



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Milene Maria Rodrigues Pires

**ANÁLISE EXPLORATÓRIA DO IMPACTO DA COVID-19
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS NA REGIÃO DE
COIMBRA**

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Economia com especialização financeira, orientado pelo Professor Doutor Óscar Manuel Domingos Lourenço e apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Janeiro de 2021

Análise Exploratória do Impacto da Covid-19 nos Serviços de Saúde Prestados na Região de Coimbra

Milene Maria Rodrigues Pires

Relatório de Estágio de Mestrado em Economia com especialização na área financeira, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador de Estágio: Dr. António Manuel Pinto Brochado Morais

Orientador Académico: Professor Doutor Óscar Manuel Domingos Lourenço

Coimbra, 2021



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Agradecimentos

A realização e conclusão do presente relatório representa o fim de um ciclo, consubstanciado num leque de grandes aprendizagens e de vivências do espírito académico proporcionado pela Universidade de Coimbra.

Ao Professor Doutor Óscar Manuel Domingos Lourenço, pela aceitação em orientar o meu trabalho, pela sua disponibilidade para ajudar sempre que necessário e pelo conhecimento e experiência transmitido.

À Administração Regional de Saúde (ARS) da Região Centro e a todos os profissionais envolvidos pela experiência profissional e de vida que me proporcionaram.

Ao Dr. António Manuel Pinto Brochado Morais, que durante o período de estágio na ARS da Região Centro se demonstrou sempre disponível para que conseguisse realizar todo o meu estudo e obter a informação necessária, assim como a preocupação constante pela boa elaboração deste relatório.

À Lígia Carvalho que, enquanto colega da ARS da Região Centro, fez sempre questão em acompanhar o meu trabalho e partilhar todo o seu conhecimento, crucial para conseguir desenvolver toda a análise do meu estudo.

À minha mãe e ao meu irmão, que me apoiaram sempre desde início até ao fim, que incentivaram para que, nunca desistisse do que ambiciono para a minha vida.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta fase e que contribuíram para a realização do meu relatório.

Resumo

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular, realizado entre 28 de setembro de 2020 e o dia 18 de janeiro de 2021, no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde da Região Centro (ARSC).

O crescente número de infetados por Sars-Cov-2 e a necessidade de um esforço para controlar a evolução da infeção, levou o Governo Português a ativar o estado de emergência, e posteriormente, a impor um confinamento generalizado, para que o vírus não atingisse proporções incontroláveis e ao mesmo tempo garantisse o máximo de qualidade na saúde pública.

Nesta fase, a mitigação do vírus é a prioridade, e o confinamento generalizado é a resposta que se assume mais efetiva. Porém, isso implica o condicionamento do quotidiano da população e o encerramento de muitos setores de atividade económica não essenciais no curto prazo, para que o número de casos ativos esteja controlado num nível tal que permita ao sistema de saúde responder, até que haja a imunização da população ou um medicamento eficaz para tratar a doença.

A COVID-19 veio alterar profundamente a normalidade vivida pelas pessoas provocando medo de sair de casa. As medidas de confinamento vieram dificultar as deslocações, os serviços de saúde desmarcaram consultas, exames e tratamentos. Por outro lado, a afetação dos recursos à luta contra a COVID-19 causou alguma escassez de oferta em contexto de Serviço Nacional de Saúde (SNS). Todos estes fatores combinados levaram a que a atividade assistencial no SNS tivesse uma quebra substancial. Este trabalho tem como objetivo o de explorar o impacto que a COVID-19, e as medidas para a combater, na utilização dos serviços de saúde de cuidados de saúde primários (CSP), na região de Coimbra.

Os dados utilizados são os indicadores de contratualização de CSP, exportados da plataforma de informação sistema de informação da ARS (SIARS.) Os dados foram analisados com o foco em atividades interligadas com utentes/doentes crónicos, grávidas e crianças.

Em termos metodológicos, usámos ferramentas para a construção de séries temporais (periodicidade mensal) de vários indicadores de interesse (acesso, qualidade e eficiência),

a construção de gráficos e estimativas de variações de períodos homólogos para analisar a magnitude do impacto da COVID-19.

Em termos de resultados concluímos que os cuidados de saúde primários na região de Coimbra sofreram uma quebra nos meses março e abril, recuperando nos meses seguintes, de forma gradual. As consultas de saúde materna foi das atividades que não sofreu quebras durante os meses referidos. O oposto ocorreu no que toca a utentes/doentes crónicos e crianças, realizando apenas consultas a doentes prioritários.

Palavras – chave: COVID-19, Cuidados de Saúde Primários, Indicadores de Contratualização, Região de Coimbra.

Abstract

This report describes the work carried out within the internship's scope, carried out between September 28th of 2020 and January 18th of 2021, at the Department of Public Health of the Regional Health Administration of the Centro Region.

The increasing number of infected people, with Sars-Cov-2, as well as the need for an effort to control the evolution of the infection, led the Portuguese Government to activate the state of emergency, and later, to impose generalized confinement so that the virus did not reach uncontrollable proportions and at the same time guarantee maximum quality in public health.

At this stage, virus mitigation is the priority, and generalized confinement is the most effective response. However, this implies the conditioning of the daily life of the population and the closure of many sectors of economic activity that are not essential in the short term, so that the number of active cases controlled at a level that allows the health system to respond until there is immunization. Population or an effective medicine to treat the disease.

COVID-19 profoundly changed the normality experienced by people, causing fear of leaving home, confinement measures made traveling more difficult, health services canceled appointments, tests and, treatments. On the other hand, the allocation of resources to the fight against COVID-19 caused some supply scarcity in the National Health Service context. All of these factors combined led to a substantial drop in assistance activity in the National Health Service. This work aims to explore the impact that COVID-19, and the measures to combat it, had on the use of primary health care services in the region of Coimbra.

The data used are primary health care services contracting indicators exported from the Regional Health Administration of the Centro Region information system information platform. The data analyzed with a focus on activities interconnected with users or chronically ill, pregnant women and, children.

In methodological terms, we use tools for the construction of time series (monthly periodicity) of various indicators of interest (access, quality and, efficiency), construction

of graphs and, estimates of variations of homologous periods to analyze the magnitude of the impact of COVID-19.

In terms of results, we concluded that primary health care in the Coimbra region suffered a drop in March and April, recovering in the following months, gradually. Maternal health consultations were among the activities that did not suffer breaks during the referred months. The opposite occurred about users / chronically ill and children, making only consultations with priority patients.

Keywords: COVID-19, Primary Health Care, Contractual Indicators, Coimbra Region.

Índice

Índice de Figuras	x
Índice de Gráficos	xi
Índice de Tabelas.....	xiii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xiv
Introdução	1
Capítulo I – O Estágio.....	5
1. A Entidade de Acolhimento	5
2. Enquadramento do Estágio.....	7
3. Descrição das Atividades Desenvolvidas.....	8
Capítulo II – A Recessão da Economia.....	10
Capítulo III – A Saúde Pública em Tempos de Pandemia	14
Capítulo IV – Unidades de Cuidados de Saúde Primários	16
Capítulo V – Contratualização em Saúde.....	18
5.1. Contratualização.....	18
5.2. Indicadores de Contratualização	Error! Bookmark not defined.
Capítulo VI – Aspetos Metodológicos	23
6.1. Dados e Variáveis.....	23
6.2. Métodos.....	26
Capítulo VII – Resultados	28
7.1. Resultados Referentes a Indicadores de Acesso.....	28

Consultas Presenciais e Consultas Não Presenciais	28
Consultas do Programa de Vigilância	33
7.2. Resultados Referentes a Indicadores de Qualidade.....	44
Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado	45
Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado	48
7.3. Resultados Referentes a Indicadores de Eficiência.....	50
Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos.....	50
Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor comparticipado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS)).....	52
Discussão.....	55
Referências Bibliográficas	58

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma ARSC..... 7

Figura 2 - Mapa territorial dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro. 17

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Número de Consultas Presenciais do ACES Baixo Mondego.....	30
Gráfico 2 - Número de Consultas Presenciais do ACES Pinhal Interior Norte	31
Gráfico 3 - Número de Consultas Não Presenciais do ACES Baixo Mondego	33
Gráfico 4 - Número de Consultas Não Presenciais do ACES Pinhal Interior Norte.....	32
Gráfico 5 – Número de Consultas Planeamento Familiar do ACES Baixo Mondego ...	35
Gráfico 6 – Número de Consultas Planeamento Familiar do ACES Pinhal Interior Norte	35
Gráfico 7 – Número de Consultas Saúde Materna do ACES Baixo Mondego	37
Gráfico 8 – Número de Consultas Saúde Materna do ACES Pinhal Interior Norte.....	37
Gráfico 9 - Número de Consultas de Hipertensão do ACES Baixo Mondego.....	39
Gráfico 10 - Número de Consultas de Hipertensão do ACES Pinhal Interior Norte	40
Gráfico 11 - Número de Consultas de Diabetes do ACES Baixo Mondego	41
Gráfico 12 - Número de Consultas de Diabetes do ACES Pinhal Interior Norte.....	42
Gráfico 13 - Número de Consultas de Saúde Infantil do ACES Baixo Mondego.....	43
Gráfico 14 - Número de Consultas de Saúde Infantil do ACES Pinhal Interior Norte ..	44
Gráfico 15 - Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado do ACES Baixo Mondego	46
Gráfico 16 - Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado do ACES Pinhal Interior Norte.....	47
Gráfico 17 - Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado do ACES Baixo Mondego	48

Gráfico 18 - Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado do ACES Pinhal Interior Norte	49
Gráfico 19 - Embalagens de Medicamentos Faturados do ACES Baixo Mondego	51
Gráfico 20 - Embalagens de Medicamentos Faturados do ACES Pinhal Interior Norte	51
Gráfico 21 - Despesa de Medicamentos Faturadas do ACES do Baixo Mondego	53
Gráfico 22 - Despesa de Medicamentos Faturadas do ACES do Pinhal Interior Norte .	53

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Purchasing Managers' Index (PMI)	11
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Global	20
Tabela 3 - Indicadores de Contratualização	21
Tabela 4 - Indicadores de Qualidade	25
Tabela 5 - Indicadores de Eficiência	26
Tabela 6 - Consultas Presenciais	31
Tabela 7 - Consultas Não Presenciais.....	33
Tabela 8 - Consultas Planejamento Familiar	36
Tabela 9 - Consultas de Hipertensos	40
Tabela 10 - Consultas de Diabetes	42
Tabela 11 - Consultas de Saúde Infantil.....	44
Tabela 12 - Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado	47
Tabela 13 - Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado	49
Tabela 14 - Embalagens de Medicamentos Faturados	52
Tabela 15 - Despesa de Medicamentos Faturados.....	54

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARS – Administração Regional de Saúde

CIM-RC – Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCP – Departamento de Planeamento e Contratualização

DIE – Departamento de Instalação e Equipamentos

DGAG – Departamento de Gestão e Administração Geral

DGS – Direção Geral de Saúde

DRH – Departamento de Recursos Humanos

DSP – Departamento de Saúde Pública

FMI – Fundo Monetário Internacional

GJC – Gabinete Jurídico e do Cidadão

GSIC – Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicação

IDG – Índice de Desenvolvimento Geral

IDS – Índice de Desenvolvimento Sectorial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPN – Instituto Pedro Nunes

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MCDT – Meios de Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MERS – Síndrome Respiratória do Médio Oriente

OMS – Organização Mundial de Saúde

UALP – Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património

UC – Universidade de Coimbra

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIPS – Unidade de Investigação e Planeamento de Saúde

ULS – Unidade de Saúde Local

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

PMI – Purchasing Managers Index

PVP – Preço Venda ao Público

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SARS – Síndrome Aguda Respiratória Severa

SINUS - Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SIARS – Sistema de Informação da ARS

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VIH/HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

O novo coronavírus SARS-COV-2, com o epicentro na cidade chinesa Wuhan, na China, inicialmente, designada por nCoV e que hoje não precisa de apresentações é conhecida como COVID-19, ou seja, “CO” de corona, “VI” de vírus, “D” de doença e “19” de 2019, provocada por um dos inúmeros tipos de coronavírus pelo que, quando se fala desta infeção não podemos assumir que se trata imediatamente de COVID-19. Este vírus, SARS-COV-2, provoca a doença infecciosa, COVID-19 denominado pela Organização Mundial da Saúde. Pode ser, assintomática, causar sintomas ligeiros, ou até falência multiorgânica.

Pode transmitir-se através de contato direto com uma pessoa infetada a partir de gotículas respiratórias, quando tosse, espirra, fala ou canta, ou mesmo quando se entra em contato com um objeto ou superfície partilhado com pessoas infetadas, onde o vírus pode sobreviver durante horas (SNS24, 2020)

Num curto espaço de tempo, surgiram novos focos epidémicos pelo mundo, nomeadamente, na Europa a 24 de janeiro de 2020, com os primeiros casos registados, na França (Jornal Sábado, 2020, 05 de março). Em Portugal, sucedeu a 2 de março de 2020 o primeiro caso e, no dia seguinte, a 3 de março, é registado o primeiro caso na região do centro, segundo a ARSC.

Dado o nível de elevado contágio e, no meio de um grande desconhecimento sobre a doença, era certo que medidas extremas deveriam ser tomadas o quanto antes para o seu combate. Essas medidas passaram principalmente pelo isolamento social e o confinamento, o que veio a revelar-se como a melhor estratégia do ponto de vista da saúde, porém, do ponto de vista económico já não se pode dizer o mesmo. A partir de março de 2020 começou a observar-se uma notória redução da atividade na maioria dos setores, ditos de não essenciais, nomeadamente, nos setores de transportes aéreos, hotelaria e entretenimento. A redução da atividade observa-se de forma notável desde janeiro a março, mas na verdade o PIB no primeiro trimestre apresenta resultados bastante severos e, mesmo assim de menor calibre do que nos próximos tempos (Jornal Dinheiro Vivo, 2020, 08 de setembro)

Apesar de as medidas de saúde pública adotadas no combate à pandemia terem sido semelhantes nos diversos países, tudo indica que a recuperação face à crise económica seja diversa. A velocidade da recuperação económica dependerá de vários fatores, designadamente do nível de endividamento, do crescimento económico pré-pandemia, bem como as políticas económicas presentes em cada país.

Estamos atualmente numa fase de grande recessão económica com consequências de grandes dimensões, cuja real magnitude ainda é muito difícil de antecipar. Portugal pode estar a caminho de uma crise de maiores dimensões do que a crise económica de 1929, com um colapso de 9,7%, em 2020, segundo o Banco de Portugal. No ano 2020, o Governo especula uma quebra de 8,5% e FMI reforça que poderá chegar aos 9,3%. (Jornal Dinheiro Vivo, 2020, 21 de novembro)

Segundo o Banco de Portugal poderá começar a existir um crescimento económico de 3,9% em 2021, no entanto são apenas projeções e sempre com a presença de enormes incertezas. (Boletim Económico, dezembro 2020). Portugal é considerado como um dos países mais empobrecidos e com um pior desempenho, aferido através do cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, isto porque no primeiro trimestre de 2020 registou uma queda do PIB de -16,3%, tendo apenas atrás de si três países da europa com piores resultados, Espanha (-22,1%), França (-18,9%) e Itália (-17,7%), sabendo-se ainda que, a Zona Euro sofreu uma quebra de 14,7% e a União Europeia 13,9% PIB (Jornal Dinheiro Vivo, 2020, 08 de setembro)

Um sector de atividade especialmente sensível e atingido pela pandemia é o setor da saúde. Em Portugal o impacto no setor da saúde é notório verificando-se uma enorme diminuição da atividade assistencial, quer nos hospitais quer nos centros de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2020). O medo esteve muito presente e impediu que muitas pessoas saíssem de casa, as deslocações foram dificultadas devido ao confinamento e os agentes do setor de saúde foram forçados pelas circunstâncias a desmarcar muitas atividades de saúde como forma de prevenção.

O exemplo de consultas hospitalares que registam uma queda de 16% face ao período homólogo de 2019 a março de 2020, em contrapartida, houve um aumento de consultas hospitalares de telemedicina nos hospitais, sempre acima de 3.000 consultas o que não acontecia antes da pandemia, com cerca de 2.000 consultas por mês. Quanto às cirurgias,

tanto as programadas como as urgentes sofreram uma grande diminuição sendo que, em abril 2020 atingiu uma redução de 78% e 23%, respetivamente, face a 2019. O mesmo se verificou nas urgências hospitalares, ou seja, uma enorme diminuição de ocorrências a partir de março de 2020. Por fim, e sem fugir a exceções temos as consultas de cuidados de saúde primários que apresentam um comportamento idêntico (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

O presente trabalho tem como propósito o de analisar o impacto da pandemia nos cuidados de saúde primários (CSP) na região de Coimbra. O trabalho é desenvolvido em duas etapas: primeiramente, identificar e caracterizar os indicadores de cuidados de saúde prestados pelas instituições de cuidados primários a nível de acesso, qualidade e eficiência. Em segundo, identificar as alterações dos indicadores de acesso, qualidade e eficiência, de modo, a perceber se, e onde se verificaram quebras significativas que possam ser atribuídas à COVID-19.

Todo o estudo incidirá na Comunidade Intermunicipal (CIM) da Região de Coimbra, nomeadamente, o Agrupamento de Centro de Saúde do Baixo Mondego (ACES BM) e o Agrupamento de Centro de Saúde do Pinhal Interior Norte (ACES PIN). O foco será entender como a população reagiu, nomeadamente, populações vulneráveis e, que numa situação de pandemia terão necessidade absoluta de frequentar os serviços de saúde, tais como, doentes crónicos (diabéticos, hipertensos), idosos, grávidas e crianças <1 ano. A palavra “parar” é proibida nos serviços de saúde e, por isso, neste estudo o interesse é perceber quais as áreas de saúde mais afetadas, quais continuaram e como agiram.

O desenvolvimento do trabalho começa pela recolha de dados na plataforma de informação, SIARS, onde se acedeu aos indicadores de contratualização e presentes no bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP). Todos os resultados têm por base a análise da base dados recolhida que irá remeter à explicação de como os cuidados de saúde primários reagiram ao começo de uma pandemia e de um confinamento representado por inúmeras restrições.

No primeiro capítulo é feita uma breve apresentação da entidade que possibilitou a realização do estágio curricular, assim como as atividades desenvolvidas no decorrer do mesmo. De seguida, do segundo ao quarto capítulo onde é descrito o enquadramento

teórico, relativamente, à recessão económica provocada pelas políticas impostas devido à atual pandemia e, de modo a que haja mitigação do vírus SARS-COV-2, bem como, as ruturas na economia que se desencadearam devido à presença da crise económica provocada pela saúde pública, nomeadamente no setor da saúde.

Após a revisão bibliográfica para enquadrar o tema a que a análise deste estudo serve, segue-se o quinto capítulo a descrever o conceito de agrupamentos de centros de saúde e quais utilizados para o estudo em causa. E o sexto capítulo que descreve os métodos, os indicadores de acesso, os indicadores de qualidade e os indicadores de eficiência que se enquadram nos indicadores de contratualização que têm o objetivo de contribuir para os resultados do estudo.

No sétimo capítulo é desenvolvida a análise dos indicadores de contratualização para determinar o impacto que houve com a chegada da COVID-19 a Portugal nos cuidados de saúde primários (CSP), sabendo que, não existiam, *a priori*, medidas para o combate do vírus e, que rapidamente, o país teve que agir rapidamente para evitar cenários catastróficos.

Por fim, a conclusão que remete para as linhas do trabalho realizado e sugestões para uma investigação futura, relacionadas com o tema do estudo.

Capítulo I – O Estágio

1. A Entidade de Acolhimento

A Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro é um instituto público integrado na administração indireta do Estado com uma organização interna constituída por serviços centrais e, serviços desconcentrados designados por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os serviços centrais da ARS Centro subdividem-se por Departamento de Saúde Pública (DSP), Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC), Departamento de Gestão e Administração Geral (DGAG), Departamento de Recursos Humanos (DRH), Departamento de Instalações e Equipamentos (DIE) e Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC). Para além disso, o Conselho Diretivo poderá criar, modificar ou extinguir quatro departamentos flexíveis, sendo esses, Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicação (GSIC), Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património (UALP), Unidade de Estudos e Planeamento (UEP), Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde (UIPS) (Figura 1).

A ARS dá resposta em centros de saúde a 1.789.282 cidadãos inscritos em 231 unidades de saúde e que estão integradas em 9 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): Baixo Mondego, Baixo Vouga, Cova da Beira, Pinhal Litoral, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul, Dão Lafões, Guarda e Beira Interior Sul.

Para a realização do presente estudo o estágio decorre no Departamento de Saúde Pública que integra o Observatório Regional de Saúde e que tem como função:

- “Caraterizar e monitorizar o estado de saúde da população e identificar as suas necessidades em saúde”;
- “Avaliar o impacto na saúde da população da prestação dos cuidados, de forma a garantir a adequação às necessidades e a sua efetividade”;
- “Elaborar a proposta de Plano Regional de Saúde da população e acompanhar a sua execução, apresentando o respetivo relatório de atividades”;
- “Participar em estudos com o objetivo de propor ajustamentos nas redes de referenciação e de emitir pareceres técnicos sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde”;

- “Monitorizar a execução de programas e projetos específicos de vigilância de saúde, designadamente as constantes do Plano Nacional de Saúde”;
- “Apoiar o desempenho das funções de autoridade de saúde, bem como divulgar orientações relativas às suas competências”;
- “Promover a investigação em saúde”;
- “Assegurar a gestão dos laboratórios de saúde pública; elaborar, propor e acompanhar a aprovação dos turnos de serviços das farmácias”;
- “Realizar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde e dos seus determinantes”;
- “Participar na instrução dos processos de licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e da área dos comportamentos aditivos e das dependências, nos setores social e privado, verificando a observância dos respetivos requisitos técnico-terapêuticos e de outros definidos pela Direção-Geral da Saúde ou pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, e acompanhar o seu funcionamento, no cumprimento de legislação aplicável e, por fim, intervém e procede à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução”.

De acordo com a Portaria nº 164/2012 de 22 de maio.

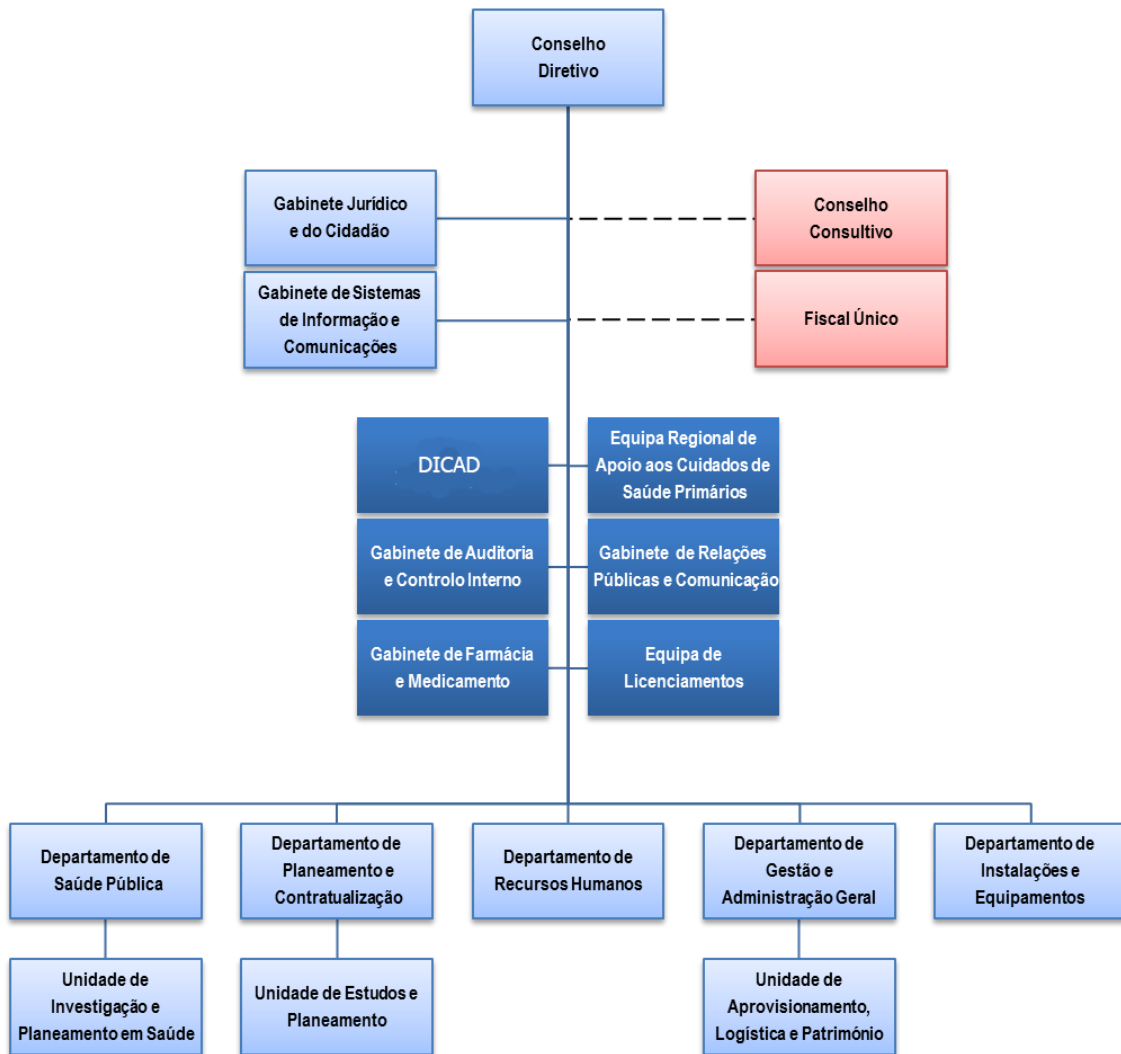


Figura 1 - Organograma ARSC

Fonte: ARSC: “Organograma”

2. Enquadramento do Estágio

O presente estágio é desenvolvido no âmbito de Estágio Curricular realizado no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde da Região Centro, com o objetivo de obter o título de Mestre e concluir o Mestrado em Economia na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Este estágio está igualmente integrado no Projeto Coimbra 2030¹. Este projeto teve início em novembro de 2020 e tem

¹ <http://coimbra2030.pt/>

como objetivo global o de contribuir para a identificação de vias de desenvolvimento para Região de Coimbra no pós-pandemia.

Coimbra 2030 é um projeto que surge da conjugação de esforços da Universidade de Coimbra (UC), da Comunidade Intermunicipal da Região de Coimbra (CIM-RC) e do Instituto Pedro Nunes (IPN) e motivado pela enorme crise económica e social causada pela pandemia e tem o propósito de apoiar o desenvolvimento económico social da Região de Coimbra. Tendo por base diferentes objetivos, tais como, a mitigação dos impactos da crise económica e social através do conhecimento, investigação ao serviço de políticas públicas, apoio à tomada de decisão dos agentes regionais, monitorização e avaliação dos impactos de decisões estratégicas, identificação e projeção do posicionamento competitivo da região, análise de incertezas cruciais e cenários prospetivos e mitigação dos impactos da crise económica e social através do conhecimento.

Pretende-se neste estágio analisar e explorar impactos diversos, causados quer pela doença COVID-19 quer pelas medidas de combate à doença, nos serviços de saúde da CIM Região de Coimbra. Adotamos indicadores de acesso de qualidade e de eficiência que estão integrados num processo de contratualização dirigido por normas governamentais. A partir de serviços prestados pelos cuidados de saúde primários será identificado e analisado o eventual comportamento dos serviços de saúde prestados devido à COVID-19, nomeadamente, em situações em que o utente não pode deixar de receber acompanhamento por um profissional de saúde mesmo em plena pandemia.

O estágio decorreu entre o dia 28 de setembro de 2020 e o dia 18 de janeiro de 2021, com a duração total de 12 semanas, sob a supervisão do Dr. António Manuel Pinto Brochado Morais, médico de saúde pública, responsável pela área de planeamento em saúde.

3. Descrição das Atividades Desenvolvidas

Uma primeira fase do estágio foi dedicada a conhecer as instalações e os profissionais com que tive o privilégio de conhecer, trabalhar e de partilhar ideias. Posteriormente, houve lugar à leitura de diversos documentos de modo a familiarizar-me com várias

dimensões da ARSC, como os diferentes departamentos que pertencem à sua estrutura de organização. Ainda na mesma fase, foi-me proposto uma ida à sede da ARSC para estar em contato com profissionais que aí desenvolvem a sua atividade e, com eles discutir conceitos importantes e obter sugestões fundamentais para desenvolver este trabalho de estágio.

Na fase seguinte, tive a possibilidade de aprender a trabalhar com a plataforma de informação SIARS que detém toda a base de dados fundamental para a investigação e desenvolvimento do estudo em causa. Foram também redefinidos alguns objetivos iniciais do estudo mediante a informação disponível no SIARS da ARSC. Após a identificação dos dados e variáveis que necessitei, procedeu-se à extração de toda a base de dados para a análise pretendida.

Por fim, o trabalho de investigação foi a parte mais importante e que requereu mais esforço, dedicação e tempo pois, nesta fase onde desenvolvido todo o conteúdo para a elaboração do relatório de estágio. Desde a revisão bibliográfica de todos os temas relacionados, de modo a compreender todas as questões que deveriam ser abordadas, à seleção de indicadores de contratualização que se enquadrassem em indicadores de acesso, qualidade e eficiência, com a finalidade de realizar uma análise e uma eventual discussão dos resultados obtidos com os colegas da ARSC.

Capítulo II – A Recessão da Economia

Um fenómeno como a pandemia causada pela COVID-19 está a condicionar a economia mundial. Muitos dos setores de atividade estão a sofrer uma disrupção nas suas operações. No final de janeiro 2020 houve empresas, em toda a parte do mundo, a encerrarem temporariamente a sua atividade pelo facto de não existir, nem procura, nem oferta, de produtos. A COVID-19 afetou diretamente o sistema produtivo, quer por disrupção da cadeia de distribuição e, medidas de restrição impostas que impediram dar continuidade às atividades. Um de múltiplos exemplos é a decisão tomada pela empresa Fiat-Chrysler que no início de fevereiro de 2020 encerrou a produção de automóveis na Sérvia por não conseguir obter matérias-primas com origem da China (Coelho, M. A. T., 2020)

Nos meses março e abril, sentiu-se os primeiros sinais económicos no resto do mundo, a nível de produção e a nível de emprego. A situação apresenta resultados cada vez mais drásticos, principalmente, os setores de atividade que estavam dependentes de materiais provenientes da China, para a produção de um produto acabado. O peso da China no comércio e em fornecimento é bastante elevado e com a agravante de que nos últimos anos subiu de uma forma significativa, o peso da China no PIB em 2002 era igual a 4,3% e nos últimos anos cresceu para 16% (Coelho, M. A. T., 2020)

A Comissão Europeia agiu em conformidade face ao que se sentia na saúde pública. Propostas têm sido apresentadas para que, haja um reforço na segurança da saúde da UE, bem como, a preparação a nível nacional e a nível UE para existir uma melhoria na coordenação das crises dos sistemas de cuidados de saúde de maneira a garantir uma preparação qualificada para futuras crises sanitárias (Comissão Europeia, 2020). Segundo a Comissão Europeia, FMI e Banco de Portugal o PIB nacional só irá atingir o nível antes da COVID-19 depois de 2022 e, o emprego poderá ter um período mais extenso de recuperação. No entanto, são apenas previsões e os cenários calculados hoje podem diferir muito com o desenrolar dos dias. Existem vários fatores que podem ditar o futuro do nosso país desde o segundo confinamento que se vive com início em janeiro de 2021. (Organização Internacional do Trabalho, 2020).

Podemos visualizar na Zona Euro que abril de 2020 foi o pior mês desde de junho de 1997 (mínimo da série, Tabela 1) a nível de produção, enquanto que em março de 2020 o valor foi de 44,5, segundo índice PMI (Purchasing Managers Index).

	PMI março/2020	PMI abril/2020	Observações
Zona Euro	44,4	33,4	mínimo da série
Alemanha	45,4	34,5	mínimo de 133 meses
França	43,2	31,5	mínimo da série
Itália	40,3	31,1	mínimo da série
Espanha	45,7	30,8	mínimo de 136 meses
Irlanda	45,1	36	mínimo de 133 meses
Grécia	42,5	29,5	mínimo da série

Tabela 1 - Purchasing Managers' Index (PMI)

Fonte: Mendonça, A., 2020

Dadas às circunstâncias, o mundo foi obrigado a colocar em prática medidas perante o avanço da pandemia. Medidas essas que irão provocar em Portugal um aumento da dívida pública, desde empréstimos e injeções de capital que, em contrapartida, irão contribuir para o aumento do passivo do Estado. O que acontecerá é atuação de estabilizadores automáticos, como exemplo, a despesa pública, que aumenta com o pagamento de subsídios de desemprego ou medidas arbitrárias que irão ajudar a atenuar a quebra na atividade económica. Para além da política orçamental também existe dentro da política macroeconómica a política monetária que consiste na compra de ativos nos mercados financeiros para que haja injeção de capital na economia, dado ao histórico das taxas de juro que se têm mantido atualmente baixas (Rodrigues, P. G., 2020)

O que é certo é que independentemente da política a adotar o plano de ajuda para atenuar o abrandamento da economia deve-se enquadrar consoante a evolução da pandemia em cada país. A política orçamental tem de se adaptar e passar por diferentes fases da pandemia:

Fase 1: Na presença de surtos passa a existir de imediato “*lockdowns*”;

Fase 2: Reabertura parcial desde estabelecimentos a acessos entre concelhos;

Fase 3: Controlo com avanços médicos.

No momento de redação deste estudo (dezembro de 2020) muitos países encontram-se na fase 2, com diferentes taxas de contágio e controlo do vírus. Em contrapartida, muitos países ainda se encontram na fase 1, devido ao vírus se ter propagado mais tarde ou mesmo porque houve um descontrolo na evolução do vírus. No entanto, as políticas têm de se adaptar à crise de saúde existencial consoante a gravidade sendo que, quando se tratam de situações com um grau de gravidade elevado as políticas orçamentais voltam-se para construir medidas que permitam salvar o maior número de vidas e meios de subsistência. Quando se trata de um grau de gravidade mais reduzido a prioridade continua a ser a saúde pública em que o objetivo é analisar o ritmo de linhas de vida para evitar um aumento excessivo em débito (IMF, 2020b)

Sem escapar da estirpe do vírus SARS-COV-2, Portugal sentiu-se obrigado a declarar “Estado de Emergência” onde foram implementadas medidas que foram extremas para a atividade económica. As medidas implicaram um confinamento obrigatório e, todos os cidadãos deveriam estar no seu domicílio e só poderiam sair de casa em caso de necessidade e, com uma justificação plausível, como por exemplo:

- Aquisição de bens e serviços primários;
- Deslocações para efeitos profissionais, por motivos de saúde;
- Deslocações para assistência de pessoas vulneráveis, pessoas com deficiência, filhos, progenitores, idosos ou dependentes.

Passou também a ser um dever de o cidadão exercer sempre que possível o seu trabalho em regime teletrabalho, e suspensão de todas as atividades de comércio a retalho e prestações de serviços referidos no anexo I e II, segundo o Decreto nº2-A/2020 de 20 de março, onde discrimina todas as medidas implementadas.

As restrições impostas, na atividade económica do país tiveram consequências, quer no curto prazo, onde se verificaram inúmeras empresas impedidas de realizar uma simples encomenda de abastecimento de inputs para a produção, deixando de ter um leque de ofertas comerciais expectável e, conseqüentemente, a redução da procura por parte dos seus clientes. As empresas sentiram-se obrigadas a interromper a atividade conduzindo a necessidades de liquidez debilitantes. Face aos constrangimentos, em março e abril houve um súbito colapso das receitas e o risco acrescido de liquidez traduziram-se em elevadas

taxas de incumprimento e, em consequência as obrigações de curto prazo que as empresas tinham impôs a necessidade de refinanciamento da dívida contraída.

Posto isto, todos os setores de atividade como o comércio a retalho, restauração e hotelaria sofreram quebras significativas. Os resultados presentes no estudo (Mendonça, A., 2020) apresentam de seguida têm foco à situação da atividade económica desde março com dados disponíveis a 30 de abril de 2020 do INE:

- “Em março de 2020, o sector do alojamento turístico deverá ter registado, apenas, 701,0 mil hóspedes e 1,9 milhões de dormidas, o que corresponde a variações homólogas (VH) de -49,4% e -58,5%, respetivamente.
- Em março de 2020, o Índice de Produção Industrial (ajustado dos efeitos de calendário e da sazonalidade) registou uma variação homóloga (VH) de -7,2%, o que corresponde a uma diminuição 8,1 pontos percentuais (p.p.) relativamente à do mês anterior.
- Em abril de 2020, o Indicador de Clima Económico diminuiu para -0,7 (médias móveis de 3 meses), o que compara com 1,9 registado no mês anterior (valor próximos do observado no final de 2013).⁴ Por outro lado, o Indicador de Confiança dos Consumidores diminuiu para -21 (médias móveis de 3 meses) em abril de 2020 (-9,9 em março de 2020), registando a maior redução da série face ao mês anterior e atingindo o valor mínimo desde setembro de 2014.”

Fonte: Mendonça, A., 2020

Capítulo III – A Saúde Pública em Tempos de Pandemia

O surgimento deste novo vírus e a sua elevada contagiosidade veio alterar todos os procedimentos organizacionais com reflexo na resposta dos serviços de saúde aos cidadãos. Esta pandemia merece a maior atenção, para que, maiores proporções não sejam atingidas e, não se chegue ao descontrolo. A pandemia afetou drasticamente o dia a dia das pessoas, afetando severamente muitos sectores de atividade económica, e a economia como um todo. Em primeira instância são determinadas estratégias para poder responder a questões difíceis num dilema entre privilegiar, prioritariamente, a saúde pública em detrimento do setor económico e numa crise económica mesmo sabendo que poderá atingir picos históricos.

No caso de uma epidemia como a COVID-19 é necessário ter em atenção todos os custos estimados numa situação de um nível elevado de propagação que esta doença infecciosa traz à sociedade. Utilizando como exemplo a pandemia pelo vírus HIV cuja informação ajuda a perceber quais as implicações do COVID-19, num futuro próximo.

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV ou VIH) destrói progressivamente glóbulos brancos e em consequência provoca síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A diferença aqui é que, os efeitos desta doença infecciosa, são a longo prazo o que permite implantar medidas de prevenção, uma vez que, o nível de contágio é baixo. Em oposição temos o vírus causador da COVID-19 que apresenta níveis de contágio muito elevados e, conseqüentemente, houve um início de uma epidemia repentina e inesperada.

No entanto no setor da saúde houve o impacto do medo dos doentes/utentes de contrair a doença COVID-19, o que veio diminuir a procura de cuidados de saúde. Pelo lado da oferta quantidades enormes de recursos que são dedicados ao combate à COVID, deixa menos recursos disponíveis para tratar outras doenças. Além disso, as medidas para controlo da infeção nas unidades de saúde foram mais intensas, o que levou muitos doentes a não procurar serviços de saúde.

Em Portugal, no setor da saúde a procura pelos serviços prestados passou a estar muito restrita e com normas de higienização superiores ao recomendável, ou seja, uma simples ida às “urgências” passou a ser colocada em questão se se deveriam ou não deslocar até

às instalações dado que, a probabilidade de contágio seria elevada. Por outro lado, a oferta de serviços ficou destinada a doentes urgentes exigindo o cancelamento de cirurgias ou de exames previamente marcadas e não urgentes. Consequentemente, nas instalações médicas obrigou à reorganização de equipas de profissionais de saúde, à limitação de profissionais por espaço e, à utilização de máscara permanentemente.

Porém, a forma como as pessoas reagiram ao começo da pandemia, onde o desconhecimento da situação a que estavam expostos estava sempre presente e, consequentemente, o medo sobressaía e fazia pensar duas vezes sobre se deviam ou não sair de casa e se deviam utilizar os serviços disponíveis ao seu alcance sabendo que, num quotidiano sem restrições, utilizariam sem qualquer impedimento ou receio. No setor da saúde o que prevalece e que merece especial atenção é a grande diminuição da procura dos serviços de saúde por parte dos utentes que necessitam de acompanhamento. Tal redução irá refletir-se nos próximos anos, com impacto na morbilidade e a mortalidade, que poderão aumentar significativamente pois, muitos dos doentes não COVID-19, terão consequências graves por falta do devido acompanhamento médico.

Tudo isto é agravado pelas “*fake-news*”, uma vez que, houve um exagero de comunicação. Por um lado, foi fundamental na contenção e distanciamento social que contribuiu para o combate da doença infecciosa, em Portugal. Em contrapartida, a informação que foi divulgada massivamente transmitiu uma mensagem de medo e que veio a provocar um efeito negativo. Como exemplo, temos uma entrevista do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães dada à *Corporate Roche*²(12 de agosto de 2020) onde explica que selecionou 17 doentes prioritários, com doença em progressão ou com exames importantes para decidir o tratamento e, para isso, necessitavam de uma consulta de acompanhamento e, apenas três dos doentes decidiram estar presentes. O medo estava muito presente e não aceitaram que existem doenças muito mais graves que a COVID-19. De facto, existem doenças com uma taxa de mortalidade superior à referenciada.

²Convidado Especial - Miguel Guimarães | Roche Consultado em 13 de novembro de 2020.

Capítulo IV – Unidades de Cuidados de Saúde Primários

O conceito de Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) consiste num agrupamento de centros de saúde de uma determinada região do país. Este modelo de governação tem como objetivo reformular todas as estruturas formais em maiores dimensões de modo a serem mais eficientes, funcionais e flexíveis pois, atinge mais população, sempre em consideração ao contexto económico que se vive e, conseqüentemente, há a criação de novas medidas para se racionalizar a despesa e otimizar os recursos disponíveis. Contudo, um agrupamento de centros de saúde contém tudo o que seja CSP, serviços de saúde pública com autonomia administrativa compostos por unidades funcionais e que agrupam um ou mais centros de saúde.

Neste estudo serão exportados relatórios para cada ACES da Região de Coimbra para uma possível comparação e identificação da forma como evoluíram os vários indicadores e quais tiveram mais impacto por efeito da pandemia.

Na Figura 2 segue-se o mapa referente à Região Centro com a representação de todos os ACES que compõem o mesmo. A região centro é composta por 9 ACES (três ULS que são consideradas com ACES), ACES Baixo Vouga, ACES Dão Lafões, ACES Baixo Mondego, ACES Pinhal Litoral, ACES Pinhal Interior Norte, ACES Cova da Beira, ULS Pinhal Interior Sul, ULS Guarda e ULS Beira Interior Sul, sendo que neste estudo darei ênfase ao ACES Baixo Mondego e ao ACES Pinhal Interior Norte.

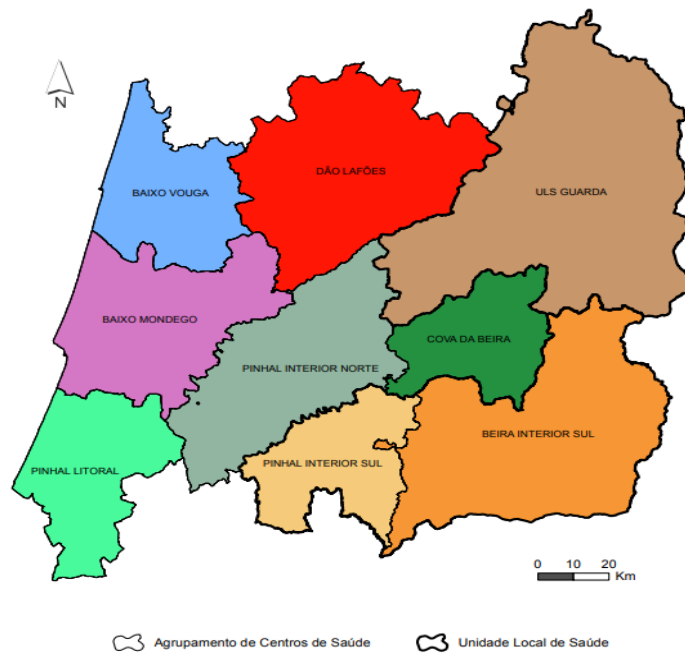


Figura 2 - Mapa territorial dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro.

Fonte: ARSC

Capítulo V – Contratualização em Saúde

5.1. Contratualização

A contratualização na administração pública tem contribuído para uma melhor afetação de recursos face às necessidades em saúde e progredido para modelos mais custo-efetivos, com melhores desempenhos dos prestadores, em parte mediante a atribuição de incentivos institucionais e financeiros, sendo sustentados por instrumentos de monitorização, acompanhamento e avaliação. (Escoval et al., 2010)

Nos cuidados de saúde, a contratualização é já reconhecida como um instrumento estratégico essencial que, decorrendo de um planeamento regional das necessidades em saúde e da oferta adequada de serviços públicos, tende a criar incentivos ao bom desempenho clínico e económico, a aumentar a acessibilidade sem prejudicar a qualidade dos cuidados, a promover uma maior responsabilização e transparência no sector e, simultaneamente, potenciar a obtenção de ganhos em saúde e uma melhoria generalizada da eficiência do sistema prestador. (Escoval et al., 2010). A componente de cuidados de saúde primários (CSP) do processo de contratualização representa um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades.

Em Portugal, a necessidade de aprimorar a estratégia nacional do sistema de saúde é cada vez mais importante, dado o constante desenvolvimento dos meios disponíveis. Daí surge a necessidade de implantar o processo de contratualização com o objetivo de obter uma gestão exigente e rigorosa e com a garantia de responder às necessidades de toda a população, sem deixar de lado, o progresso ao acesso aos cuidados de saúde de modo a obter maiores ganhos no setor da saúde.

Posto isto, durante o ano 2010 foram desenvolvidos instrumentos para colocar em prática todo o processo de contratualização, instrumentos esses que vêm determinar quais as necessidades de cuidados a nível de acesso, de qualidade e de eficiência de modo a encontrar melhorias a fazer na saúde das populações envolvidas (Cuidados de Saúde Primários: Metodologia de Contratualização, 2010)

Os cuidados de saúde primários têm, na sua governação, um processo de contratualização, com um compromisso social para que, existam formas de analisar quais os recursos e as necessidades dos utentes em causa. O processo de contratualização para cuidados numa

aceitável, tipo de indicador, área clínica, inclusão de utentes no indicador, prazo para registos e legenda. Na Tabela 3 estão representados alguns dos indicadores das diferentes áreas que se podem encontrar no BI – CSP.

IDG Global	IDG Sectoriais		Dimensões
	Área	Sub Área	
IDG	Desempenho	Acesso Qualificação do Acesso	Cobertura
			Personalização
			Atendimento Telefónico
			TMRG
			Consulta no dia
			Trajetos
		Gestão da Saúde Gestão de percurso / Plano de cuidados Resultados na prevenção e promoção da saúde	Distribuição no dia
			Saúde Infantil
			Saúde da Mulher
		Gestão da Doença Gestão de percurso / Plano de Cuidados Resultados na gestão da doença aguda e crónica	Saúde do Adulto
			Saúde do Idoso
			Gestão da pessoa com Diabetes
			Gestão da pessoa com Hipertensão
		Qualificação da Prescrição Adequação técnico científica, efetividade, eficiência	Gestão da pessoa com Doença Respiratória
	Gestão da pessoa com Multimorbidade		
	Prescrição Farmacoterapêutica		
	Satisfação	Prescrição de MCDT's	
		Prescrição de Cuidados	
	Serviços	Assistenciais	Serviços de Carácter Assistencial
		Não Assistenciais	Atividades de Governação Clínica no ACES
			Atividades não assistenciais em Serviços Regionais ou Centrais do Ministério da Saúde
	Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua	Acesso
			Processos Assistenciais em Serviços Regionais ou Centrais do Ministério da Saúde
		Segurança	Utentes
			Profissionais
			Gestão Risco
	Centralidade do Cidadão		
Formação	Interna	Equipa Multiprofissional	
	Externa	Internos / Alunos	
Atividade Científica	Artigos, Comunicações, Conferências	UF e/ou seus profissionais como formadores externos	
	Trabalho de Investigação		

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Geral

Fonte: ARSC

ID Indicador	Código SIARS	Qualificação
2	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas médicas
4	2013.004.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos
66	2013.066.01	Proporção medicam. faturados, que são genéricos
90	2013.090.01	Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.)
100	2013.100.01	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos
205	MORB.205.01	Proporção de utentes com "hipertensão arterial"
206	MORB.206.01	Proporção de utentes c/ "perturb. depressivas"
207	MORB.207.01	Proporção de utentes com "demência"
208	MORB.208.01	Proporção de utentes com "asma"
254	2017.254.01	Rácio PVP quinolonas e antibiót. fatur.
264	2013.264.01	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.)
324	2016.324.01	Taxa de internamento por hipertensão arterial
325	2016.325.01	Taxa de internamento por ICC
326	2016.326.01	Taxa de internamento por pneumonia em adultos
328	2016.328.01	Taxa de internam. evitáveis na população adulta
405	2018.405.01	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente

Tabela 3 - Indicadores de Contratualização

Fonte: ARSC

Neste estudo, estará implícita a análise de indicadores de contratualização para CSP e, em particular indicadores de acesso, de qualidade e de eficiência. Ao aplicar o conceito dos três indicadores a sua análise servirá para entender o nível de recursos que a saúde tem disponível para os seus utentes e definir metas sustentáveis para o desenvolvimento do setor da saúde, nos CSP.

Capítulo VI – Aspectos Metodológicos

6.1. Dados e Variáveis

Para o desenvolvimento da parte empírica deste relatório são utilizados dados administrativos que se encontram centralizados no sistema de informação da ARS - Centro, designado por SIARS. A plataforma SIARS contém e centraliza toda a informação referente a múltiplas dimensões do funcionamento das Unidades de Saúde referentes aos CSP da Região Centro. Mais adiante, neste relatório, serão apresentados alguns indicadores relevantes para o nosso estudo. Toda a informação está disponível através da ferramenta *Business Intelligence*, permitindo acesso, recolha, tratamento, organização e partilha de informação disponível. Em contrapartida, não é facultada a possibilidade de inserir ou alterar informação.

Cada utilizador do SIARS tem acesso a três diferentes fontes de informação distintas, designadamente, o Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS) que contém dados administrativos, o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) apresenta os módulos clínicos e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) apresenta o modulo enfermagem. O utilizador da plataforma também deve ter em atenção a periodicidade dos dados carregados, isto porque, os dados são inseridos com periodicidade mensal mas, com um prazo estipulado para serem carregados como os dados de utentes de todas as Unidades de Saúde (parte do SINUS) do mês anterior devem ser carregados até o dia 5 de cada mês. Os dados de produção (SINUS, SAM e SAPE) do mês anterior devem ser carregados no fim de semana, após o dia 10 de cada mês e todos os dados referentes aos indicadores de Contratualização devem estar disponíveis até ao dia 20 de cada mês.

Para aceder à plataforma de informação o utilizador tem um *link* que deve colocar no *browser* e, de seguida utilizar as suas credencias de acesso, nome de utilizador e palavra-passe. Quando o utilizador entra no SIARS são-lhe facultadas diferentes pastas que correspondem a diferentes projetos como indicadores, conferência de faturas, entre outros.

Toda a base de dados está dividida em relatórios, por exemplo quando o objetivo é obter o total de consultas para um determinado ACES obtém-se o relatório, P01_01_R01_Total

de Consultas, com toda a informação pré-selecionada. Para a execução de um relatório é necessário preencher alguns passos, para que, o relatório apresente informação adequada, passos esses designados por “*prompts*”, que na sua maioria são obrigatórios. O objetivo é responder a questões relativas ao intervalo de observação pretendido, Unidades de Saúde, Indicadores de contratualização, entre outros.

Todos os dados disponíveis são exportados de acordo com a informação que é selecionada e pretendida. A exportação do relatório poderá ser feita em formato PDF ou em Excel. Depois de selecionar o formato de exportação mais adequado para a situação em causa será aberto uma nova janela onde apresenta mais configurações e, de seguida seleciona-se a opção exportar.

Para a análise dos indicadores foram objeto de estudo as unidades de saúde da região de Coimbra, estudo que contribuirá para o desenvolvimento da plataforma do projeto Coimbra 2030. São 19 concelhos que integram a CIM-RC. Arganil, Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Góis, Lousã, Mealhada, Mira, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Mortágua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela, Soure, Tábua e Vila Nova de Poiares. Fazem ainda parte dos nossos objetivos a análise de ACES da CIM-RC: ACES Baixo Mondego e ACES Pinhal Interior Norte.

Serão salientados os resultados das análises aos dados do ACES Baixo Mondego e ao ACES Pinhal Interior Norte. No entanto, o último ACES referido contém concelhos que não pertencem ao distrito de Coimbra: designadamente, Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos e Pedrógão Grande, dada a impossibilidade de os resultados não desagregáveis por concelho e, nesta situação, a informação relevante é apenas concelhos que estejam integrados no projeto Coimbra 2030. Foram, assim, assumidos na totalidade os valores para o ACES PIN. No entanto, este procedimento não irá influenciar os valores de forma significativa porque são apenas 5 concelhos e apresentam uma percentagem reduzida de utentes inscritos, cerca de 25%.

Serão analisados os valores dos indicadores recorrendo a períodos homólogos para facilitar a comparação dos resultados, diferença entre 2020 e anos anteriores com o mesmo período de análise, sendo este último ano apenas entre janeiro a agosto, para cada indicador em análise. Foram selecionados os indicadores de acesso, qualidade e eficiência

que se consideraram permitir identificar impactos que afetaram os serviços prestados de saúde em CSP. De seguida, foram exportados relatórios do sistema de informação SIARS, para o ano todo de 2018 e 2019 e, 2020 até ao mês de agosto, onde todos os dados foram trabalhados de modo a identificar atividades pertinentes que identifiquem a população que não poderiam prescindir dos serviços de saúde mesmo durante a pandemia provocada pelo vírus, SARS-COV-2.

Para os indicadores de acesso, a análise não tem por base o BI – CSP, ao contrário dos indicadores de qualidade e eficiência. Posto isto, foi feita uma desagregação do número de consultas por consultas presenciais e não presenciais e, ao número de consultas realizadas e integradas no programa de vigilância (planeamento familiar, saúde materna, rastreios oncológicos, hipertensão, diabetes, saúde infantil e ficha individual) e, nesta fase, não serão tidos em atenção os indicadores de contratualização por não apresentar informação que permita analisar o acesso existente pré e pós COVID.

Para a análise de consultas presenciais e não presenciais recorreu-se à plataforma de informação, SIARS, que apresenta um relatório direcionado para consultas programadas e não programadas e descreve o tipo de contacto que o médico de família teve com o doente, por contato direto que equivale a consulta presencial e indireto é o oposto, a consulta não presencial.

Os Indicadores de Qualidade (Tabela 4) e Eficiência (Tabela 5) foram selecionados a partir de um ficheiro Excel, facultado por profissionais da ARSC, onde descrevia a que categoria cada indicador se enquadrava.

Código SIARS	Nome do Indicador
2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado;
2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado;

Tabela 4 - Indicadores de Qualidade

Código SIARS	Nome do Indicador
2013.068.01	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP);
2013.090.01	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS);

Tabela 5 - Indicadores de Eficiência

Todos os dados remetem para um horizonte temporal desde 2018 a 2020, com uma periodicidade mensal. Tendo em conta apenas aos ACES de Baixo Mondego e ACES Pinhal Interior Norte por conterem informação para os concelhos que integram a Região de Coimbra. Sendo que o ACES PIN apresenta concelhos que não pertencem a Coimbra, pelo motivo de não haver hipótese de excluir esses concelhos e o número de população que não é de Coimbra não é significativo.

6.2. Métodos

Para a exploração do tema deste estudo foi essencial uma fonte de dados robusta. Posteriormente, foi necessário recolher e selecionar os dados recorrendo a duas fontes:

- Reuniões com colaboradores da ARSC e do DSP, que permitiram a aquisição de conhecimento sobre a prática dos indicadores de contratualização e, ainda à forma como a recolha de informação é possível para o principal objetivo da investigação;
- Apresentação de documentos como, bilhete de identidade dos indicadores de contratualização, relatórios de atividade da ARS Centro, regulamentos internos e pareceres com a descrição de medidas impostas nos serviços de saúde primários.

Com vista a permitir a compreensão e o tratamento dos dados obtidos desde indicadores, a resultados previstos e reais foram elaborados quadros, tabelas, gráficos recorrendo ao Excel. Esta sistematização permitiu conhecer e compreender tendências e

comportamentos temporais das variáveis em estudo tendo sido, para o efeito, efetuados cálculos de variações entre resultados mensais de cada ano.

Essa sistematização dos dados foi efetuada em cinco fases:

- Na primeira, foram efetuadas recolhas individuais de valores que remetessem para avaliação do acesso em CSP e dos indicadores de Qualidade e Eficiência sempre para cada ACES;
- Na segunda, foi elaborado um documento em formato Excel onde foram selecionados todos os dados considerados pertinentes, desde janeiro de 2018 a agosto de 2020, com periodicidade mensal;
- Na terceira, houve uma análise para avaliar se as séries temporais continham valores a serem acumulados mensalmente, e em caso afirmativo seria necessário encontrar uma forma expedita e rápida para conseguir obter valores mensais não acumulados;
- Na quarta fase, foram construídas tabelas dinâmicas para sintetizar toda a informação num formato final que poderia ser analisado através da elaboração de gráficos e construção de tabelas que sintetizavam os dados;
- Na quinta etapa, foi efetuada uma análise descritiva dos resultados obtidos e das variações calculadas, obtendo capacidade explicativa mediante medidas impostas e divulgadas pelo serviço nacional de saúde.

Capítulo VII – Resultados

Neste capítulo apresenta-se um conjunto de resultados obtidos pela análise dos dados atrás referidos. Pretende-se avaliar o comportamento temporal de séries de dados, que refletem indicadores diversos, com o objetivo de identificar alterações que possam ser atribuídas à pandemia.

7.1. Resultados Referentes a Indicadores de Acesso

Começamos por analisar o indicador que reflete o número de consultas realizadas por utentes inscritos no ACES Baixo Mondego e no ACES Pinhal Interior Norte desde janeiro a agosto, com periodicidade mensal, para os três anos em análise, 2018, 2019 e 2020.

Em resumo, os seguintes indicadores serão objeto de análise:

- Consultas Presenciais e Consultas Não Presenciais;
- Consultas do Programa de Vigilância:
 - Consultas de Planeamento Familiar;
 - Consultas de Saúde Materna;
 - Consultas de Adultos;
 - Consultas de Hipertensos;
 - Consultas de Diabetes;
 - Consultas de Saúde Infantil.

Consultas Presenciais e Consultas Não Presenciais

As consultas presenciais consistem na atividade assistencial presencial que os profissionais de saúde têm com o utente do centro de saúde. Em plena pandemia as atividades de todas as unidades de saúde foram reduzidas a serviços mínimos, implicando um reajustamento dos serviços de modo a garantir parte dos serviços como:

- “Consultas do recém-nascido e diagnóstico precoce aos recém-nascidos até ao 6º dia de vida;

- Cumprimento do programa nacional de vacinação;
- Acompanhamento à puérpera, com marcação simultânea com a consulta do recém-nascido;
- Acompanhamento de saúde materna, preferencialmente após contato telefônico prévio pelo médico;
- Distribuição de contraceptivos, incluindo a contraceção de emergência, após triagem telefônica prévia;
- Encaminhamento para Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG);
- Reavaliação de situações clínicas em seguimento nos CSP que impliquem gravidade clínica, incluindo os tratamentos inadiáveis;
- Acompanhamento nas situações de doença aguda;
- Consulta de seguimento a doentes em situação de incapacidade para o trabalho, se não puder ser substituída por uma avaliação à distância;
- Cuidados no domicílio em situações agudas ou agudizadas a doentes com dependência (após triagem médica);
- Interligação e colaboração em rede com as áreas dedicadas para avaliação e tratamento de doentes COVID-19.”

Fonte: ARSC

As consultas não presenciais são definidas como aquelas consultas em que o utente não se pode deslocar às instalações onde os serviços de saúde são prestados ou então são situações em que o médico de família passa a receita médica para que seja possível o levantamento do seu medicamento numa farmácia. A readaptação neste período da pandemia foi necessária, e a utilização de consultas não presenciais foram promovidas através de meios diversos, tais como telefone, e-mail, Whatsapp, Skype, entre outros. O objetivo das consultas não presenciais foi o de preservar a continuidade nos cuidados, evitando ao máximo a deslocação e aglomeração de utentes nas unidades de saúde.

Os Gráficos de 1 a 4 representam o número de consultas presenciais (contato direto) e as consultas não presenciais (contato indireto). Ambos os gráficos revelam alguma estabilidade nos indicadores para anos de 2018 e 2019, apesar de alguma variabilidade, o que é perfeitamente natural.

As consultas presenciais foram, imediatamente, desmarcadas com o começo do confinamento em março. Assim, o número de consultas veio a diminuir, a partir de março, registando uma enorme quebra em abril sendo que, em 2020 o número de consultas foi de 19.237 enquanto que em termos médios 2018 e 2019 apresentaram um número de consultas presenciais foi de cerca de 35.000, originando uma queda de 45% em 2020 face a 2018 e 2019, isto para o ACES BM. Quanto ao ACES PIN o número de consultas presenciais realizadas começaram a quebrar também em março, registando o número de consultas mais baixo em abril de 2020, igual a 7.554, enquanto que o número de consultas em 2018 e 2019 em média foi de 13.615, resultando de uma variação percentual de -44,52% de 2020, face ao valor médio de 2018 e 2019. Após o mês de abril houve um aumento quanto ao acesso dos serviços presenciais nos CSP, pelo facto dos serviços estarem mais preparadas para uma doença infecciosa como a COVID-19.

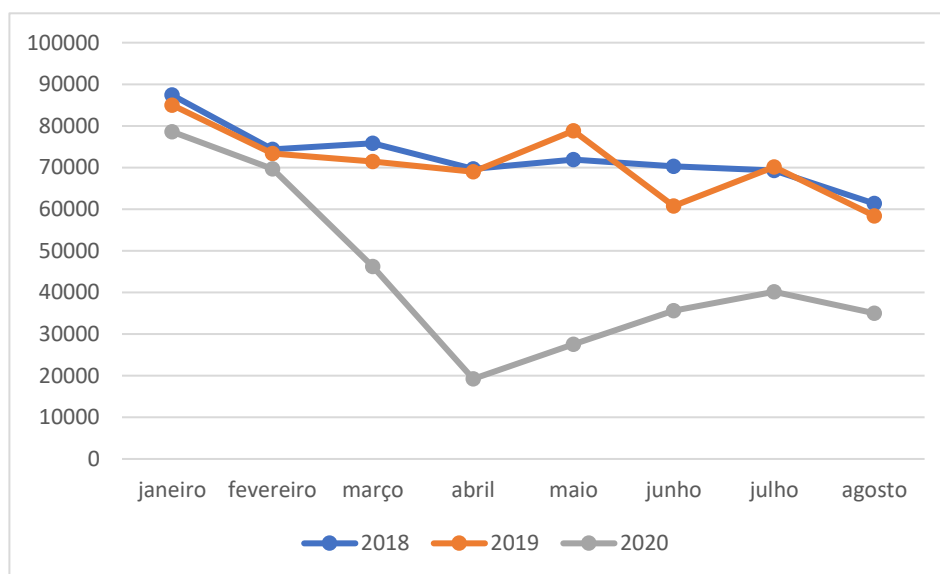


Gráfico 1 - Número de Consultas Presenciais do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

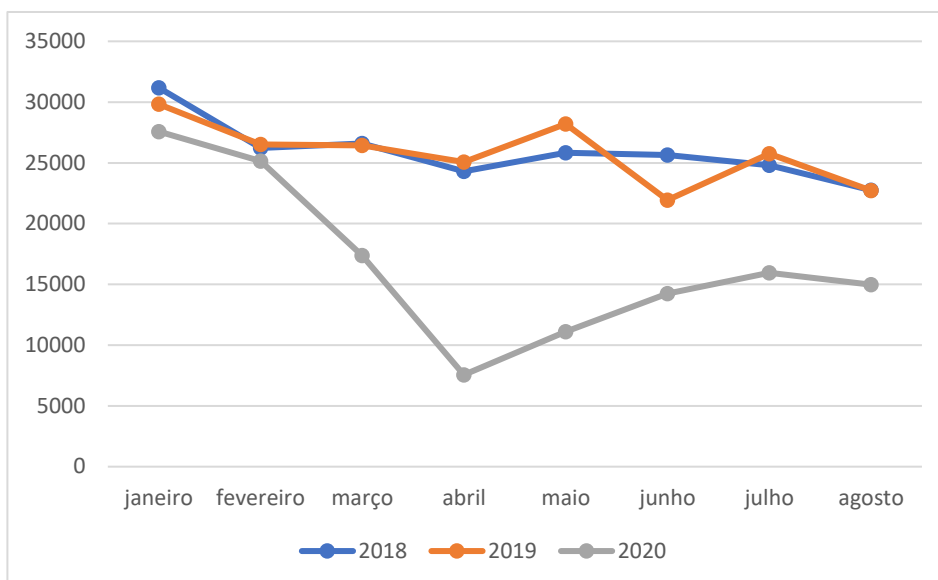


Gráfico 2 - Número de Consultas Presenciais do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Consultas Presenciais							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	86208,5	78607	-7601,5	-8,82%	30508	27578	-2930	-9,60%
fevereiro	42441	69660	27219	64,13%	16368	25154	8786,5	53,68%
março	73883,5	46227	-27656,5	-37,43%	26368	17388	-8979,5	-34,06%
abril	35000	19237	-15763	-45,04%	13615	7554	-6061	-44,52%
maio	73632	27523	-46109	-62,62%	26507	11109	-15398	-58,09%
junho	36199	35615	-584	-1,61%	14018	14246	228,5	1,63%
julho	69338,5	40129	-29209,5	-42,13%	24686	15946	-8739,5	-35,40%
agosto	36068,5	34981	-1087,5	-3,02%	13961	14976	1015,5	7,27%

Tabela 6 - Consultas Presenciais

Fonte: Elaboração Própria.

Em oposição ao que se observou no caso das consultas presenciais, verifica-se um aumento de consultas não presenciais em ambos os ACES BM e PIN. No ACES BM, desde março registou-se um aumento gradual do número de consultas não presenciais, em cerca de 57.717 e, simultaneamente, implicou um aumento de 62,05% face à média de consultas dos anos 2018 e 2019. O número de consultas em 2020, entre maio e julho, ultrapassaram o número médio de consultas de 2018 e 2019, o que em situações normais não aconteceria. Quanto ao ACES PIN o comportamento não foge ao esperado e, em

maio, regista-se o maior aumento de consultas face ao valor médio de 2018 e 2019, cerca de 55,51%, com um número de consultas não presenciais igual a 21.798, em 2020.

O aumento de consultas é justificado pelo receio por parte dos doentes de contraírem a doença COVID-19, e assim, muitos destes casos foram agilizados através da iniciativa de um telefonema do médico de família, pressupondo que o mesmo conhece o doente que necessita de uma resposta à sua solicitação.

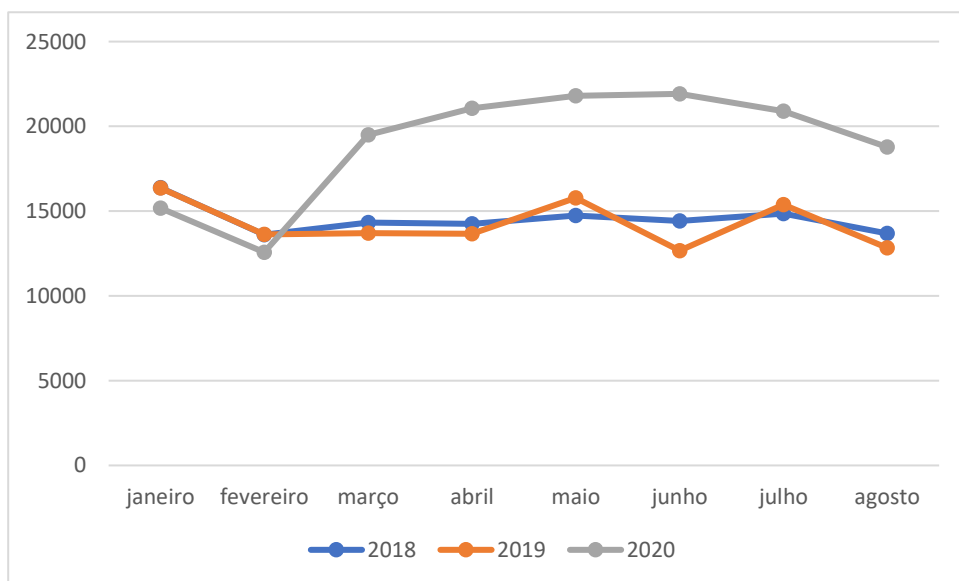


Gráfico 3 - Número de Consultas Não Presenciais do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Consultas Não Presenciais							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	42441	42122	-319	-0,75%	16368	15171	-1196,5	-7,31%
fevereiro	73883,5	34917	-38966,5	-52,74%	26368	12573	-13794,5	-52,32%
março	35000	56717	21717	62,05%	13615	19500	5885	43,22%
abril	73632	63022	-10610	-14,41%	26507	21071	-5436	-20,51%
maio	36199	68451	32252	89,10%	14018	21798	7780,5	55,51%
junho	69338,5	70968	1629,5	2,35%	24686	21917	-2768,5	-11,22%
julho	36068,5	73781	37712,5	104,56%	13961	20896	6935,5	49,68%
agosto	75369,5	63648	-11721,5	-15,55%	27016	18776	-8239,5	-30,50%

Tabela 7 - Consultas Não Presenciais

Fonte: Elaboração Própria.

Consultas do Programa de Vigilância

Em plena pandemia, as autoridades de saúde tiveram a necessidade de agir o quanto antes e tomar medidas para que a contenção do vírus fosse atingida e que o nível de contágio fosse o menor possível até à chegada da vacina. A 13 de março de 2020 foram divulgadas normas de reestruturação dos serviços de saúde devido à existência da COVID-19. Todos os serviços assegurados pelas USF ou UCSP tinham como dever de:

- “Garantir uma escala de atendimento telefónico de cada setor profissional durante o período de funcionamento da USF/UCSP;
- Privilegiar-se o contato telefónico, contato via e-mail, outros contatos indiretos e visitas domiciliárias programadas, quando necessárias;
- Telefonar aos utentes com consultas agendadas e acordar com eles que tipo de seguimento fica reprogramado;
- Ter na equipa pelo menos um médico dedicado à validação de casos suspeitos;
- Todos os contatos diretos ou indiretos devem ser aproveitados para aconselhamento no âmbito da higiene das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento social.”

Fonte: ARSC

Nas consultas do programa de vigilância são integradas:

- Consultas de Planeamento Familiar;
- Consultas de Saúde Materna;
- Rastreamentos Oncológicos;
- Consultas de Hipertensão;
- Consultas de Diabetes;
- Consultas de Saúde Infantil.

Neste estudo será desenvolvida a análise para as consultas de planeamento familiar, consultas de saúde materna, consultas de hipertensão, consultas de diabetes e consultas de saúde infantil. Foram excluídos os rastreios oncológicos, devido à informação não ser linear e não corresponder à informação pretendida para o estudo em causa. No entanto, os rastreios do cancro da mama, do colo do útero, do colo retal, retinopatia diabética e saúde visual infantil foram suspensos a 13 de março recomeçando a sua atividade em junho do mesmo ano.

Consultas de Planeamento Familiar

O planeamento familiar permite que a mulher e o homem tenham acesso a toda a informação acerca de métodos de contraceção, a serviços de saúde, que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável, para todos os indivíduos em idade fértil, mulheres até aos 54 anos e homens sem limite de idade.

As consultas de planeamento familiar são uma das atividades que requerem contato direto com o doente, segundo a DGS, para situações como:

- “Fornecimento de contraceptivos, incluindo os de emergência;
- Resposta ao pedido de referência para interrupção voluntária da gravidez;
- Consulta de planeamento familiar após interrupção voluntária da gravidez.”

Fonte: ARSC

Após o cancelamento de consultas de planeamento familiar foi registado, em março 2020, uma quebra na realização de consultas, em -2.040 para o ACES BM e -453 para o ACES PIN face o valor médio de 2018 e 2019. No entanto, é em abril que se visualiza o real

impacto que a pandemia está a ter neste serviço de saúde pois, foi o mês com a maior redução de consultas face ao número médio dos anos 2018 e 2019 para o ACES BM de -77.05% e para o ACES PIN de -81,29%. O número médio de consultas estava na ordem das 4.000 (ACES BM) e das 1.000 (ACES PIN) e com o começo das restrições impostas permitindo um parcial funcionamento do serviço o número de consultas até agosto de 2020 nunca atingiu os valores médios referidos, como se pode visualizar na Tabela 8.

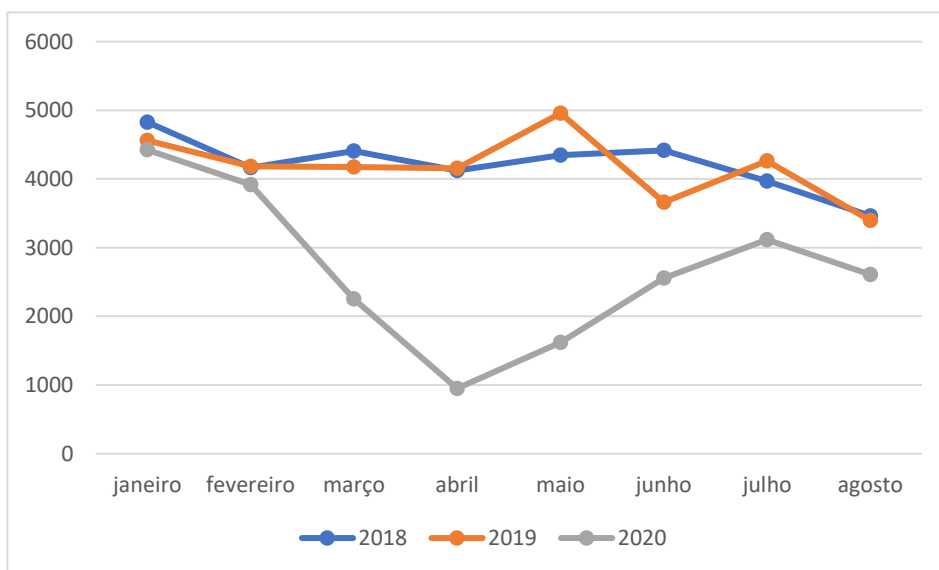


Gráfico 5 – Número de Consultas Planeamento Familiar do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

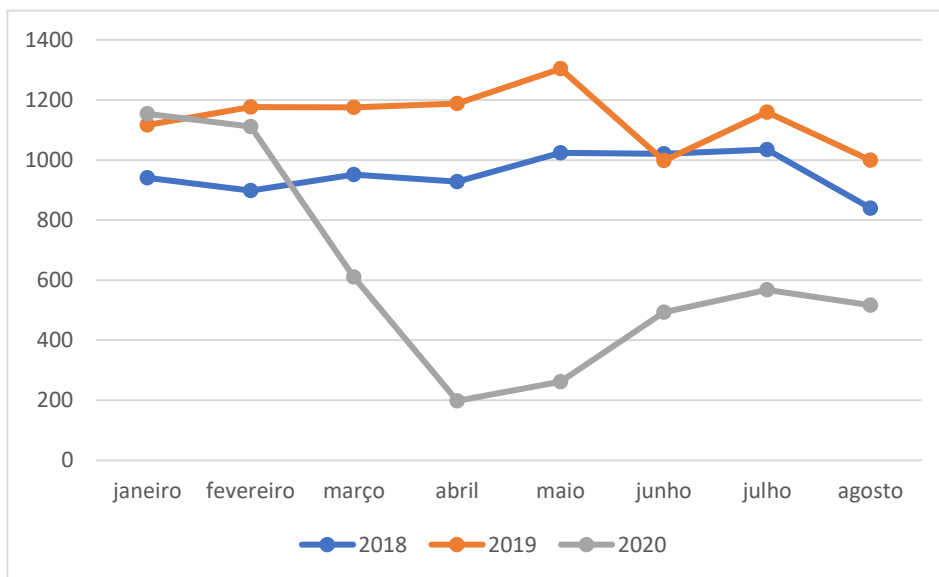


Gráfico 6 – Número de Consultas Planeamento Familiar do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Consultas Planeamento Familiar							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	4695	4424	-271	-5,77%	1029	1154	125	12,15%
fevereiro	4173,5	3919	-254,5	-6,10%	1037,5	1111	73,5	7,08%
março	4292	2252	-2040	-47,53%	1063	610	-453	-42,62%
abril	4139,5	950	-3189,5	-77,05%	1058	198	-860	-81,29%
maio	4651	1619	-3032	-65,19%	1164	262	-902	-77,49%
junho	4039	2556	-1483	-36,72%	1009,5	493	-516,5	-51,16%
julho	4116,5	3114	-1002,5	-24,35%	1097	568	-529	-48,22%
agosto	3429	2610	-819	-23,88%	920	516	-404	-43,91%

Tabela 8 - Consultas Planeamento Familiar

Fonte: Elaboração Própria.

Consultas de Saúde Materna

Numa situação como a gravidez o adiamento de uma consulta, ou mesmo, o não acompanhamento da gestação da grávida poderá ser prejudicial. Muitas grávidas se, não forem devidamente acompanhadas, têm uma maior incidência em desenvolver complicações durante a gestação. Assim, este serviço de saúde foi mantido por contato direto e para situações de:

- “Primeira consulta de gravidez;
- Avaliação de intercorrências na gravidez em qualquer idade gestacional;
- Administração de imunoglobulina anti-D às 28 semanas e a TDPA (Boostrix) às 30 semanas de gestação;
- Referenciação para a consulta hospitalar quando necessário;
- Consulta de revisão do puerpério até 42º dia pós o parto.”

Fonte: ARSC

Com a chegada da pandemia não deixou de ser prioridade dar continuidade a consultas de grávidas e isso reflete-se nos dados apresentados de seguida. A confirmação de que os serviços de saúde materna continuaram ativos vem através dos Gráficos 7 e 8. O número de consultas no ACES BM em março de 2020 foi de 1.718, quando o valor médio de 2018 e 2019 é de 1.602 e o número mais baixo foi em fevereiro com um número de 1.524, com

um valor médio de 1.548 face ao período homólogo dos dois anos anteriores a 2020 e, logo a seguir, o mês de agosto com 1.529, também com um valor médio de 1.612, que tende sempre a sofrer uma quebra por ser um mês de férias para muitas famílias. Já no ACES PIN apresenta uma tendência decrescente quanto ao número de consultas realizadas porque, a partir de abril, se verifica temos uma grandeza sempre na ordem das 400 consultas. Quando existiam quebras no número de consultas de saúde materna realizadas não eram muito significativas, nem justificadas pela pandemia existencial.

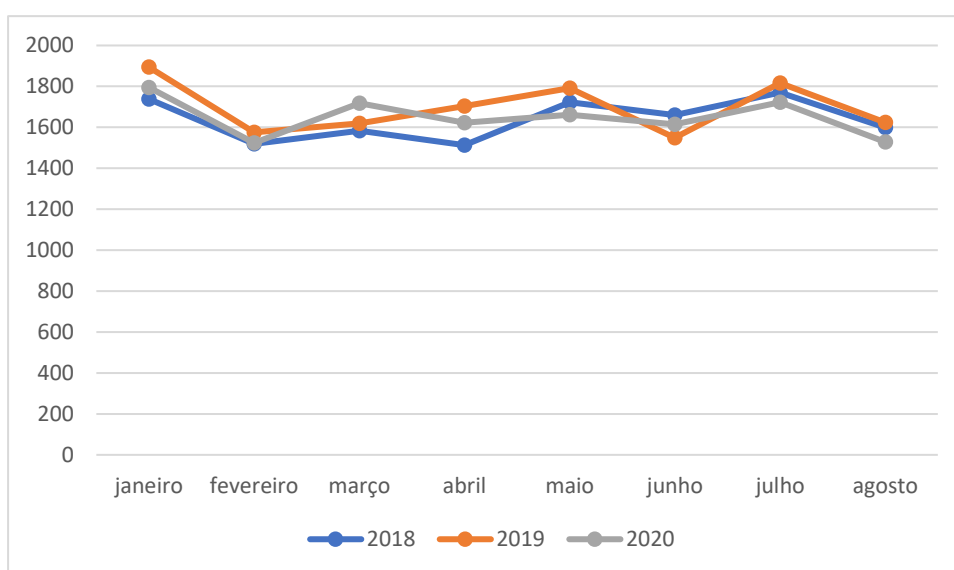


Gráfico 7 – Número de Consultas Saúde Materna do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

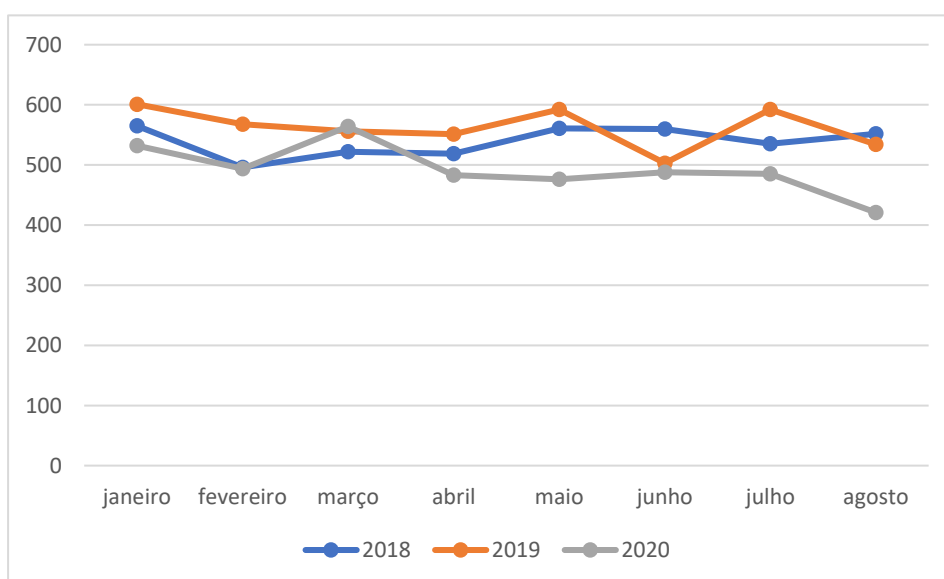


Gráfico 8 – Número de Consultas Saúde Materna do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

Consultas Adultos

As consultas de adultos são realizadas a utentes com idade igual ou superior a 18 anos em que têm acesso a consultas para receber o devido acompanhamento por parte do seu médico de família e ou enfermeiro. Sendo que, em março foram revistas as consultas de adultos que deveriam dar continuidade à sua atividade e, por isso, foi decidido o seguinte:

- “Resposta às situações de doença aguda;
- Atendimento/referenciação de utente com resultados sugestivos de doença oncológica e descompensação de doentes crónicos (Diabetes, DPOC, Hipertensão, entre outras);
- Prestar assistência aos utentes em início de insulino terapia;
- Emissão de certificados de incapacidade temporária para o trabalho ou de assistência à família, privilegiando o contato indireto;
- Avaliação de Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), preferencialmente em contato indireto;
- Renovação de receituário crónico, preferencialmente em contato indireto.”

Fonte: ARSC

Hipertensão e diabetes são dos principais programas de vigilância que requerem mais atenção e que passarei a enunciar a análise, quanto ao desenrolar do comportamento que estas atividades tiveram com o começo da pandemia.

Consultas de Hipertensão

O acompanhamento constante de doentes hipertensos é fundamental pelo facto de a hipertensão arterial ser o fator de risco cardiovascular muito relevante. Assim, estes doentes merecem especial atenção regularmente, para garantir que o doente cumpra um estilo de vida saudável, tendo sempre em conta algumas considerações como, moderação do consumo de álcool, aumento no consumo regular em vegetais e frutas, redução de peso e a regular atividade de exercício físico.

Por outro lado, o doente passa a estar pendente de medicação que necessita de uma regular avaliação pelo seu médico para decidir o que deve ou não tomar e, com a chegada da COVID-19 a adesão regular a este tipo de consultas veio a reduzir bastante, pois, houve muitas desmarcações de consultas e o reagendamento para uma data posterior o que se refletiu na redução do número de consultas e, de seguida, um gradual aumento de consultas. Para além disso, os doentes optaram por comprar a sua medicação para vários meses, devido ao medo provocado pela pandemia, o que não deixa de ser preocupante porque, a qualquer momento um doente hipertenso está sujeito a alterar a sua medicação e, caso não o faça poderá agravar o seu quadro clínico.

No período em análise existem quebras no número de consultas de utentes hipertensos, nos meses de verão, que se justifica pela ausência dos profissionais de saúde ou utentes por escolherem os meses de verão para usufruir das suas férias.

Já em março de 2020, como expectável, houve uma redução de consultas maior que os meses referidos anteriormente devido à chegada da COVID-19, uma vez que, os serviços de saúde não estavam preparados e muitos dos utentes preferiram não arriscar. No entanto, o mês de abril foi o pior mês visualizando face ao período homólogo teve uma quebra de 43,59% no ACES BM e, uma quebra de 50,85% no ACES PIN. Posteriormente, o acesso às consultas foi ajustado, o que permitiu um aumento gradual do número de consultas, a partir de maio de 2020. No mês de agosto, voltou a existir uma quebra por ser um período muito frequente para as famílias usufruírem das suas férias de trabalho.

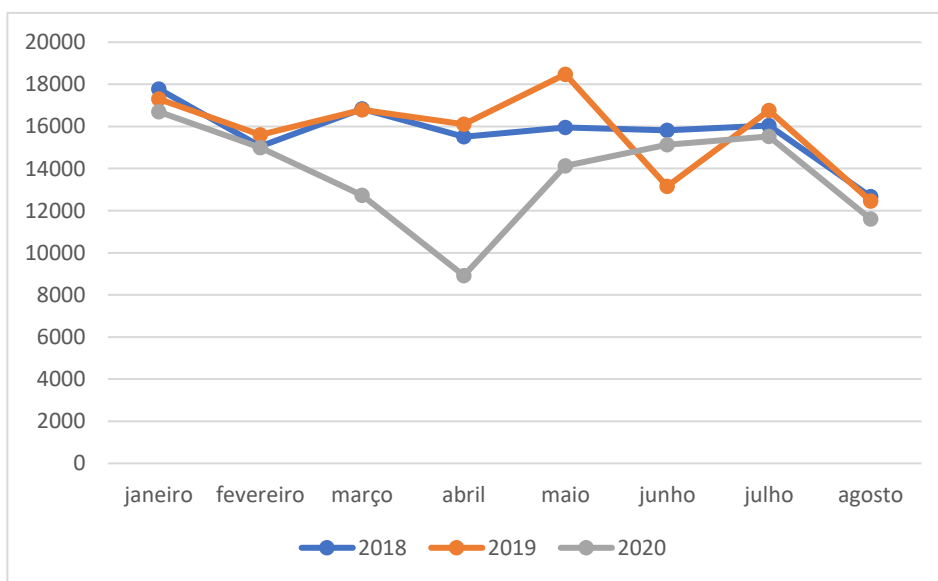


Gráfico 9 - Número de Consultas de Hipertensão do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

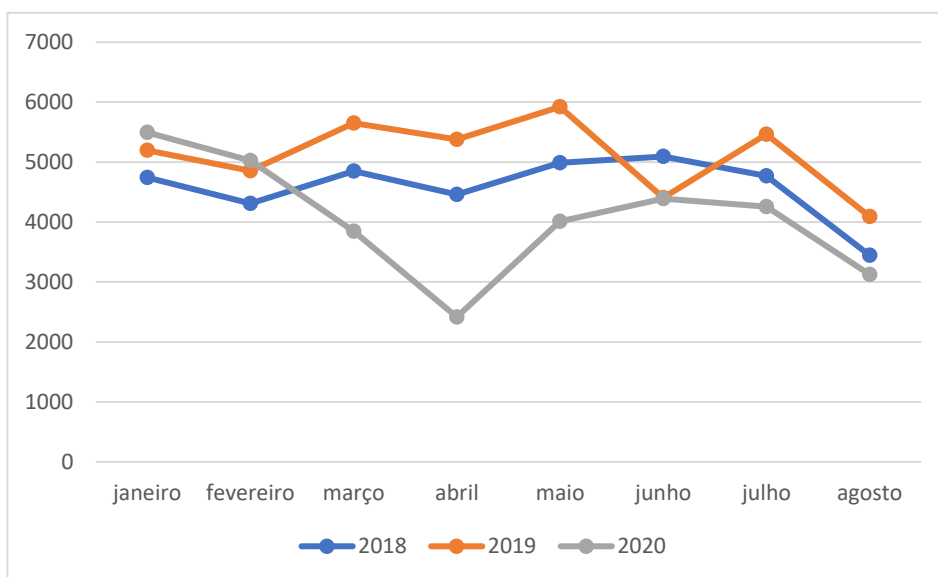


Gráfico 10 - Número de Consultas de Hipertensão do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Consultas de Hipertensos							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	17546,5	16700	-846,5	-4,82%	4971,5	5495	523,5	10,53%
fevereiro	15328,5	14998	-330,5	-2,16%	4583,5	5024	440,5	9,61%
março	16812,5	12724	-4088,5	-24,32%	5249,5	3845	-1404,5	-26,75%
abril	15806	8916	-6890	-43,59%	4918	2417	-2501	-50,85%
maio	17217,5	14133	-3084,5	-17,91%	5454,5	4012	-1442,5	-26,45%
junho	14480	15133	653	4,51%	4751	4392	-359	-7,56%
julho	16404	15525	-879	-5,36%	5114,5	4256	-858,5	-16,79%
agosto	12566	11604	-962	-7,66%	3769	3126	-643	-17,06%

Tabela 9 - Consultas de Hipertensos

Fonte: Elaboração Própria.

Consultas de Diabetes

Noutra situação e não menos importante, temos os diabéticos que sofrem de uma doença com várias complicações associadas, desde doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia. E, por isso, devem ter um acompanhamento adequado, porque podem por exemplo, necessitar de receber nova medicação para reduzir eventuais complicações, entre outros cuidados que não devem ser menosprezados.

Quanto às consultas de diabetes, estas apresentam um comportamento muito semelhante à situação anterior. As consultas para utentes com diabetes foram desmarcadas, no início da pandemia e, isto reflete-se no mês de abril registando uma rutura nas consultas em 27,17% no ACES BM e em 44,03% no ACES PIN, face à média do período homólogo com os valores de 2020, sendo que, a média de 2018 e 2019 é de 7.864 consultas para o mês de abril e em 2020 o valor atingiu apenas 5.727 consultas no ACES BM e, o valor médio para o ACES PIN foi de 2.469 consultas enquanto que, o número registado em 2020 foi de 1.382.

Nos meses seguintes, conforme as medidas eram impostas foram reagendas as consultas e os doentes começaram a ir às suas consultas de rotina. Perante as novas medidas e condições para que estas se concretizassem dentro da dita normalidade, nomeadamente, a efetivação da consulta presencialmente ou por telefone e a garantia do receituário aos doentes numa consulta agendada para evitar deslocações desnecessárias ou a falhas terapêuticas.

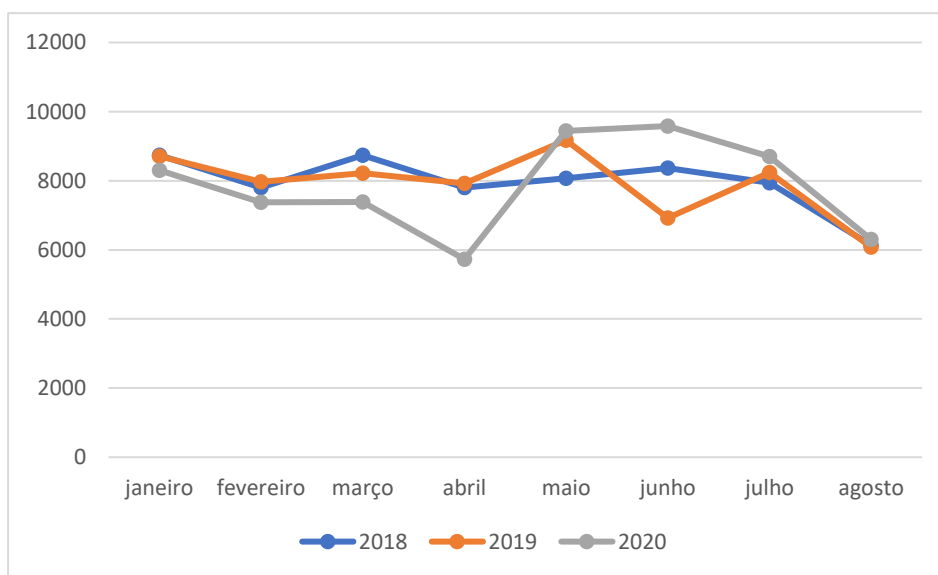


Gráfico 11 - Número de Consultas de Diabetes do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

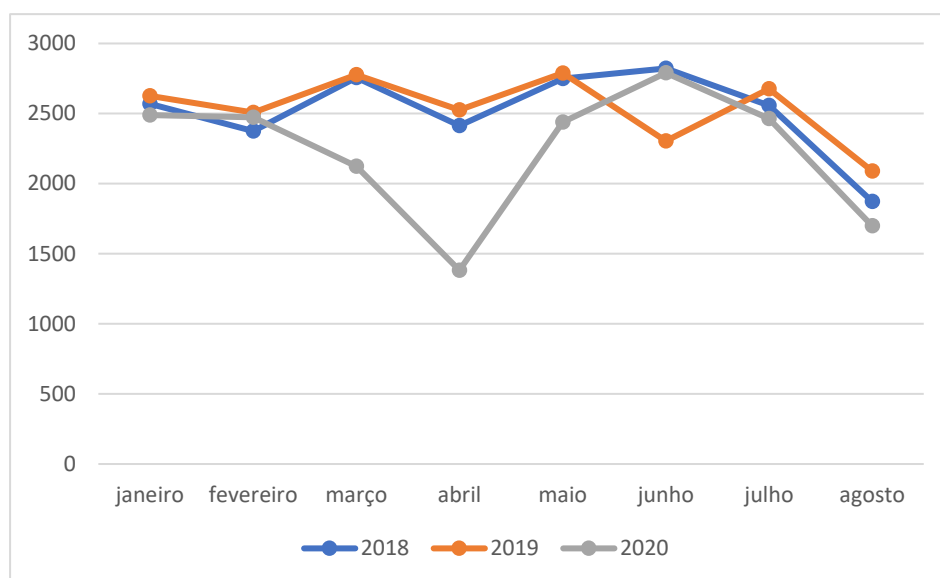


Gráfico 12 - Número de Consultas de Diabetes do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Consultas de Diabetes							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	8722,5	8306	-416,5	-4,78%	2597	2490	-107	-4,12%
fevereiro	7884,5	7374	-510,5	-6,47%	2441	2473	32	1,31%
março	8476	7384	-1092	-12,88%	2766,5	2124	-642,5	-23,22%
abril	7864	5727	-2137	-27,17%	2469	1382	-1087	-44,03%
maio	8623	9444	821	9,52%	2769	2438	-331	-11,95%
junho	7641	9582	1941	25,40%	2562,5	2790	227,5	8,88%
julho	8084	8698	614	7,60%	2617	2465	-152	-5,81%
agosto	6106	6302	196	3,21%	1981,5	1699	-282,5	-14,26%

Tabela 10 - Consultas de Diabetes

Fonte: Elaboração Própria.

Consultas de Saúde Infantil

O conceito destas consultas dedica-se à vigilância, promoção da saúde e prevenção das crianças e jovens desde 0 meses aos 18 anos de idade, de modo a cumprir com o calendário de vigilância normalizado pela DGS. Em plena pandemia as consultas presenciais dadas tiveram apenas o foco para situações como:

- “Rastreio metabólico do recém-nascido;
- Primeira consulta de vida do recém-nascido;
- Atualização do Plano Nacional de Vacinação;
- Cuidados em situação do Plano Nacional de Vacinação.”

Fonte: ARSC

Estas consultas mais uma vez, são um tipo de serviços que em plena pandemia não pode deixar de ser desempenhado. O acompanhamento de recém-nascidos e o plano nacional de vacinação não pode ser simplesmente adiado porque, existe um rigor em seguir um plano determinado pelo médico de família.

Nesta situação, nem todos os utentes com consulta marcada tiveram consulta presencial, e, segundo a legislação, o médico de família tinha a obrigação de exercer a consulta, mas de forma remota.

Não deixou de haver consultas de saúde infantil, dando prioridade às situações inevitáveis, apresentadas anteriormente, mas houve muitas desmarcações. Posto isto, houve uma quebra de consultas em março 2020, 34,13% face ao valor médio de 2018 e 2019, no ACES BM e de -25,77% face ao valor médio de 2018 e 2019, no ACES PIN. Nos seguintes meses a situação foi melhorando embora nunca ter chegado a atingir os valores médios do período homólogo, como se pode ver nos Gráficos 13 e 14 e na Tabela 11.

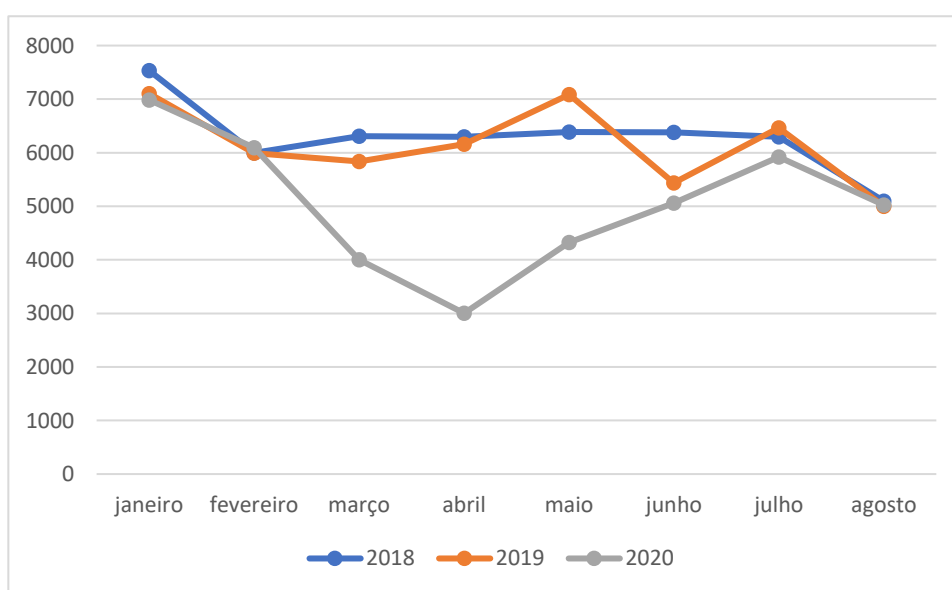


Gráfico 13 - Número de Consultas de Saúde Infantil do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

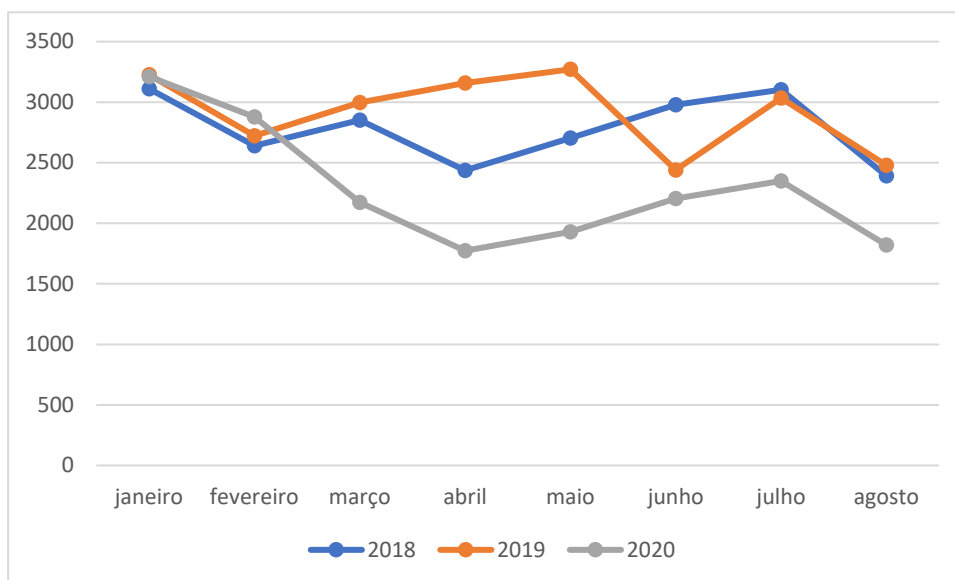


Gráfico 14 - Número de Consultas de Saúde Infantil do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Consultas de Saúde Infantil							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	7319,5	6986	-333,5	-4,56%	3169	3211	42	1,33%
fevereiro	5996	6094	98	1,63%	2682	2878	196	7,31%
março	6072,5	4000	-2072,5	-34,13%	2924,5	2171	-753,5	-25,77%
abril	6227	3003	-3224	-51,77%	2797,5	1773	-1024,5	-36,62%
maio	6736	4323	-2413	-35,82%	2987,5	1930	-1057,5	-35,40%
junho	5908	5060	-848	-14,35%	2709	2205	-504	-18,60%
julho	6378	5918	-460	-7,21%	3068	2350	-718	-23,40%
agosto	5048,5	5026	-22,5	-0,45%	2436	1822	-614	-25,21%

Tabela 11 - Consultas de Saúde Infantil

Fonte: Elaboração Própria.

7.2. Resultados Referentes a Indicadores de Qualidade

Para a seleção de indicadores de qualidade recorreu-se à base de dados que apresenta todos os indicadores disponíveis no sistema de informação, SIARS. Esta, apresenta diferentes parâmetros como “qualificação”, que foi utilizada para encontrar os

indicadores de qualidade. Posteriormente, foram selecionados os indicadores com uma análise fixa e eliminando a análise flutuante³, obtendo por fim os seguintes indicadores para análise:

- **25.** Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado;
- **43.** Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado.

Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado

A proporção de hipertensos com acompanhamento adequado tem como medida a contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial com acompanhamento adequado, em numerador e, contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, no denominador. Para o cálculo, os utentes têm de frequentar pelo menos uma consulta médica por ano, com o seu médico de família ou enfermeiro e apresentar algum registo em como o utente fez um controlo de pressão arterial ou controlo de outros fatores coexistentes. Este indicador tem como objetivo monitorizar o programa de hipertensão em CSP e, segundo as normas da DGS.

O acompanhamento adequado de um doente hipertenso é essencial, ainda mais, quando a tendência é aumentar o número de doentes a cada ano que passa. O sistema de saúde tem de ser capaz de responder em torno da prevenção, da intervenção e do tratamento adequado, de modo a que todos os doentes sejam referenciados e acompanhados.

³ “Análise Flutuante:

Indica se o indicador é calculado com um período em análise de amplitude constante (p.e. 12 meses), mas em que o início e o fim desse período vão avançando no tempo em intervalos iguais aos da frequência de monitorização do indicador (habitualmente 1 mês). Quando a data de referência do indicador é 31 de dezembro, os resultados calculados pelo método [Análise fixa] e [Análise flutuante] devem ser iguais.

Análise Fixa:

Indica se o indicador é calculado com um período em análise de amplitude crescente ao longo do ano, iniciando-se a 1 de janeiro de determinado ano (habitualmente do ano em curso) e terminando na data em que finda a monitorização. Assim, para um indicador X calculado pelo método [análise fixa], os resultados de 31 de janeiro monitorizam a atividade entre 1 e 31 de janeiro, os resultados de 28 de fevereiro monitorizam a atividade de 1 de janeiro a 28 de fevereiro e assim sucessivamente até 31 de dezembro (monitorizando a atividade entre 1 de janeiro e 31 de dezembro). Quando a data de referência do indicador é 31 de dezembro, os resultados calculados pelo método [Análise fixa] e [Análise flutuante] devem ser iguais.” (Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados Primários, 2017)

Em 2018 e 2019 o número de utentes que recebem acompanhamento adequado apresenta um comportamento semelhante, desde janeiro a agosto. Nos meses de verão existe uma quebra acentuada dos valores acumulados devido à ausência do médico de família ou utente por ser um período frequente para férias.

Janeiro e fevereiro de 2020 apresentam uma percentagem acumulada semelhante ao período homólogo. A partir de março de 2020 e, sem fugir ao expectável, houve uma grande diminuição de acompanhamento do médico ou enfermeiro devido à quebra de consultas por causa do “*lockdown*” provocado pela COVID-19. A maior diferença regista-se no mês de maio de 2020 de -31,28% no ACES Baixo Mondego e de -26,73% (Tabela 12) e sem conseguir recuperar a sua atividade pelo facto de em 2020 a sua percentagem é inferior à média de 2018 e 2019.

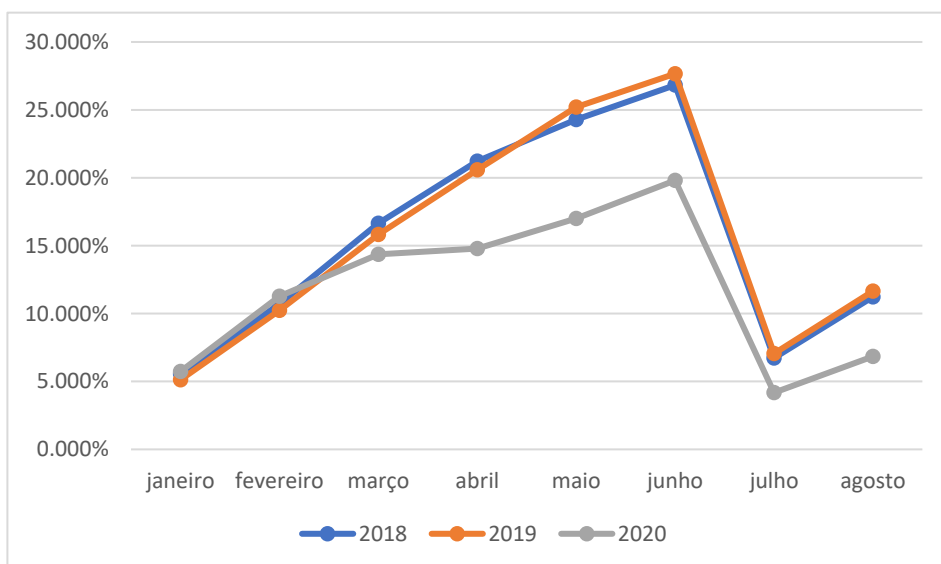


Gráfico 15 - Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

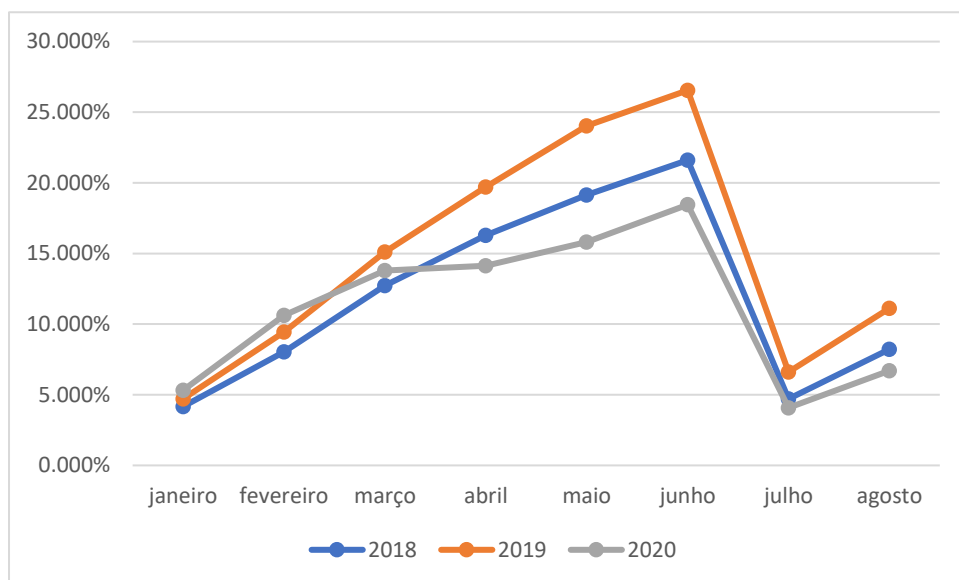


Gráfico 16 - Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	5,35%	5,75%	0,40%	7,40%	4,44%	5,33%	0,89%	20,05%
fevereiro	10,47%	11,28%	0,81%	7,76%	8,74%	10,63%	1,89%	21,62%
março	16,24%	14,37%	-1,86%	-11,48%	13,91%	13,78%	-0,13%	-0,91%
abril	20,91%	14,79%	-6,12%	-29,27%	17,99%	14,12%	-3,86%	-21,48%
maio	24,76%	17,01%	-7,74%	-31,28%	21,58%	15,81%	-5,77%	-26,73%
junho	27,24%	19,81%	-7,44%	-27,30%	24,08%	18,45%	-5,63%	-23,37%
julho	6,90%	4,18%	-2,72%	-39,45%	5,66%	4,08%	-1,58%	-27,90%
agosto	11,44%	6,85%	-4,59%	-40,13%	9,66%	6,69%	-2,97%	-30,73%

Tabela 12 - Proporção de Hipertensos com Acompanhamento Adequado

Fonte: Elaboração Própria

Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado

A proporção de diabéticos com acompanhamento adequado calculado pela divisão da contagem de utentes inscritos com diabetes com acompanhamento adequado, no numerador e da contagem de utentes inscritos com diabetes no denominador. Este indicador exprime a proporção de utentes com diabetes e que recebeu o devido acompanhamento.

As consultas para diabéticos foram consideradas como uma atividade que não poderia ser adiada, mesmo devido à COVID-19. E, perante a análise, verifica-se que o período de análise de 2018, face a 2019, apresenta um comportamento semelhante, quanto à atenção que os profissionais de saúde dão aos seus doentes. A quebra em julho e agosto para os três anos levam a crer que, a maioria dos utentes e profissionais de saúde, opta por usufruir das suas férias.

O acompanhamento a utentes diabéticos apresenta uma quebra nos serviços de saúde, por apresentarem baixas condições de saúde pública, perante a COVID-19 com um nível muito elevado de contágio. O défice de acompanhamento a utente por profissionais de saúde é visível, desde de março 2020, por a proporção acumulada de diabéticos, com acompanhamento adequado, ser sempre abaixo dos valores médios de 2018 e 2019, (Tabela 13) e, havendo uma maior diferença no mês de maio de -40,72% e de -29,26% em ambos os ACES.

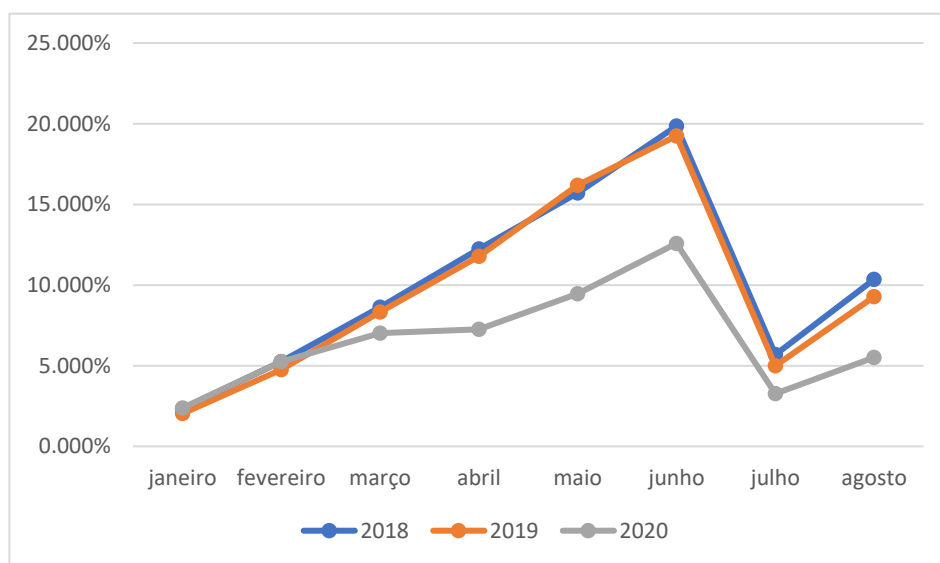


Gráfico 17 - Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

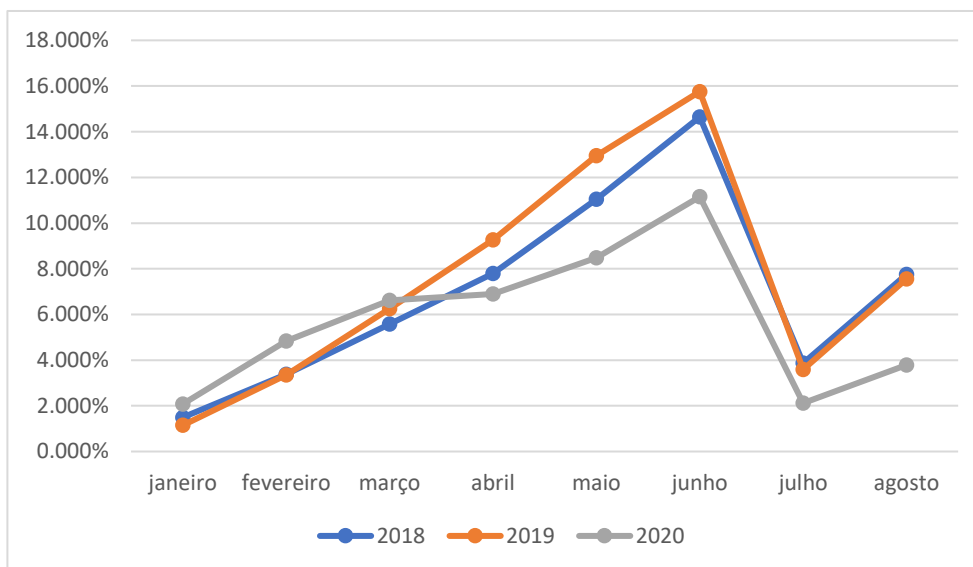


Gráfico 18 - Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

	Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado							
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	2,18%	2,38%	0,20%	9,20%	1,32%	2,08%	0,76%	57,47%
fevereiro	5,00%	5,24%	0,24%	4,78%	3,37%	4,84%	1,47%	43,72%
março	8,47%	7,02%	-1,45%	-17,11%	5,92%	6,62%	0,70%	11,90%
abril	12,01%	7,26%	-4,75%	-39,53%	8,53%	6,90%	-1,64%	-19,18%
maio	15,94%	9,45%	-6,49%	-40,72%	11,99%	8,48%	-3,51%	-29,26%
junho	19,55%	12,58%	-6,97%	-35,66%	15,20%	11,15%	-4,05%	-26,63%
julho	5,34%	3,27%	-2,08%	-38,85%	3,73%	2,12%	-1,61%	-43,28%
agosto	9,81%	5,51%	-4,30%	-43,86%	7,66%	3,79%	-3,87%	-50,56%

Tabela 13 - Proporção de Diabéticos com Acompanhamento Adequado

Fonte: Elaboração Própria.

7.3. Resultados Referentes a Indicadores de Eficiência

Para análise de indicadores de eficiência foram selecionados indicadores com características de despesas de medicamentos prescritos em CSP. Para esse efeito, recorreu-se a três indicadores de contratualização, de análise fixa (explícito no capítulo 7.2.), disponíveis na plataforma de informação do SIARS, descritos no BI – CSP e enquadrados no parâmetro de eficiência já definidos pelos órgãos da ARS, com diferentes fórmulas e que permitem analisar diferentes situações sendo esses:

- **66.** Proporção de Embalagens de Medicamentos Faturados, que são Genéricos;
- **90.** Despesa Média de Medicamentos Faturados, por Utente Utilizador (baseado no valor participado pelo SNS).

Proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos

Este indicador de contratualização tem como objetivo de controlar o número de embalagens prescritos e faturados de genéricos. Para isso, a divisão inclui no seu numerador a contagem de embalagens de medicamentos genéricos faturados e, em denominador, a contagem de embalagens faturadas.

Em 2018 e 2019, em período homólogo, obtiveram-se resultados com oscilações dos resultados sem discrepâncias, embora no ano de 2019 se verifica oscilações maiores, mas não representam alterações significativas. No entanto, em 2020 face ao mesmo período de 2018 e 2019 já apresenta picos significativos, pelo facto do confinamento ter sido imposto. Em março de 2020 o número de embalagens de medicamentos faturados foi de 428.984 no ACES BM e 165.194 no ACES PIN, levando a atingir valores superiores aos valores médios de 2018 e 2019 em ambos os ACES, como se pode verificar na Tabela 14.

O aumento é justificado pelo primeiro confinamento em que as pessoas preferiram comprar em grandes quantidades os seus medicamentos, para que, sair de casa, fosse evitado ao máximo, sofrendo uma quebra de faturação no mês seguinte e, regularizando os resultados de faturação de medicamentos nos meses seguintes.

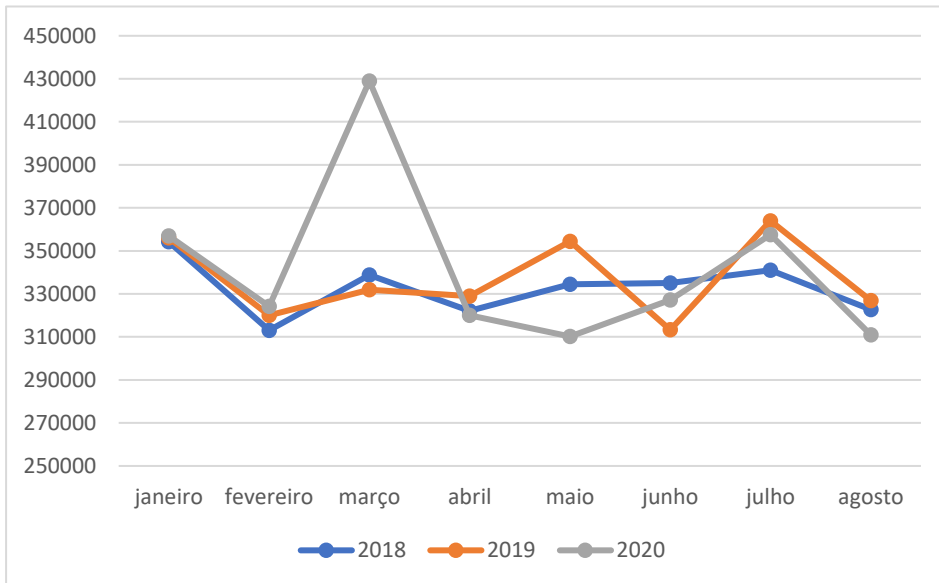


Gráfico 19 - Embalagens de Medicamentos Faturados do ACES Baixo Mondego

Fonte: Elaboração Própria.

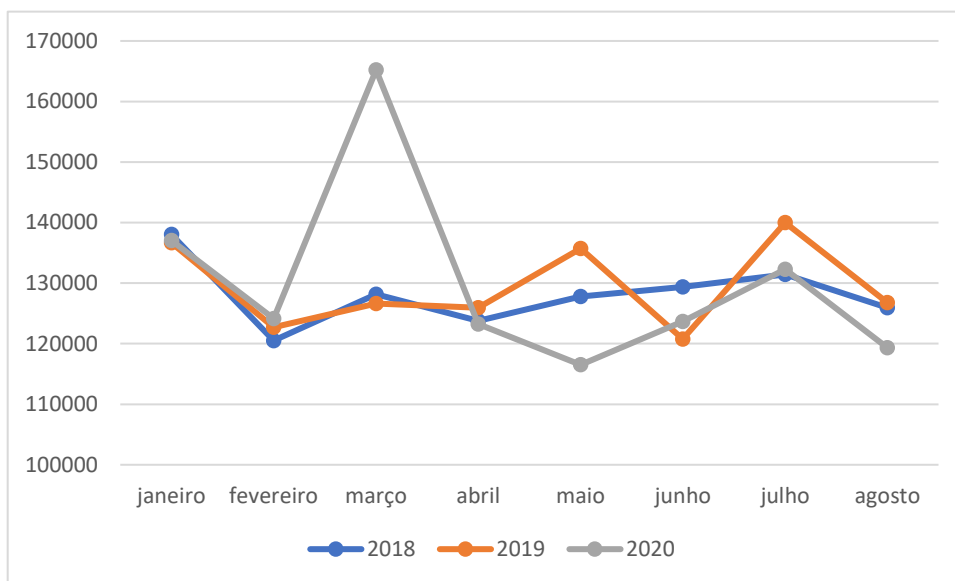


Gráfico 20 - Embalagens de Medicamentos Faturados do ACES Pinhal Interior Norte

Fonte: Elaboração Própria.

Embalagens de Medicamentos Faturados								
ACES BM					ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	355108	357000	1893	0,53%	137357	137019	-338	-0,25%
fevereiro	316542	324135	7594	2,40%	121612	124142	2531	2,08%
março	335367	428984	93618	27,91%	127398	165195	37797	29,67%
abril	325566	320008	-5558	-1,71%	124850	123251	-1599	-1,28%
maio	344427	310203	-34224	-9,94%	131757	116511	-15246	-11,57%
junho	324197	327219	3023	0,93%	125079	123646	-1433	-1,15%
julho	352528	357500	4972	1,41%	135725	132287	-3438	-2,53%
agosto	324753	310965	-13788	-4,25%	126370	119321	-7049	-5,58%

Tabela 14 - Embalagens de Medicamentos Faturados

Fonte: Elaboração Própria.

Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS))

A despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador consiste no programa de prescrição de fármacos, mais precisamente, a despesa em medicamentos faturados que são participados consoante o valor participado pelo SNS. O cálculo do indicador consiste na divisão entre o somatório da despesa com participações de medicamentos faturados, em numerador, e a contagem de utentes utilizadores, em denominador.

Nos Gráficos 21 e 22 estão representados os resultados do denominador do indicador que apresenta um comportamento regular quanto a medicamentos faturados e participados e durante o período de análise.

Mais uma vez, verifica-se um comportamento semelhante no período homólogo e ao chegar ao mês de março de 2020 observa um aumento quanto à despesa de medicamentos, pois, em março de 2020, houve uma despesa de medicamentos de 3.782.848 € no ACES BM e de 1.498.780 € no ACES PIN. Nos seguintes meses os valores de 2020 apresentam-se maioritariamente, superiores à média de 2018 e 2019, o que vem a complementar a análise do indicador anterior. Existiu um aumento da despesa de medicamentos, pelo motivo de muitos utentes recorrerem à compra de medicamentos de modo a ter medicação

para um maior tempo possível para que, o número de saídas da sua habitação fosse o mais reduzido possível, consequentemente origina escassez da oferta.

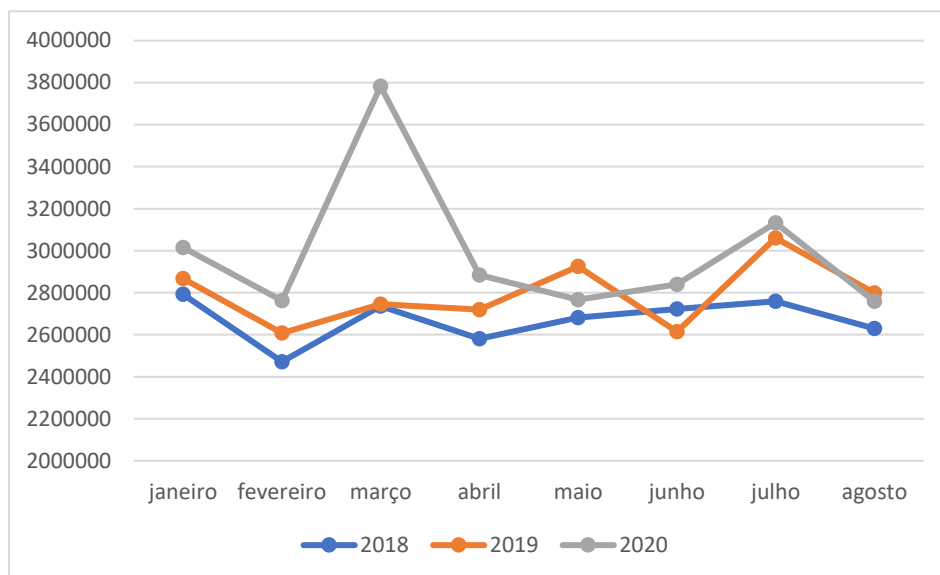


Gráfico 21 - Despesa de Medicamentos Faturadas, por utente utilizador do ACES do Baixo Mondego **Fonte:** Elaboração Própria.

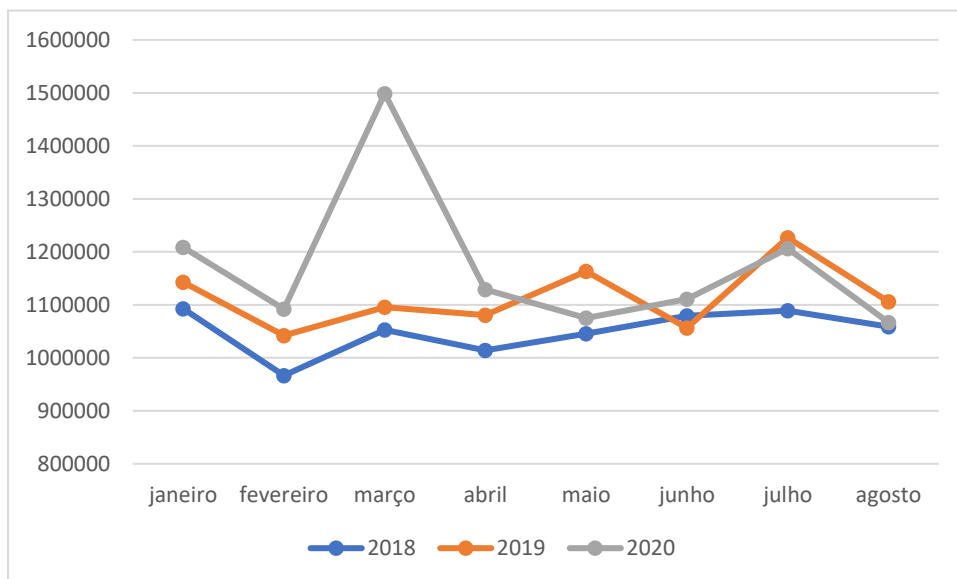


Gráfico 22 - Despesa de Medicamentos Faturadas, por utente utilizador do ACES do Pinhal Interior Norte **Fonte:** Elaboração Própria.

Despesa de Medicamentos Faturados								
	ACES BM				ACES PIN			
	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual	Média 2018 e 2019	2020	Δ	Alteração Percentual
janeiro	2829501	3015195	185694	6,56%	1117745	1208508	90763	8,12%
fevereiro	2539654	2761561	221907	8,74%	1004409	1091818	87408	8,70%
março	2741042	3782848	1041806	38,01%	1074275	1498780	424505	39,52%
abril	2650571	2884057	233486	8,81%	1047281	1129173	81892	7,82%
maio	2803617	2766892	-36725	-1,31%	1104314	1075348	-28967	-2,62%
junho	2668772	2839401	170629	6,39%	1067815	1110733	42917	4,02%
julho	2910228	3132605	222378	7,64%	1158027	1206118	48092	4,15%
agosto	2714164	2759172	45008	1,66%	1082307	1066833	-15474	-1,43%

Tabela 15 - Despesa de Medicamentos Faturados

Fonte: Elaboração Própria.

Discussão

O presente estudo realça a organização necessária para o desempenho das diferentes unidades funcionais. A forma metódica como é organizado um ACES evidencia os resultados de cada atividade através dos indicadores de contratualização.

No entanto, tendo em conta o tema principal deste estudo, a readaptação face à incerteza que se vivia desde o início de março foi importante para dar continuidade aos serviços de saúde em CSP, onde as alterações sofridas devido à COVID-19 foram possíveis observar com a contratualização. Caso contrário seria uma tarefa difícil.

A metodologia da contratualização de cuidados de saúde tem vindo a facilitar muito o trabalho exigido. Um instrumento estratégico, como a contratualização, que planeia e avalia a situação de cada região permitindo determinar quais as necessidades em saúde, criando incentivos para um bom desempenho clínico e económico. A acessibilidade, qualidade e eficiência dos serviços de saúde prestados em CSP promovem uma melhoria e transparências do setor o que potencia ganhos em saúde e eficiência do sistema de saúde.

Em suma, para atingir os objetivos deste estudo, foram utilizados os indicadores de contratualização de acesso, qualidade e eficiência que me permitiram analisar como o sistema de saúde na região de Coimbra reagiu com a chegada da COVID-19, em que houve muitas medidas a serem impostas e um reajustamento de serviços. Durante o estudo os indicadores contratualizados foram criteriosamente selecionados para ter uma análise correta e clara. A questão da descrição dos indicadores foi fundamental na medida de que a sua maioria está dependente do registo clínico, da sua descrição e do seu objetivo de estudo.

O foco deste estudo passou pela análise da região de Coimbra que teve por base o ACES Baixo Mondego e do ACES Pinhal Interior Norte para a determinação das alterações que se visualizaram nos CSP, face à chegada da COVID-19 em Portugal.

Conclui-se que a dimensão e as necessidades do ACES Baixo Mondego e do ACES Pinhal Interior Norte diferem e contribui para a desigualdade em acesso e qualidade dos serviços. Este é um problema relacionado com a coordenação clínica e não dos modelos de unidade de saúde que compõem um ACES. A organização e a melhoria de eficácia da

gestão são imprescindíveis. No entanto, quanto ao tema deste estudo, é visível que as condições foram agravadas com a chegada da COVID-19 à região de Coimbra e, ambos os ACES reagiram da mesma forma pois, no início da pandemia a atividade dos serviços foi cancelada ou adiada e, conseqüentemente, deixaram de garantir o acesso aos utentes inscritos em cada ACES e o acompanhamento adequado, deixando de contribuir para a qualidade dos serviços de saúde prestados. Em contrapartida, a DGS readaptou os serviços tendo em conta a doença infecciosa e tanto o ACES Baixo Mondego como o ACES Pinhal Interior Norte apresentaram um aumento gradual de consultas contribuindo para uma melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados em CSP.

Para além disso, os indicadores selecionados, permitiram visualizar e identificar algumas atividades que foram afetadas pela pandemia. Nos cuidados de saúde primários foram implementadas medidas que permitiram dar continuidade a parte dos serviços presencialmente, isto porque, sempre que possível, os profissionais de saúde desempenhavam o seu trabalho remotamente.

Os utentes hipertensos, diabéticos e as crianças deixaram de receber acompanhamento no início de março e abril e, só mais tarde, existiu um reagendamento gradual das consultas. Existiram sempre consultas, mas um número muito reduzido e direcionada para doentes prioritários. No entanto, observou-se um número superior de consultas não presenciais em relação a consultas presenciais, algo que não se expectava que aconteceria tão cedo, se não existisse uma pandemia mundial. Por outro lado, observou-se que consultas de saúde materna não sofreram alterações significativas o que indica que o sistema de saúde conseguiu funcionar de modo a proteger os mais vulneráveis.

A concretização do estágio curricular, no Departamento de Saúde Pública, foi um grande contributo para o desenvolvimento, tanto pessoal como profissionalmente. A oportunidade de trabalhar num setor de atividade diferente ao qual já tive oportunidade de experienciar foi bastante enriquecedora, pois permitiu ter uma visão mais ampla quanto ao mercado de trabalho e complementou e aprofundou os meus conhecimentos aprendizados ao longo do tempo de estudo na faculdade.

Ao desempenhar este trabalho na entidade de acolhimento consegui uma visão bastante abrangente quanto ao conceito de saúde, o funcionamento dos CSP, a estruturação e organização do SNS, o funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde e

das diversas atividades que lhes são exigidas, sendo da máxima importância para o bom funcionamento do SNS.

Referências Bibliográficas

ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro “ARS” <http://www.arscentro.min-saude.pt> [1 de outubro de 2020];

ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro “Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados Primários para o ano de 2017”
http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf [1 de outubro de 2020];

ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro “Cuidados de Saúde Primários: Metodologia de Contratualização (2010)”,
http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacaoCSP_2011.pdf [13 de novembro de 2020];

ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro “Organograma”
https://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/organiza%C3%A7%C3%A3o/Org_ARSC%202016.pdf [3 de outubro de 2020];

ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro “Relatório de Atividades (2018)”,
<https://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202018.pdf> [1 de outubro de 2020];

ARSC: Administração Regional de Saúde do Centro “Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2020.”, http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacaoCSP_2011.pdf, [16 de novembro de 2020];

ARSN: Administração Regional de Saúde do Norte “Sistema de Informação da ARS – Gestão de Unidades Funcionais: Manual de Utilização (2011)”,
<http://portal.arsnorte.min->

saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Manuais/ARS%20Norte%20-%20SIARS%20-%20Manual%20de%20Utiliza%C3%A7%C3%A3o%20-%20Unidades%20Fu.pdf [16 de novembro de 2020];

Banco de Portugal “Boletim Económico”,
https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/pdf-boletim/be_dez2020_p.pdf [13 de dezembro de 2020];

Coelho, M. A. T. (2020). *2020 – O ano em que o mundo parou: os primeiros 100 dias da crise CoVid-19*. [ULL-FCEE] LEE, 28. 71-106;

Coimbra 2030 “Projeto Coimbra 2030”, <http://coimbra2030.pt/> [5 de outubro de 2020].

Comissão Europeia “União Europeia da Saúde” [Saúde pública | Comissão Europeia \(europa.eu\)](https://saude-publica.ec.europa.eu/) [18 de janeiro de 2021];

Corporate Roche “A *pandemia de medo também tem de ser combatida.*”
<https://www.corporate.roche.pt/pt/artigos-roche/convidado-especial---miguel-guimaraes.html> [13 de novembro de 2020];

Decreto n.º 2-A/2020. Diário da República n.º 57/2020, 1.º Suplemento, Série I de 2020-03-20. Ministério das Finanças e da Saúde. Lisboa;

Entidade Reguladora Da Saúde. (2020). *Informação de Monitorização, Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. ERS. Porto;

Escoval, A., Matos, T., Ribeiro, R., Santos, A. T. L., Oliveira, M. I., Cardoso, M. S., & Jesúno, J. C. (2010). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: Horizonte 2015/20*;

IMF (2020b). Fiscal Monitor. April, Washington D.C.;

Jornal Dinheiro Vivo “*PIB da zona euro e UE com quebras históricas. Portugal com 4º maior queda*”, <https://www.dinheirovivo.pt/economia/pib-da-zona-euro-e-ue-com->

[quebras-historicas-portugal-com-4-maior-queda-12895419.html](https://www.dinheirovivo.pt/economia/covid-empobrece-portugal-e-o-30-pior-caso-em-193-paises-do-mundo-13058737.html) [27 de novembro de 2020];

Jornal Dinheiro Vivo “*Covid empobrece Portugal. É o 30.º pior caso em 193 países do mundo*”, <https://www.dinheirovivo.pt/economia/covid-empobrece-portugal-e-o-30-pior-caso-em-193-paises-do-mundo-13058737.html> [27 de novembro de 2020];

Jornal Sábado “*Alemão de 33 anos foi o primeiro caso de coronavírus na Europa.*”, <https://www.sabado.pt/mundo/detalhe/alemao-de-33-anos-foi-o-primeiro-caso-de-coronavirus-na-europa> [13 de novembro de 2020];

Maia, A., Faria N. (2020, 31 de outubro). *Consultas não presenciais nos centros de saúde cresceram 81% este ano.* Jornal Público: <https://www.publico.pt/2020/10/31/jornal/consultas-nao-presenciais-nos-centros-de-saude-cresceram-81-este-ano-439147>;

Mamede, R. P., Pereira, M., Simões, A. (2020, junho). *Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia no mercado de trabalho.* Organização Internacional de Trabalho;

Manual MSD “*Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).*”, <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%Aancia-humana-hiv/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%Aancia-humana-hiv> [15 de novembro de 2020];

Marques, A. R. C. (2015). *Contratualização nas Unidades de Saúde Familiar.* Relatório de Estágio de Mestrado em Administração Pública Empresarial. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra. 41pp;

Mateus, A. (2020, 24 de abril). Caderno de Notas Nº1: A crise económica da COVID-19. EY-Parthenon: https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/pt_pt/topics/covid-19/ey-caderno-de-notas-a-crise-economica-da-covid-19-v1-edicao.pdf;

McKibbin, W. J., & Fernando, R. (2020). *The global macroeconomic impacts of COVID-19: Seven scenarios.* [CAMA Working Paper No. 19/2020](https://www.cama.com.au/wp-content/uploads/2020/04/CAMA-Working-Paper-No-19-2020.pdf);

Mendonça, A. (2020). *Coronacrise 2020: que crise?*. Lusíada. *Economia & empresa*, 28, 11-41;

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 725-736;

Opitz, A., Mateus, C., Sakellarides, C., George, F., Martins, H., Gomes, I. L., ... & Nunes, R. (2020). COVID-19 e Segurança Sanitária: o que muda?. *IDN Brief*;

Rocha, M. D. C. (2019). *O impacto da contratualização no Sistema Nacional de Saúde*. Tese de Mestrado em Ciências Económicas e Empresariais. Universidade dos Açores, Açores. 89pp;

Rodrigues, P. G. (2020). *Uma reflexão sobre os possíveis efeitos socioeconómicos da CoViD-19*. Lusíada. *Economia & empresa*, 28, 131-148;

Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 260-268;

Santana, R., Sousa, J. S., Soares, P., Lopes, S., Boto, P., & Rocha, J. V. (2020). The demand for hospital emergency services: trends during the first month of COVID-19 response. *Portuguese Journal of Public Health*, 38(1), 30-36;

SNS: Serviço Nacional de Saúde “SNS”, <https://www.sns.gov.pt/> [1 de outubro de 2020];

Sobral, S. R. (2020). *O impacto do COVID-19 na educação*. Retirado de: <https://observador.pt/opiniaao/o-impacto-do-covid-19-na-educacao>;

Portaria nº 164/2012 de 22 de maio. Diário da República, 1ª série – Nº 99 – 22 de maio de 2012. Ministério das Finanças e da Saúde. Lisboa;