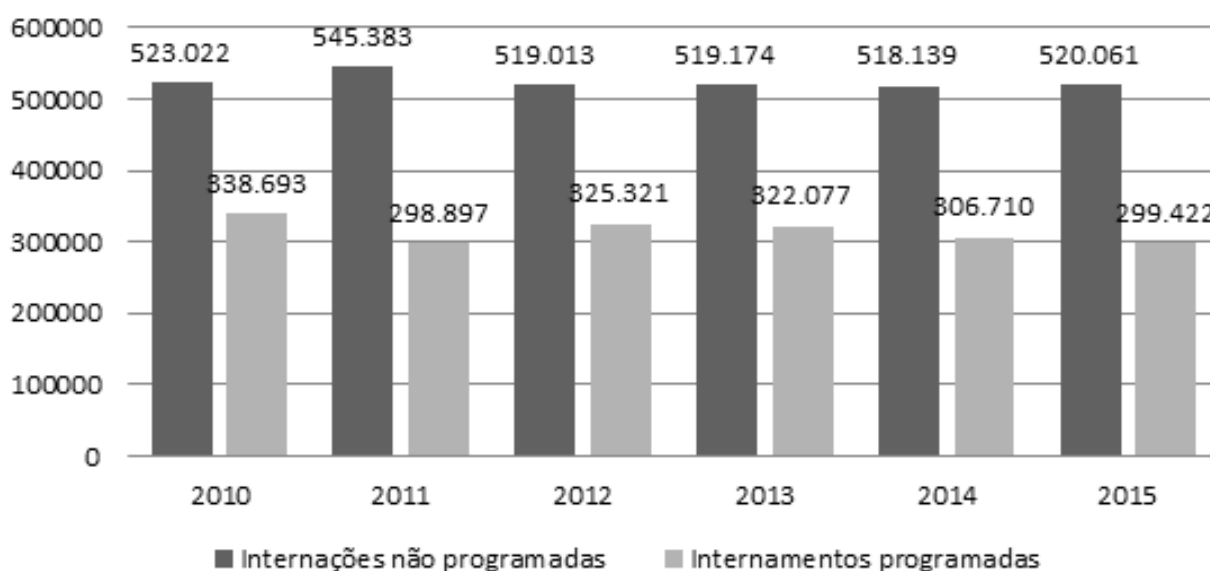
ⁱEntenda-se a transferência como a saída de doentes de uma unidade de saúde para outra (DGS, 2001).

Figura 1 - Número total de internações registados nos hospitais do SNS, entre 2010 a 2015.



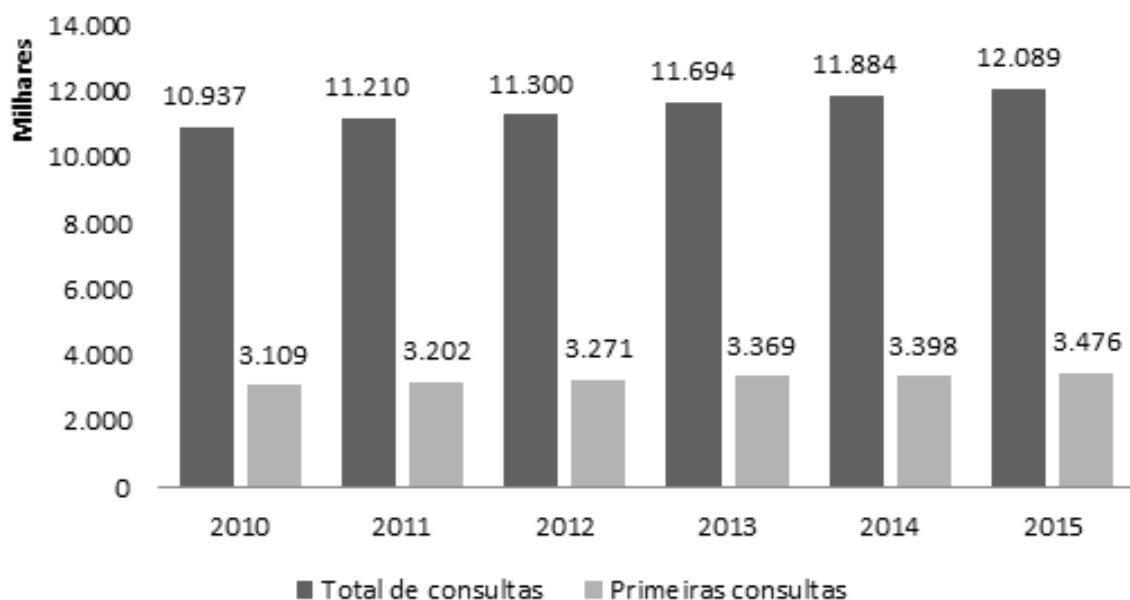
Fonte: ACSS¹⁸

Figura 2 - Número total de internações programadas vs não programadas registadas nos hospitais do SNS, 2010 a 2015.



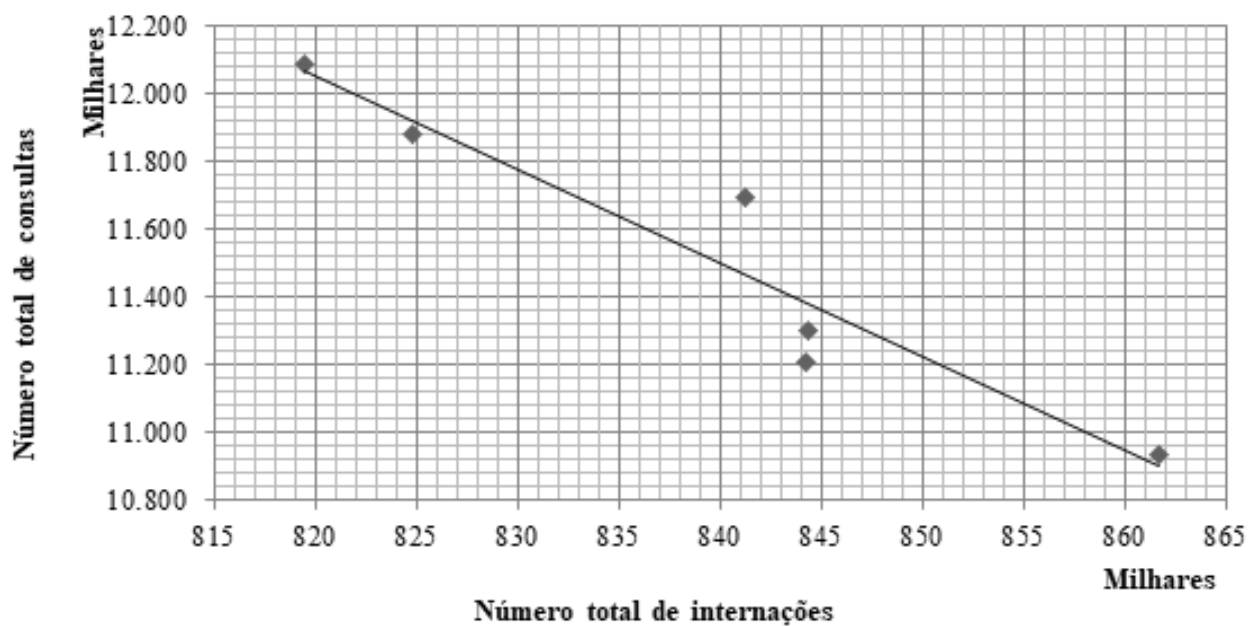
Fonte: ACSS¹⁸

Figura 3 - Evolução do número de consultas externas (total) e de primeiras consultas



Fonte: ACSS¹⁸

Figura 4 - Diagrama de dispersão: relação entre o número de internações e de consultas hospitalares



Fonte: Elaborado pelo autor