

Relatório n.º 16/2010-FS/SRMTTC

**Auditoria ao SESARAM E.P.E., orientada
para os Centros de Saúde**

Processo n.º 01/10 – Aud./FS

Funchal, 2010



PROCESSO N.º 01/10 – AUD./FS

Auditoria ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., orientada para os Centros de Saúde

RELATÓRIO N.º 16/2010-FS/SRMTC

SECÇÃO REGIONAL DA MADEIRA DO TRIBUNAL DE CONTAS

Outubro/2010



Índice

Índice.....	1
Relação de siglas.....	2
Ficha técnica.....	3
Glossário.....	3
Índice de tabelas.....	5
1. SUMÁRIO.....	7
1.1. INTRODUÇÃO.....	7
1.2. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA.....	7
1.3. RECOMENDAÇÕES.....	9
2. CARACTERIZAÇÃO DA ACÇÃO.....	11
2.1. FUNDAMENTO E ÂMBITO DA AUDITORIA.....	11
2.2. OBJECTIVOS.....	11
2.3. METODOLOGIAS E TÉCNICAS DE CONTROLO.....	12
2.4. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS.....	12
2.5. CONTRADITÓRIO.....	13
2.6. CONDICIONANTES E GRAU DE COLABORAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS.....	13
2.7. ENQUADRAMENTO NORMATIVO E ORGANIZACIONAL.....	15
2.7.1. O Sistema e o Serviço Regional de Saúde.....	15
2.7.2. O SESARAM, E.P.E.....	15
2.7.3. Os Centros de Saúde.....	16
3. RESULTADOS DA ANÁLISE.....	19
3.1. AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS OBJECTIVOS (2007-2009).....	19
3.1.1. Objectivo estratégico 1: Promover a melhoria global do estado de saúde das populações evitando a doença com medidas de protecção.....	19
3.1.2. Objectivo estratégico 2: Melhorar a cobertura, acessibilidade e qualidade da prestação de serviços de saúde.....	21
3.1.3. Objectivo estratégico 3: Implementar novos métodos de gestão que promovam a competência, a responsabilização, a eficiência e a eficácia no exercício da prestação de cuidados de saúde.....	22
3.1.4. O sistema "Processo Clínico Electrónico".....	24
3.1.5. Avaliação global.....	25
3.2. O FINANCIAMENTO POR CONTRATOS-PROGRAMA.....	25
3.2.1. Aspectos formais.....	25
3.2.2. Análise dos contratos-programa celebrados em 2007 e 2008.....	27
3.2.3. Execução financeira dos contratos-programa.....	33
3.3. A ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DO SESARAM.....	34
3.3.1. Caracterização demográfica.....	34
3.3.2. Capacidade instalada por concelho.....	35
3.3.3. Taxas de frequência e de cobertura por médico de família.....	36
3.3.4. O movimento assistencial global nos Centros de Saúde.....	39
3.4. TEMPOS DE ESPERA.....	48
3.4.1. Tempos de resposta.....	48
3.4.2. A articulação com a Consulta de Especialidade.....	49
4. EMOLUMENTOS.....	50
5. DETERMINAÇÕES FINAIS.....	51
ANEXOS.....	53
I – ORGANOGRAMA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE NA RAM.....	55
II – OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS GERAIS E INDICADORES CHAVE.....	57
III – MODIFICAÇÕES SOFRIDAS PELAS LINHAS DE PRODUÇÃO AO LONGO DA EXECUÇÃO DOS CP.....	59
IV – CARACTERIZAÇÃO DOS CS.....	61
V – UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	62
VI – TIPOLOGIA DAS CONSULTAS DOS CS.....	64
VII – PRODUÇÃO: CONSULTAS MÉDICAS E SESSÕES DE ENFERMAGEM.....	68
VIII – NOTA DE EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS.....	72

Relação de siglas

SIGLA	DESIGNAÇÃO
AP	Altas Problemáticas
CA	Conselho de Administração
CG	Conselho de Governo
CP	Contrato-programa
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CRP	Constituição da República Portuguesa
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DL	Decreto-Lei
DLR	Decreto Legislativo Regional
DR	Diário da República
DRE	Direcção Regional de Estatística
DRR	Decreto Regulamentar Regional
EPE	Entidade Pública Empresarial
GR	Governo Regional
HJA	Hospital Dr. João de Almada
IASAÚDE	Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais
IP	Instituto Público
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MF	Médico de Família
MFR	Medicina Física e Reabilitação
MONIQUOR	Instrumento de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos CS
NTIC	Novas Tecnologias de Informação e Comunicação
OE	Orçamento de Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Orçamento Regional
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RRCCI	Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (também designado SAÚDERAM)
SRAS	Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
SRMTC	Secção Regional da Madeira do Tribunal de Contas
SRPF	Secretaria Regional do Plano e Finanças
SRS	Serviço Regional de Saúde
STSI	Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação
SWOT	“Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats”
TC	Tribunal de Contas
UDV	Unidade de Domicílio Virtual
UG	Unidades de Gestão



Ficha técnica

SUPERVISÃO E COORDENAÇÃO	
Miguel Pestana ¹	Auditor-Coordenador
EQUIPA DE AUDITORIA	
Andreia Freitas	Téc. Verificadora Superior
Rui Miguel Rodrigues	Técnico Verificador Superior
Merícia Dias ²	Téc. Verificadora Superior

1. Exerce, em acumulação, funções de Auditor-Chefe, nos termos do Despacho n.º 54/2008-GP, de 03.11.2008.
2. Apoio jurídico.

Glossário¹

Termo	Conceito
Actividade assistencial	Toda a actividade que resulta de um contacto directo com um utilizador do CS para prestação de um cuidado de saúde. Inclui consultas, atendimentos em urgência, intervenções de enfermagem, realização de tratamentos, meios complementares de diagnóstico e atendimento administrativo.
Actividade não assistencial	Actividades não personalizadas na relação profissional de Saúde/utente/doente, como sessões de educação em grupo, reuniões de trabalho, ou programação de actividades.
Meio complementar de diagnóstico	Exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico.
Meio complementar de terapêutica	Prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica. Alguns actos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica.
Acto de enfermagem	Prestação de cuidados realizada por um enfermeiro, que poderá ser exercida de forma autónoma ou interdependente, de acordo com a respectiva qualificação profissional.
Ambulatório	Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.
Clínica geral (ou medicina familiar)	Especialidade médica que se ocupa dos problemas médicos não diferenciados dos indivíduos e das famílias e que, no sistema de saúde, é o primeiro contacto com os profissionais da medicina.
Consulta de adultos	Consulta médica não diferenciada, prestada nos CS, a indivíduos de 19 ou mais anos de idade (exceptuam-se as consultas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde Pública).
Consulta de enfermagem	Intervenção visando a realização de uma avaliação e o estabelecer de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto-cuidado.
Consulta de especialidade	Consulta médica, em CS e Hospitais, prestada no âmbito de uma especialidade de base hospitalar, que deve decorrer de referência ou encaminhamento por médico de outra especialidade.
Consulta de medicina geral e familiar	Consulta médica, em CS, no âmbito da especialidade que, de forma continuada, se ocupa dos problemas de saúde não diferenciados dos indivíduos e das famílias, no contexto da comunidade.
Consulta de outros profissionais de saúde	Acto de assistência prestado a um doente, podendo consistir em avaliação, intervenção e/ou monitorização (Ex. por um psicólogo, nutricionista, dietista).
Consulta de planeamento familiar	Consulta médica, em CS, realizada no âmbito da Medicina Geral e Familiar ou de outra especialidade, em que haja resposta por parte do médico a uma solicitação sobre contraceção, pré-concepção, infertilidade ou fertilidade.
Consulta de saúde infantil e juvenil	Consulta médica não diferenciada, em CS, prestada a menores de 19 anos de idade (exceptuam-se as consultas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde Pública).
Consulta de saúde materna	Consulta médica prestada, em CS, a uma mulher grávida ou no período pós-parto, em consequência de uma gravidez.
Consulta externa	Unidade orgânico-funcional de um Hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares.
Consulta médica	Acto de assistência prestado por um médico, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.
Consulta indirecta	Acto de assistência médica efectuado sem presença do doente (renovação medicação, declarações ou o que o CS consensualizar).
Consulta no domicílio	Consulta prestada ao utente no domicílio, em lares ou em instituições afins.

¹ Conceitos constantes do “Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas de Saúde”, Circular Informativa nº 19/DSIA de 17 de Setembro de 2001 (<http://portalcodgdh.min-saude.pt>), da Base de Conceitos Estatísticos do INE (<http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx>) e do “Glossário para as Unidades de Saúde Familiar”, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Maio de 2006.

Termo	Conceito
Consulta programada	Período de consulta com marcação prévia presencial ou telefónica. Eventualmente marcadas no próprio dia se com vaga.
Cuidados de saúde primários (ou, simplesmente, cuidados primários)	“Cuidados de saúde essenciais postos universalmente ao dispor de indivíduos e famílias da comunidade através de meios que lhes são aceitáveis, contando com a sua participação integral e a um custo que a comunidade e o país podem suportar. Fazem parte integrante do sistema de cuidados de saúde do país, de que são o núcleo, e do desenvolvimento económico-social global da comunidade” (OMS, em Alma Ata, 1978).
Demora (duração) média de internamento	N.º médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num determinado período. Obtido pela divisão do n.º de dias de internamento pelo n.º de doentes saídos do estabelecimento de saúde.
Dias/ Tempo de internamento	Número de dias consumido por todos os doentes internados num estabelecimento de saúde com internamento num dado período, considerando o dia de admissão e ignorando o da alta.
Doença aguda	Ataques recentes ou dores graves (Ex. dores agudas).
Doença crónica (a longo termo)	Doença que dura, ou se prevê venha a durar, um tempo longo (6 meses ou mais).
Educação para a saúde	Processo através do qual doentes, ou grupos de pessoas, aprendem como prevenir problemas de saúde e a preservar ou a promover a saúde.
Entidade convencionada	Prestador de cuidados de saúde privado que presta cuidados de saúde em articulação com o SRS, mediante a celebração de contratos de adesão.
Extensão do Centro de Saúde	Unidade periférica dos CS, situada em locais da sua área de influência, com vista a proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade aos cuidados de saúde.
Internamento	Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.
Lista de espera	N.º de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.
Lotação	N.º de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria) disponíveis e apetrechadas num estabelecimento de saúde com internamento.
Monitorização (de indicadores)	O processo contínuo de medição de uma variedade de indicadores da estrutura, dos processos ou dos resultados de cuidados de saúde. Os indicadores, por sua vez, são elementos específicos dos cuidados, seleccionados para avaliação numa análise do desempenho.
Primeira consulta	Aquela em que o doente é examinado pela primeira vez numa das especialidades/ áreas de um serviço de consulta médica, num dado ano.
Programa de saúde	Conjunto de actividades dirigidas a determinados <u>grupos vulneráveis</u> ou de <u>risco</u> (com probabilidade de ter um determinado problema de saúde), seguindo orientações técnicas oficiais, inserindo-se num processo assistencial pré-definido, seja ele de prevenção, terapêutica ou de reabilitação.
Rastreio	Tentativa de despistagem de um problema de saúde não identificado num indivíduo ou numa população, através de testes e/ou outros métodos que discriminam entre os que têm ou estão em risco de ter um dado problema de saúde e os que não estão afectados.
Referenciação	O processo através do qual a responsabilidade parcial ou total pelos cuidados prestados a um doente são transferidos, temporariamente, para outro prestador de cuidados de saúde.
Saúde pública	Sector dos serviços de cuidados de saúde cujos objectivos são a protecção e o restabelecimento da saúde da população através de acções colectivas e sociais.
Serviço de Atendimento Permanente (SAP)	Serviço dos CS destinado ao atendimento, aos utentes em situação de urgência e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundários, quando necessário. Também designado de Serviço de Urgência ou de Atendimento Urgente.
Taxa de ocupação	Relação entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento.
Tempo de espera	N.º de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para realização dos mesmos.
Utente activo (assistido, regular)	Um utente que recebeu cuidados médicos prestados pela unidade, pelo menos, uma vez durante os últimos dois anos.
Utilizadores (taxa de utilização)	N.º de primeiras consultas de Clínica Geral no ano. A taxa de utilização (ou de frequência) corresponde à relação entre a população utilizadora e a população inscrita.
Valência (especialidade)	Conjunto de meios humanos e físicos, que integram um estabelecimento de saúde e permite a aplicação de saberes específicos em Medicina.



Índice de tabelas

QUADRO 1 – CONTRATOS-PROGRAMA CELEBRADOS ENTRE A RAM E O SESARAM.....	26
QUADRO 2 – PRODUÇÃO ACORDADA NOS CONTRATOS-PROGRAMA	28
QUADRO 3 – EXECUÇÃO DA PRODUÇÃO ENTRE JANEIRO E SETEMBRO DE 2007	29
QUADRO 4 – EXECUÇÃO DA PRODUÇÃO ENTRE OUTUBRO DE 2007 E DEZEMBRO DE 2008	30
QUADRO 5 – OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA EM 2007 E 2008	32
QUADRO 6 – EXECUÇÃO FINANCEIRA DOS CONTRATOS-PROGRAMA	33
QUADRO 7 - INDICADORES DEMOGRÁFICOS E DE COBERTURA	34
QUADRO 9 – DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS, ENFERMEIROS E TERAPEUTAS POR CONCELHO	36
QUADRO10 – TAXAS DE FREQUÊNCIA E DE COBERTURA POR MF NA RAM.....	37
QUADRO11 – ORDENAMENTO DAS TAXAS DE FREQUÊNCIA E DE COBERTURA POR MF POR CS CONCELHIO, EM 2009	37
QUADRO 12 – MÉDIA DE INSCRITOS POR MÉDICO	38
GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INSCRITOS POR MF, POR CONCELHO (ESTIMATIVA).....	38
QUADRO 13 – VOLUME DE ACTIVIDADES NOS CS.....	39
QUADRO 14 – AGENDAMENTO, FALTAS E INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	40
GRÁFICO 2 – CAPITAÇÃO DA PRODUÇÃO DIÁRIA EM 2009.....	42
QUADRO 15 – FALTAS POR CONCELHO - VARIAÇÕES ACIMA DA MÉDIA.....	42
GRÁFICO 3 – N.º DE CONSULTAS MÉDICAS E DE SESSÕES DE ENFERMAGEM, POR CONCELHO, EM 2009	43
GRÁFICO 4 – TAXAS DE CRESCIMENTO DAS CONSULTAS MÉDICAS E SESSÕES DE ENFERMAGEM.....	44
QUADRO 16 – DISTRIBUIÇÃO GLOBAL DAS CONSULTAS E SESSÕES POR VALÊNCIAS, NO TRIÉNIO	44
QUADRO 17 – ATENDIMENTOS NAS URGÊNCIAS DOS CS	46
QUADRO 18 – INDICADORES RELATIVOS AO INTERNAMENTO NOS CS	47



1. SUMÁRIO

1.1. Introdução

O presente documento expressa os resultados da Auditoria ao “*Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.*” (doravante designado por SESARAM), orientada para a área de acção dos cuidados de saúde primários.

1.2. Observações de auditoria

Com base no exame efectuado, apresentam-se, de seguida, as principais observações da auditoria, sem prejuízo do desenvolvimento conferido a cada uma delas ao longo do documento:

1. ASPECTOS GERAIS

- 1.1. O SESARAM, criado pelo DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio, sob a forma de entidade pública empresarial, é a unidade do Serviço Regional de Saúde (SRS) responsável pela prestação de cuidados de saúde na área hospitalar e dos cuidados primários cuja actividade é financiada através da cobrança dos actos e serviços que produz nos termos dos contratos-programa celebrados anualmente com a tutela; [Cfr. os pontos 2.6.1. e 2.6.2.]
- 1.2. Existe um significativo atraso na produção e divulgação da informação estatística sobre a produção e sobre o cumprimento dos planos de actividades; [Cfr. o ponto 2.5.]

2. OS PLANOS DE ACTIVIDADES DE 2007 A 2009

- 2.1. Até 2008, a realização do Plano de Actividades, na parte respeitante aos cuidados primários, revela a superação das metas de 7² dos 10 indicadores susceptíveis de serem acompanhados³; [Cfr. o ponto 3.1.]
- 2.2. Destacam-se pela sua relevância operacional, a informatização de todos os CS e o registo integral das consultas em suporte electrónico (a Agenda Electrónica e o Processo Clínico Electrónico), alcançado em 2009;

Como menos positivo, registe-se o facto de não ter sido alcançada a meta definida para a cobertura dos inscritos em médico de família (57%), a qual se ficou pelos 53,5% representando menos 10.428 inscritos do que o pretendido. [Cfr. o ponto 3.1.]

3. OS CONTRATOS-PROGRAMA DO PERÍODO

- 3.1. Em função da produção realizada, o período em análise (2007/2009) deveria comportar 3 contratos-programa, num valor global de € 686 Milhões, verificando-se

² Designadamente, no Objectivo 1, os indicadores n.ºs “1 – N.º de médicos por 1000 habitantes”, “2 – N.º de enfermeiros por 1000 habitantes” e “3 - N.º de acções de educação para a saúde”; no Objectivo 2, o indicador n.º “6 – Taxa de variação das consultas nos CS”; no Objectivo 3, os indicadores n.ºs “7 - % de CS informatizados”, “8 – N.º de serviços de acção médica com orçamento anual próprio” e “9 – N.º de unidades de acção médica com orçamento anual próprio”.

³ Dos 10 indicadores considerados mais relevantes para a área dos cuidados primários, o SESARAM, em 2009, reformulou dois deles (o n.º “8 - N.º de Centros de Responsabilidade” e o n.º “9 - N.º de Unidades de Gestão Protocoladas”). A reformulação operada concretiza um recuo na implementação dos Centros de Responsabilidade em favor de uma opção menos exigente em termos de autonomia de gestão, a dos serviços/unidades de acção médica com orçamento anual;

todavia que: [Cfr. o ponto 3.2.1]

- Só foram celebrados 2 contratos-programa – para o período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2008 – tendo os respectivos pagamentos sido projectados para os anos seguintes aos da produção;
- Até Maio de 2010, não tinha sido celebrado o CP nem paga a produção de 2009, forçando o SESARAM a procurar fontes alternativas de financiamento com custos acrescidos.

3.2. Todos os CP foram celebrados no termo ou depois de encerrado o período de produção, criando com isso dificuldades ao controlo e fiscalização do cumprimento dos aspectos financeiros, técnicos e legais previstos no seu clausulado. Esta prática revela que o financiamento do SESARAM resume-se a uma transferência orçamental que é incompatível com a natureza de EPE; [Cfr. o ponto 3.2.1]

3.3. A facturação efectuada pelo SESARAM é emitida com atraso e as transferências financeiras da tutela não cumprem com os montantes mensais definidos nos CP celebrados; [Cfr. o ponto 3.2.1]

4. A PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

4.1. Em 2009, a rede de cuidados primários do SESARAM era constituída por 13 CS e 38 extensões e envolvia uma equipa de 762 profissionais de saúde, que serviam cerca de 298 mil inscritos; [Cfr. os pontos 3.3.1. e 3.3.2]

4.2. Em 2009 observa-se um reforço, ainda que ligeiro da taxa de cobertura da população residente pelos CS (de 118,8%, em 2007; para 120,5%, em 2009);

4.3. Embora, em média, se tenha verificado uma melhoria da taxa de inscritos por médico de família (de 51,4%, em 2007; para 53,5%, em 2009), a evolução concelhia não foi homogénea: [Cfr. os ponto 3.3.1 e 3.3.3]

- Em 2009, existiam 2.785 utentes por médico (1.489 por médico de família), enquanto em 2007, esse número era de 2.713 (ou 1.393 utentes por MF);
- Destacam-se os concelhos de Câmara de Lobos, Funchal e Santa Cruz, em que a capitação global de inscritos por médico era, em 2009, superior a 3.000 utentes.

4.4. Em 2009, os volumes de produção mais representativos ocorreram nas consultas de medicina geral e familiar (384 mil) e nas de enfermagem (509 mil), evidenciando-se, relativamente a 2007: [Cfr. o ponto 3.3.4.1]

- Que ao reforço significativo das consultas de enfermagem (+32,3%) correspondeu um crescimento modesto (1,4%) das consultas de medicina geral e familiar⁴;
- Um aumento da produção anual, por médico, da ordem das 84 consultas (de 3.530 consultas anuais, em 2007, para 3.614 consultas, em 2009), tendo o indicador de produção/dia registado também, globalmente, uma evolução favorável no que às consultas médicas respeita (+ 1,8% que em 2007);
- Uma subida nas taxas de absentismo dos utentes que, em 2009, remontaram a

⁴ O qual resultou, sobretudo, das consultas indirectas - sem presença do utente - cujo aumento da produção no período remontou a cerca de 14 mil consultas.



11% (48,5 mil faltas) do total das consultas agendadas e a 12% (90,2 mil faltas) do total das sessões de enfermagem.

- 4.5. Os serviços de urgência (SAP), instalados em 8 dos 13 CS da RAM e que constituem a terceira actividade com mais produção, registaram, em 2009, um volume de 168,6 mil atendimentos (mais 3,4% que em 2007); [Cfr. os pontos 3.3.4.1 e 3.3.4.2.]
- 4.6. A rede de unidades de internamento dos CS foi responsável, em 2009, por 21.282 dias de internamento (mais 41% do que em 2007) realçando-se, neste particular, o peso das altas problemáticas que absorveram cerca de 52% do total dos dias de internamento. [Cfr. o ponto 3.3.4.3.]

5. A ACESSIBILIDADE

- 5.1. O acesso às consultas não programadas (sem prévia marcação) não tem por base as “Listas de Espera” e, embora existam directivas a definir os tempos máximos de atendimento (de, até 48 horas, para situações agudas e de, até 15 dias, nos *restantes casos*), não é efectuada a monitorização dos tempos de atendimento, impossibilitando a verificação do cumprimento desses prazos; [Cfr. o ponto 3.4.1]
- 5.2. Existia uma falta de integração entre os cuidados primários e as consultas hospitalares, na medida em que o clínico do CS que referencia um utente para uma consulta de especialidade hospitalar não dispõe de informação sobre a sua situação na Lista de Espera. Só a consolidação da implementação do Processo Clínico Electrónico na Consulta Externa poderá criar as condições para a superação deste problema. [Cfr. o ponto 3.4.2]

1.3. Recomendações

No contexto da matéria exposta no relatório e resumida nas observações da auditoria o Tribunal de Contas, recomenda:

Aos membros do CA do SESARAM que:

1. Diligenciem no sentido de serem aperfeiçoados os instrumentos de planeamento e de monitorização dos planos de actividade, nomeadamente, através da escolha de indicadores de desempenho mais representativos da actividade e da elaboração de relatórios intercalares de acompanhamento dos mesmos;
2. Providenciem pela regular e oportuna disponibilização, a todos os interessados, dos indicadores estatísticos produzidos pela instituição na Intranet e/ou na Internet.
3. No âmbito da produção estatística:
 - 3.1. Promovam uma maior estabilização dos parâmetros estatísticos e a compatibilidade entre os indicadores utilizados para os diversos fins (Relatórios de Actividade, Relatórios de Gestão, Estatísticas da Saúde, etc);
 - 3.2. Adoptem os modelos definidos pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, por forma a possibilitar a comparação com entidades congéneres e a identificação de nichos de excelência (benchmarking);

- 3.3. Providenciem pela criação de indicadores do cumprimento das metas estabelecidas nos Planos de Actividades e da acessibilidade às consultas;
- 3.4. Determinem a integração nos sistemas de informação e de reporte à gestão de indicadores atinentes ao acompanhamento dos Planos de Actividades e dos contratos-programa.

Aos Secretários Regionais dos Assuntos Sociais e do Plano e Finanças que:

4. Sensibilizem o Conselho do Governo para a resolução dos actuais estrangulamentos financeiros com que se debate o SESARAM, EPE e, simultaneamente, promovam activamente, no âmbito das suas competências de direcção e tutela a:
 - 4.1. Recuperação dos atrasos actualmente existentes ao nível dos contratos-programa, tendo em vista a sua futura celebração antes do início dos períodos de produção;
 - 4.2. Convergência do período de contratação com o do exercício económico;
 - 4.3. Estabilização das linhas de produção;
 - 4.4. Realização de controlos concomitantes aos objectivos de produção, de qualidade e de eficiência previstos nos contratos-programa;
 - 4.5. Rigorosa e atempada satisfação dos compromissos financeiros definidos nos contratos-programa celebrados.



2. CARACTERIZAÇÃO DA ACÇÃO

2.1. Fundamento e âmbito da auditoria

O presente documento consubstancia o resultado da auditoria ao SESARAM, prevista no Programa Anual de Fiscalização da SRMTC para o ano 2010⁵.

Esta acção, inserida no âmbito do controlo financeiro sucessivo do Sector Público Empresarial Regional, foi destacada no Plano de Acção do TC para 2009 pela sua relevância e impacto esperado, por versar sobre uma entidade pública empresarial responsável pela prestação de serviços de grande relevância social, regulados por contratos-programa, que envolvem um significativo volume de despesa pública, e pela necessidade de assegurar o ciclo de cobertura das entidades sujeitas à jurisdição do TC.

Esta é, de resto, uma acção que surgiu na sequência de uma outra auditoria ao SESARAM (na altura, SRS, E.P.E.), que incidiu sobre a área da assistência hospitalar.

2.2. Objectivos

A auditoria foi orientada para a análise ao funcionamento e gestão dos cuidados de saúde primários na RAM, nos últimos três anos, visando responder aos seguintes objectivos:

<i>GERAIS</i>	<i>ESPECÍFICOS</i>
<i>1. Análise da actividade do SESARAM na área dos cuidados de saúde primários.</i>	<ul style="list-style-type: none">a) Análise comparativa dos diversos Centros de Saúde da RAM, nomeadamente em termos de cuidados prestados e de alguns indicadores estatísticos;b) Análise da evolução de 2007 a 2009, dos referidos indicadores estatísticos.
<i>2. Avaliação do desempenho e operacionalidade do SESARAM, na vertente dos cuidados de saúde primários.</i>	<ul style="list-style-type: none">a) Avaliação da prossecução das linhas de orientação políticas prioritárias e dos objectivos e metas estabelecidos nos Planos Estratégicos, nos planos de actividade e nos contratos-programa celebrados;b) Avaliação dos procedimentos implementados para marcações de consultas e interacção com o Hospital Central do Funchal na marcação da primeira consulta da especialidade hospitalar;c) Avaliação das funcionalidades do novo Sistema Informático, no âmbito da gestão de consultas, do Processo Clínico Electrónico e da avaliação, actualização e monitorização da implementação dos Planos de Actividade e contratos-programa.

⁵ Aprovado pelo Plenário Geral do Tribunal de Contas, em sessão de 16 de Dezembro de 2009, através da Resolução n.º 34/2009, publicada no DR, II série, n.º 251, de 30 de Dezembro de 2009.

<i>GERAIS</i>	<i>ESPECÍFICOS</i>
3. <i>Análise da gestão das listas de espera pelos Centros de Saúde.</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) Análise dos tempos máximos e médios de atendimento dos utentes ou de resposta pelos CS, em função do tipo de consulta (sem carácter de urgência) ou pedido dos utentes; b) Análise dos pedidos em espera de 1.ª consulta de especialidade, em função do tipo de especialidade; c) Apuramento do número de utentes inscritos sem médico de família e do número médio de inscritos na lista de cada médico.

2.3. Metodologias e técnicas de controlo

A metodologia adoptada englobou as fases de **planeamento**, de **execução** e de **consolidação e tratamento da informação recolhida** ao longo das quais foram adoptados os princípios, procedimentos e normas técnicas internacionalmente aceites e constantes do Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas⁶.

A fase de planeamento envolveu o estudo e análise da documentação disponível no dossiê permanente, assim como a consulta de informação diversa relacionada com o objecto da auditoria. Também foi analisado um conjunto de elementos informativos complementares (disponibilizados pela entidade auditada), relativos à sua organização e funcionamento, aos financiamentos concedidos pelo Governo Regional em 2007 e 2008 (através de contratos-programa) e alguns indicadores estatísticos.

O trabalho de campo consubstanciou-se na realização de reuniões com os responsáveis e dirigentes das áreas auditadas, compreendidas entre os dias 4 de Janeiro e 6 de Abril de 2010, e na recolha de informação vária, inclusive no Centro de Saúde do Bom Jesus.

Obtida a informação necessária ao desenvolvimento da acção, procedeu-se ao seu estudo e tratamento, com vista à elaboração do relato.

2.4. Identificação dos responsáveis

Até 3 de Julho de 2008, a entidade auditada era representada por um Conselho de Administração composto por cinco membros passando, a partir de então, a três membros, todos eles com funções executivas:

NOME	CARGO	PERÍODO
Filomeno Paulo Gomes	Presidente	01/01/2007 a 03/07/2008
Luís Adelino Gonçalves Fragoeiro	Vogal	
Maria de Lurdes Ferreira Xavier Beirão	Vogal	
Ricardo Nuno R. Fernandes Manica	Vogal	
Maria João França Monte	Vogal	
António João Prado de Almada Cardoso	Presidente	04/07/2008 a 31/12/2009
Hugo Calaboiça Amaro	Vogal	
João Miguel Rosa Gomes Sardinha	Vogal	

⁶ Aprovado pela Resolução n.º 2/99, da 2ª Secção do TC, de 28 de Janeiro, e aplicado à SRMTC pelo Despacho Regulamentar n.º 1/01-JC/SRMTC, de 15 de Novembro.



2.5. Contraditório

Em cumprimento do princípio do contraditório, consagrado no art.º 13.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, procedeu-se à audição individual de todos os membros do Conselho de Administração, identificados no quadro de responsáveis, e dos titulares dos departamentos governamentais com a tutela do SESARAM, os Secretários Regionais dos Assuntos Sociais e do Plano e Finanças. No entanto, só exerceram tal prerrogativa os actuais membros do CA⁷ e a Secretaria Regional do Plano e Finanças⁸ que manifestou a sua concordância com os comentários tecidos pelo CA do SESARAM.

As alegações apresentadas foram tidas em consideração ao longo do presente documento, designadamente através da sua transcrição e análise nos pontos pertinentes.

2.6. Condicionantes e grau de colaboração dos responsáveis

Apesar da disponibilidade e colaboração manifestada pelos responsáveis e dirigentes contactados, é de assinalar a existência das seguintes condicionantes que obstaram ao normal desenvolvimento dos trabalhos da auditoria:

1. Atrasos nas respostas aos pedidos de informação, sobretudo no que se refere aos dados relativos a 2009⁹;
2. Falta de comparabilidade e de consistência da informação estatística relevante, nomeadamente entre a informação obtida durante o trabalho de campo e a constante dos Relatórios de Actividade e de Gestão, alegadamente justificadas pela recente implementação do Processo Clínico Electrónico Único¹⁰ e consequente alteração na forma e conteúdo de alguns dados estatísticos;
3. Ausência de acompanhamento regular do cumprimento dos objectivos e metas estabelecidos nos Planos de Actividade e insuficiência dos indicadores de medida utilizados;
4. Tardia celebração dos CP e desfasamentos temporais importantes (mais de um ano) entre as datas da produção, da emissão das facturas e da elaboração dos mapas de controlo, que conduziu à impossibilidade da obtenção do CP, do relatório de produção e das facturas relativas ao exercício de 2009;

⁷ Cfr. o ofício com entrada na SRMTC, n.º 02361, de 21/09/2010, subscrito pelo Presidente do CA.

⁸ Cfr. o ofício com entrada na SRMTC, n.º 02389, de 23/09/2010.

⁹ De notar que, até meados de Junho de 2010, o SESARAM ainda não tinha encerrado o ano de 2009, nem remetido o correspondente Relatório e Contas à SRMTC. Disponibilizou, no entanto, os elementos de suporte à execução do Plano de Actividades.

Em contraditório, os membros do CA justificaram que o atraso na remessa do Relatório e Contas de 2009 (que só foram remetidos à SRMTC em 22 de Julho) deveu-se a “*uma alteração na forma de contabilização dos Proveitos relativos ao Contrato-Programa*”.

¹⁰ Até Março de 2007, a informação estatística era elaborada com base em matrizes (em rede partilhada e formato Excel) onde se registava toda a actividade dos CS. A partir dessa data, e com a implementação da nova Agenda Electrónica, estas matrizes deixaram de ser utilizadas. No entanto, para que a estatística de 2007 pudesse ser validada, os CS tiveram de registar nessa aplicação a produção de 2007 que era anterior à sua implementação, levando à ocorrência de algumas divergências.

Nos anos de 2008 e 2009 nem toda a informação era disponibilizada pela Agenda Electrónica (embora 80% a 90% já o fosse), o que levou os CS a completar tais registos após o termo do exercício económico e dos Relatórios de Actividade e de Gestão já terem sido elaborados. Estas dificuldades na estabilização dos registos da produção conduziram a que a informação estatística dos últimos três anos ainda esteja a ser ultimada.

5. Instabilidade dos critérios de valoração da produção facturada ao abrigo dos diferentes CP;
6. Inexistência de monitorização dos tempos de resposta dos CS às necessidades dos utentes.

Em sede de contraditório o SESARAM informou quanto:

- a) ao ponto 2, que os *“erros que foram cometidos não põem em causa nem a qualidade, nem a consistência da informação estatística uma vez que foram corrigidos e que, actualmente, o processo de trabalho é standard em todos os Centros de Saúde”*;
- b) ao ponto 3, que *“com o Controlo Orçamental, é efectuado um acompanhamento mensal dos indicadores de produção, bem como de outras tipologias de indicadores”*;
- c) ao ponto 4, que *“o SESARAM [tem] vindo a estabelecer plataformas de articulação com as demais entidades envolvidas no processo [de celebração dos CP], que possam contribuir para uma melhoria dos prazos de assinatura deste documento”* e que *“já em 2010, passa a ser contabilizada a produção relativa à proposta de Contrato-Programa como proveito, sendo igualmente elaborados os mapas de controlo do mesmo”*.

A Secretaria Regional do Plano e Finanças manifestou a sua concordância com os comentários tecidos pelo SESARAM, tendo reforçado que aquela Secretaria *“tem envidado todos os esforços para encurtar os prazos de celebração dos contratos programa, assim como para regularizar os respectivos valores no mais breve espaço de tempo, situação que no entanto tem sido dificultada pela conjuntura financeira, motivada também por factores de ordem externa”*;

- d) ao ponto 5, que *“as linhas de produção constantes do [CP] têm vindo a ser aprimoradas, nomeadamente através de um maior detalhe. Assim, não se trata de uma instabilidade mas apenas de um aperfeiçoamento”*;
- e) ao ponto 6, que *“entre o decurso da auditoria e a presente data¹¹, foi desenvolvido um sistema que permite o acompanhamento [e monitorização, pelos Directores dos Agrupamentos de Centros de Saúde e pela Direcção Clínica,] dos tempos de espera para os doentes não programados, nomeadamente para as situações de doença (atendimento no período máximo de 48 horas) e para situações administrativas (atendimento no período máximo de 15 dias)”*.

Não obstante se aceitem as justificações apresentadas é indiscutível que as situações elencadas afectaram o decurso dos trabalhos.

Registe-se, finalmente, com agrado, o desenvolvimento tão célere de um sistema de acompanhamento dos tempos de resposta dos CS aos pedidos de consulta.

¹¹ O ofício contendo as alegações tem data de 21/09/2010.



2.7. Enquadramento normativo e organizacional

2.7.1. O Sistema e o Serviço Regional de Saúde

A criação do Sistema Regional de Saúde remonta ao ano de 1977 mas, só em 1991, com a aprovação do Estatuto Político Administrativo (Lei n.º 13/91, de 5 de Junho)¹², é que a área da saúde foi formalmente reconhecida como constituindo matéria de interesse específico da RAM.

À data, os cuidados de saúde ainda assentavam na tradicional dicotomia cuidados primários/cuidados hospitalares, o que determinou, em termos organizacionais e funcionais, a criação de dois institutos públicos autónomos - o Centro Regional de Saúde e o Centro Hospitalar do Funchal.

A reforma operada pela Lei de Bases da Saúde de 2002 (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro) e o respectivo desenvolvimento pelo DLR n.º 4/2003/M, de 7 de Abril determinaram:

- A associação do financiamento público ao pagamento dos serviços prestados mediante contratos-programa;
- A integração (através do DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio) dos hospitais e centros de saúde da RAM numa única entidade, o Serviço Regional de Saúde, E.P.E.

Cinco anos após a sua entrada em vigor, o DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho de 2008, atribuiu nova denominação àquela entidade pública empresarial - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E (SESARAM, E.P.E.) - e procedeu à sua reorganização.

O enquadramento organizacional das instituições e dos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, bem como dos demais serviços da administração indirecta, no domínio da SRAS, está reflectido no organograma apresentado no Anexo I.

2.7.2. O SESARAM, E.P.E.

No respeito pela CRP¹³ e pelos princípios estratégicos estabelecidos na Lei de Base da Saúde¹⁴, e consagrados no novo Estatuto do Sistema Regional de Saúde¹⁵, o SESARAM foi

¹² A Base VIII da Lei n.º 48/90 já reconhecia aos órgãos de governo próprio das regiões autónomas os poderes de definir e executar as suas políticas de saúde, dentro dos limites constitucionalmente estabelecidos e dos princípios dela emanados.

¹³ De acordo com o art.º 64.º da Constituição da República Portuguesa, a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde à população constitui um dos pilares do Estado.

¹⁴ A Lei de Bases da Saúde caracteriza a legislação sobre a saúde como de interesse e ordem pública (Base III), atribuindo ao Estado a responsabilidade pela promoção e garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (Base I).

Relativamente à gestão dos hospitais e centros de saúde, o regime recomenda (Base XXXVI), na medida do possível, a adopção de regras de gestão empresarial, admitindo ainda a realização de experiências inovadoras de gestão em condições a definir por lei superveniente e o alargamento do regime laboral dos profissionais da saúde “à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva” (Base XXXI).

Por seu turno, a Base XXXIII, preconiza o financiamento do sistema, pelo Orçamento do Estado, com base na produção efectuada “através do pagamento dos actos e actividade efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde.”.

¹⁵ Aprovado pelo DLR n.º 4/2003/M, de 7 de Abril, com as alterações introduzidas pelo DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho.

criado sob a forma de uma entidade pública empresarial (EPE)¹⁶, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual cabe a responsabilidade pela “*prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Regional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com este contratem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral*”¹⁷.

A nova entidade pública foi dotada de um capital estatutário de €145 milhões, exclusivamente detido pela RAM, apresentando como órgãos sociais um Conselho de Administração, composto por um presidente e dois vogais, um fiscal único, um director clínico e um enfermeiro-director (art.ºs 12.º e 14.º, n.º 1, do regime e orgânica da entidade)¹⁸.

A orgânica estabelece como princípios de funcionamento e controlo financeiro do SESARAM, E.P.E., o financiamento pelo Orçamento da Região Autónoma da Madeira, “*através de contratos-programa a celebrar com a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, nos quais se estabelecem os objectivos e metas qualitativas e quantitativas, sua calendarização, os meios e os instrumentos para os prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumida pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos actos clínicos*” (art.º 7.º) e a organização por centros de responsabilidade (art.º 9.º), a definir em regulamento interno (art.º 11.º).

Sujeito a uma dupla tutela, o SESARAM deve, por um lado, articular a sua actividade às normas, critérios e linhas de orientação definidas pela SRAS, a quem cabe, designadamente, definir os seus objectivos e estratégias e homologar o regulamento interno e, por outro lado, em matéria económica e financeira, submeter os seus planos e contas aos membros do governo com responsabilidade nas áreas das finanças e da saúde (art.º 5.º).

De resto, o SESARAM rege-se pelo regime aplicável às entidades públicas empresariais (DL n.º 558/99, de 17 de Dezembro, alterado pelo DL n.º 300/2007, de 23 de Agosto), com as especificidades constantes do DLR n.º 9/2003/M, 27 de Maio, alterado pelo DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho, dos seus estatutos aprovados por aquele diploma legal e dos seus regulamentos internos, bem como das normas em vigor para o Serviço de Saúde da RAM (vd. art.º 1.º do seu regime e orgânica).

2.7.3. Os Centros de Saúde

Os Centros de Saúde (CS) são o pilar central do sistema regional de saúde, constituindo a base da assistência à população, quer através da prestação de cuidados primários quer do encaminhamento dos utentes para os cuidados diferenciados hospitalares.

No território continental, os CS distribuem-se em função das populações que servem¹⁹, com base num modelo assente em equipas auto-organizadas e em Agrupamentos de Centros de

¹⁶ Com o intuito de imprimir uma gestão empresarial às entidades responsáveis pela prestação de cuidados de saúde na RAM, de modo a reforçar a capacidade de organização e de promoção de uma utilização mais eficiente dos recursos na área dos cuidados de saúde.

¹⁷ Cfr. os art.ºs 1.º, n.º 1, e 3.º, n.º 1, do DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio, alterado pelo DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho.

¹⁸ Aprovado pelo DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio, alterado pelo DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho.

¹⁹ Em princípio, existe um Centro por cada vila sede de concelho e um por cada bairro nas cidades mais numerosas.



Saúde, dotados de mera autonomia gestionária²⁰, encarregues da prestação de cuidados assistenciais.

Em Dezembro de 2008, com a entrada em vigor do novo regulamento do SESARAM e com o objectivo de agilizar a gestão de recursos e alcançar níveis de produtividade mais elevados, os CS da RAM passaram²¹ a integrar um dos três Agrupamentos²² a que correspondem as seguintes zonas geográficas (cfr. art.º 31.º daquele regulamento):

- Concelho do Funchal (Centros do Bom Jesus, do Monte, Santo António, Nazaré e São Roque), com sede no CS do Bom Jesus;
- Zona Oeste (Centros da Calheta, Câmara de Lobos, Ponta do Sol, Porto Moniz, Ribeira Brava e São Vicente), com sede no CS da Ribeira Brava;
- Zona Leste (Centros de Machico, Santa Cruz e Santana), com sede no CS de Machico.

Embora a orgânica do SESARAM preconizasse a constituição de Centros de Responsabilidade, designadamente para os serviços assistenciais, o que implicaria necessariamente uma maior autonomia de gestão, essa aspiração ainda não foi concretizada.

²⁰ A autonomia dos CS não tem correspondência no tradicional estatuto jurídico da autonomia administrativa e financeira. A sua afirmação assenta numa nova cultura de gestão e de liderança, baseada nos valores da orientação para o cidadão, da confiança recíproca e do empreendedorismo dos profissionais de saúde.

²¹ Deixaram de ser geridos autonomamente ao nível concelhio, cada qual com o seu director ou responsável.

²² Os Agrupamentos são geridos por um director coadjuvado por dois adjuntos, sendo um deles médico e o outro enfermeiro (vide art.º 32.º do Regulamento do SESARAM, E.P.E). Só na zona do Porto Santo, pelas características próprias e dimensão reduzida em termos de unidades de saúde (apenas uma), é que a direcção é efectuada de forma independente, por um director (art.º 33.º).



3. Resultados da Análise

3.1. Avaliação do cumprimento dos objectivos (2007-2009)

O Plano Estratégico 2007-2009 contemplou 4 grandes opções estratégicas (cfr. o Anexo II), desdobradas em objectivos específicos e medidas/acções²³, cuja definição foi precedida de uma análise *SWOT*²⁴ e da incorporação das orientações de políticas de saúde definidas pelo Governo Regional²⁵.

Os Planos de Actividades anuais evidenciam as principais metas que o SESARAM se propôs atingir, tendo por base um conjunto de indicadores chave²⁶ cuja situação de partida se reporta ao ano de 2006.

Estando a presente acção orientada para a área dos cuidados primários, o acompanhamento da execução dos Planos de Actividades limitou-se aos indicadores relevantes cuja análise evolutiva, por objectivo estratégico, se apresenta em seguida.

De notar que o SESARAM só disponibilizou os elementos de suporte à execução do Plano de Actividades de 2009 em 1 de Junho de 2010, sem que, nessa data, se encontrassem encerrados os dados relativos a esse ano.

3.1.1. Objectivo estratégico 1: Promover a melhoria global do estado de saúde das populações evitando a doença com medidas de protecção

A decomposição do objectivo estratégico consubstanciou-se num conjunto abrangente de medidas, direccionadas para a área hospitalar e dos cuidados primários.

Objectivo específico	Medida/acção
Sistematização dos programas de prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis.	1. Reforço das parcerias para o desenvolvimento de programas de prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis; 2. Incentivo ao maior comprometimento no desenvolvimento das acções e respectiva monitorização, com adequação ao previsto no Plano Regional de Saúde, nos diferentes domínios.
Aperfeiçoamento da política de informação e comunicação.	3. Avaliação sistemática da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde; 4. Reestruturação das formas e meios de comunicação internos e externos (Gabinete do Utente /Portal/ Circulares, etc.).
Reforço da interligação cuidados primários / cuidados hospitalares	5. Implementação de mecanismos de referenciação para a priorização no atendimento e orientação do utente (melhor gestão de Listas de Espera); 6. Reforço da constituição de equipas multidisciplinares como resposta a problemáticas específicas; 7. Reorganização dos processos em torno do utente, aproveitando as funcionalidades e potencialidades das NTIC; 8. Reforço das políticas de rastreio para prevenção das patologias de maior prevalência.

²³ O Plano de 2008 era composto por: 4 objectivos estratégicos, 12 objectivos específicos e 40 medidas/acções.

²⁴ “Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats”, ou seja, “Pontos fortes, Pontos fracos, Oportunidades e Ameaças”.

²⁵ Definidas no Programa de Governo (2007-2011), no Plano de Desenvolvimento Económico e Social (2007-2013) e no Plano Regional de Saúde (2004-2010).

²⁶ Em número de 23, agrupados, segundo os objectivos estratégicos, da seguinte forma: 5 indicadores para o primeiro objectivo, 7 para o segundo, 10 para o terceiro e, finalmente 1 no quarto.

A avaliação do cumprimento dos objectivos definidos foi efectuada com base nos 4 indicadores estabelecidos pelo SESARAM para a área dos cuidados primários, realçando-se, numa primeira análise, que esses instrumentos de medição, ou não existem, ou acabam por não reflectir suficientemente (por terem um a ligação remota ou distante) a evolução do objectivo cujo desempenho se pretende medir²⁷.

Os responsáveis informaram, a este propósito, que os indicadores de desempenho “*serão revistos aquando da elaboração do próximo plano de actividade, essencialmente no que respeita aos aspectos centrais da gestão do SESARAM*”.

Os desafios relacionados com a colocação do utente no centro do sistema, a aposta na prevenção, as alterações das formas e meios de comunicação, o reforço dos mecanismos de referenciação e da constituição de equipas pluridisciplinares, são aspectos centrais da gestão do SESARAM, insuficientemente traduzidos nos indicadores de desempenho.

N.º	INDICADORES - CHAVE DESCRIÇÃO	BASE 2006	METAS			RESULTADOS		
			2007	2008	2009	2007	2008	2009
1	Médicos/1.000 Hab.	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2
2	Enfermeiros/1000 Hab.	6,6	6,6	6,7	6,7	6,4	6,6	6,9
3	N.º Acções de educação para saúde	1.253	1.250	1.250	1.250	1.134	n.d.	1.453
4	N.º Inquéritos de satisfação realizados	0	2	2	2	2	0	0

n.d. – não existem dados disponíveis para quantificar o grau de realização;

Não obstante as limitações assinaladas, os resultados medidos indicam que:

- a) O recrutamento de novos médicos e enfermeiros colocaram o valor dos indicadores 1 e 2 acima da meta estabelecida.

Até 2008, observou-se um acréscimo líquido de 53 profissionais, distribuídos entre mais 39 médicos e 14 enfermeiros, perfazendo, no final desse ano, um total de 531 médicos e 1.628 enfermeiros²⁸. O que ficou aquém da quota de admissão líquida autorizada por contrato-programa, que era de 57 médicos e 99 enfermeiros.

Não obstante, será sempre de referir que este indicador não está directamente associado ao cumprimento de nenhum dos objectivos ou medidas definidas pelo SESARAM.

- b) No que se refere à medida 3, relativa ao desenvolvimento de programas de prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis, o SESARAM só forneceu informação durante o contraditório não tendo sido possível fazer uma avaliação crítica desses dados que se reportam ao período entre Abril e Dezembro de 2009²⁹.

²⁷ Dito de outra forma, a leitura dos indicadores (metas ou resultados) pouca informação fornece sobre o nível de concretização da grande maioria dos objectivos ou medidas. Na ordem enunciada, apenas a primeira e a terceira das medidas podem ser directamente associadas aos indicadores 3 e 4, respectivamente.

Para as outras medidas (as 6 restantes, que contêm importantes linhas de reforma para a melhoria da qualidade e eficiência dos serviços) os indicadores pouco ou nada esclarecem.

²⁸ Conforme Ponto 6.1. do Relatório de Actividades e Gestão de 2008

²⁹ Entre Janeiro de 2008 e Abril de 2009 não existem registos em matrizes do número de acções de educação para a saúde pese embora tais acções se tenham realizado. Segundo o CA essas acções também não foram contempladas na Agenda Electrónica, por incompatibilidades com a estrutura da aplicação.



No entanto, como o valor apresentado foi superior à meta estabelecida para o ano de 2009, considera-se que o objectivo foi cumprido.

- c) A medida atinente à realização de inquéritos sobre a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde traduziu-se num incumprimento, uma vez que não foram realizados os inquéritos (2) previstos para os exercícios de 2008 e 2009³⁰.

3.1.2. Objectivo estratégico 2: Melhorar a cobertura, acessibilidade e qualidade da prestação de serviços de saúde

No caso deste eixo estratégico, a análise incidiu sobre os objectivos e medidas explicitamente relacionados com a prestação dos cuidados primários³¹.

Objectivo específico	Medida/acção
Desenvolvimento e aplicação de uma política de melhoria contínua da qualidade.	1. Definição do programa de acreditação para a área dos cuidados de saúde primários.
Reorganização da utilização da capacidade instalada e dos recursos disponíveis.	2. Reforço da acessibilidade, pela utilização mais eficiente das estruturas físicas (CS, Bloco e Consulta Externa) e dos recursos técnicos e humanos existentes.

Os indicadores seleccionados respeitam apenas à segunda das medidas, pese embora ambos³² abarquem aspectos essenciais desta área assistencial, com repercussão na disponibilidade e na qualidade dos serviços prestados aos utentes.

N.º	INDICADORES – CHAVE DESCRIÇÃO	BASE 2006	METAS			RESULTADOS		
			2007	2008	2009	2007	2008	2009
5	Taxa de cobertura médico família ³³	51%	55%	57%	57%	51,4%	53,1%	53,5%
6	Taxa de variação das consultas CS	2,5%	3,0%	3,0%	3,0%	8,4%	1,1%	15,5%

Os resultados medidos no âmbito do objectivo de reforço da acessibilidade e da utilização dos recursos aponta para desfechos inversos:

- a) Por um lado, o SESARAM conseguiu ultrapassar as metas definidas para o crescimento do número de consultas realizadas;

³⁰ O SESARAM alegou que esta situação deveu-se ao “abandono do MONIQUOR e do projecto de qualidade pelo CHKS, “o que levou a uma revisão dos procedimentos, entre eles dos inquéritos de satisfação a aplicar. Saliente-se que em 2010 já foram aplicados inquéritos a vários Centros de Saúde, designadamente dos concelhos de Santa Cruz e Ribeira Brava”.

³¹ No total, o eixo apresenta mais 1 objectivo específico e outras 9 medidas relacionadas com a construção, remodelação ou reapetrechamento de infra-estruturas, com outras áreas de actividade ou, ainda, com questões técnicas muito específicas.

³² A taxa de cobertura expressa a dimensão dos utentes que dispõem de médico de família. O valor do indicador resulta da divisão entre o n.º de inscritos nas listas de médico de família e o total dos utentes inscritos nos CS.

A taxa de variação exprime o crescimento pretendido para o global das consultas disponíveis nos CS: médicas, de enfermagem e de outras áreas (fisiatria, nutrição e psicologia).

³³ O reforço da cobertura dos utentes por médico de família é um dos factores prioritários nas novas abordagens aos sistemas de saúde. Resulta do reposicionamento dos cuidados primários no centro do sistema, com o intuito de se obterem melhores resultados e uma maior equidade na prestação de saúde às populações, com uma maior satisfação dos utilizadores e uma utilização mais adequada dos recursos, a um mais baixo custo.

- b) Por outro, no que respeita à cobertura dos utentes por médico de família, não foi possível elevar esta taxa para o patamar dos 57%, pois, o valor do indicador estabilizou nos 53%.

Em contraditório, o CA justificou que esta taxa, inferior à meta prevista, radicou na subavaliação do número de inscritos nos CS nos censos de 2001 (população residente) relativamente aos censos de 2007 (que passou a incluir também a população flutuante) e no expurgo, nas listas dos médicos de família, dos inscritos falecidos, transferências, etc. Referiram, ainda, que *“a política de inscrição nos Centros de Saúde já foi revista, por forma a permitir uma confirmação dos utentes efectivamente inscritos em médico de família”*, através da separação entre os que recorrem a consulta médica e os que apenas recorrem à área de enfermagem, estando *“ainda a ser revistos os procedimentos para inscrição da população flutuante”*, nomeadamente através de contactos com o Centro do Emigrante e da criação de rotinas, após a integração e operacionalização da base de dados do SESARAM com o Registo Nacional de Utentes, que detectem inscrições duplicadas.

Apesar das justificações apresentadas, não é possível considerar que este indicador tenha sido cumprido.

Relativamente à medida atinente à certificação de qualidade dos cuidados primários (primeira medida) cumpre referir que o SESARAM, no 2.º semestre de 2008, deu início ao processo de acreditação, através do *King's Fund Health Quality Services*, de cinco CS³⁴, a qual se encontra actualmente em curso. No âmbito desse processo, encontra-se prevista a realização de uma auditoria organizacional para Maio de 2010. Uma vez concluída a certificação, as normas de qualidade deverão ser extensíveis a todos os CS da Região.

3.1.3. Objectivo estratégico 3: Implementar novos métodos de gestão que promovam a competência, a responsabilização, a eficiência e a eficácia no exercício da prestação de cuidados de saúde

No último eixo estratégico³⁵, a análise foi circunscrita aos dois objectivos e correspondentes medidas discriminadas no quadro seguinte:

Objectivo específico	Medida/acção
Introdução de novos Métodos e Técnicas de Gestão.	1. Reforço do princípio de Gestão Empresarial, através da criação de Centros de Responsabilidade Integrados e Unidades de Gestão
Consolidação do modelo para os Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação assente em princípios de planeamento, normalização e certificação.	2. Melhoria dos sistemas de controlo dos encargos e gestão mais eficiente dos recursos, através da criação e implementação de procedimentos que permitam o registo, acompanhamento e valoração da produção (nomeadamente nas áreas de apoio logístico) – Articulação com o STSI (1)
	3. Desenvolvimento progressivo do Processo Clínico Electrónico Único.

(1) Introduzida em 2008.

³⁴ Os CS da Ribeira Brava, do Porto Santo, de Santo António, do Caniço e de São Vicente.

³⁵ Para além dos aqui identificados, havia um outro objectivo estratégico relacionado com os cuidados continuados integrados, envolvendo parcerias entre os serviços de saúde.



Dos quatro indicadores de desempenho seleccionados em 2007, dois foram alterados em 2009 pela nova administração do SESARAM, na sequência da substituição³⁶ dos denominados “Centros de Responsabilidade e Unidades de Gestão protocolados” por “Serviços e Unidades de Gestão Orçamental”.

O novo enfoque resulta da implementação, em 2009, de um controlo orçamental dos agrupamentos e de centros de saúde³⁷ que envolve o acompanhamento mensal de um conjunto de metas (definidas pela administração) de produção assistencial e de custos e proveitos operacionais.

Com esta opção, o CA acaba por reconhecer a falta de condições para a criação e contratualização interna de centros de responsabilidade³⁸, optando em alternativa por uma figura menos exigente de desconcentração orçamental, que tem por base um instrumento de gestão participativo e de responsabilização dos tomadores de decisão³⁹.

N.º	INDICADORES - CHAVE	BASE	METAS			RESULTADOS		
			2006	2007	2008	2009	2007	2008
7	% de CS informatizados	0%	100%	100%	100%	80%	100%	100%
8	N.º Centros Responsabilidade protocolados	0	13	14	-	0	0	
	N.º Serviços de acção médica c/ orçamento anual próprio (a)	0	-	-	29	-	-	29
9	N.º de Unidades Gestão protocolados	0	0	9	-	0	0	-
	N.º Unidades de acção médica c/ orçamento anual próprio (b)	0	-	-	27	-	-	27
10	% Consultas CSP registadas em suporte electrónico (médicas e enfermagem)	0	40%	100%	100%	60%	87%	89%

(a) e (b) Introduzidos no Plano de Actividades de 2009, em substituição dos indicadores 8 e 9, respectivamente.

De acordo com os dados recolhidos, verifica-se que:

- Em 2009 já estavam em funcionamento 27 unidades e 29 serviços de acção médica com orçamento próprio;
- O objectivo de consolidação do modelo de utilização dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação encontrava-se em fase adiantada de concretização, pois, a informatização dos CS foi dada por concluída em 2008 e o registo das consultas em

³⁶ A referida alteração, embora se enquadre na linha de orientação estratégica de criação de centros de responsabilidade, constitui uma etapa intermédia na concretização daquelas unidades autónomas de gestão, definidas na orgânica e no regulamento do SESARAM (cfr. o n.º 2 do art.º 9.º e o art.º 27.º, respectivamente).

³⁷ Bem como, ao nível hospitalar, dos orçamentos dos departamentos, serviços e unidades hospitalares.

³⁸ Um CRI corresponde a um nível intermédio de gestão, agrupando serviços e ou unidades, por áreas homogéneas de actividade, com afinidades funcionais e com dimensão gestonária adequada. Apresenta como características principais: uma gestão própria, com autonomia face à administração, com orçamento próprio, mas integrado no SESARAM e financiamento por objectivos (de prestações assistenciais) de base contratual.

³⁹ No contraditório o CA informou que esta alteração promoveu uma melhoria da comunicação interna, na dinâmica de grupo, nos resultados da produção assistencial e operacionais, assim como na competência, responsabilização, eficiência e eficácia no exercício da prestação de cuidados de saúde.

suporte electrónico rondava os 90%, no final de 2009 (perspectivava-se que o indicador atingisse os 100% já em 2008).

3.1.4. O sistema “Processo Clínico Electrónico”

Com o intuito de articular todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde o SESARAM iniciou, em 2007, a implementação de um sistema integrado de informação, denominado de Processo Clínico Electrónico Único, caracterizado essencialmente pela criação de uma base de dados que congrega toda a informação clínica dos utentes⁴⁰ (diagnósticos, intervenções, atendimentos e documentos). Integra, ainda, aplicações de apoio à decisão clínica e de gestão, permitindo a obtenção de indicadores epidemiológicos e de produção⁴¹ numa base diária por área geográfica, unidade, valência ou profissional de saúde.

A futura ligação à aplicação dedicada à Gestão Financeira (Navision) permitirá a realização de análises em tempo real aos serviços prestados (através da importação e tratamento da informação existente no sistema Processo Clínico Electrónico⁴²) com vista ao controlo orçamental.

À data da auditoria (Junho de 2010), o grau de cobertura dos CS ainda não era total nem estavam disponíveis todas as funcionalidades, designadamente:

- i) Faltava a integração e upgrade de alguns sistemas para suportar as funcionalidades que se pretendem implementar (entre os quais a Agenda Electrónica), faltava a ligação destes à aplicação Navision (que vai sofrer também um upgrade), era necessário alargar a banda que suporta o funcionamento em rede, adquirir mais equipamentos informáticos e assegurar a formação dos funcionários;
- ii) A actividade relativa à Medicina Física e Reabilitação (MFR) não estava reflectida no sistema, visto esta implementação ter incidido inicialmente sobre as áreas (médica e de enfermagem) comuns aos CS e Hospital.

Não obstante, no estado actual de implementação, o sistema permite que seja disponibilizado o acesso ao processo clínico a partir de qualquer ponto em que o mesmo se encontre⁴³.

Está prevista ainda a incorporação neste sistema de uma ferramenta denominada de Projecto de Gestão de Atendimentos⁴⁴, que possibilitará a contagem de todos os tempos de atendimento do utente, desde a sua chegada ao CS, permitindo-lhe saber (através de um televisor montado na sala de espera) o tempo que falta para ser atendido.

Em sede de contraditório os responsáveis referiram que, no último trimestre de 2010, aquando da actualização da aplicação Navision, serão instaladas as componentes relativas à MFR e

⁴⁰ Pressupõe a digitalização de toda a informação clínica histórica relevante relacionada com a observação, diagnóstico e tratamento dos doentes, tendo em vista o seu registo em formato electrónico, com o objectivo de contornar os problemas originados pelos dados em papel: Perda / Extravio comuns; Escrita ilegível; Formato e Estrutura não uniformes; dificuldades na busca e análise dos dados; Processos gordos e desdobrados; Arquivo, selecção e distribuição onerosos.

⁴¹ A partir de Julho de 2010 prevê-se que seja possível a implementação de alguns dos indicadores de qualidade definidos pelo Ministério da Saúde (v.d. indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 12 de Abril de 2006).

⁴² Este processo teve início nos CS, com a integração das várias valências médicas e de enfermagem, tendo sido posteriormente alargado, de modo faseado, ao Centro Hospitalar Dr. Nélio Mendonça (iniciou-se no Serviço de Urgência, passou à Consulta Externa (ainda a decorrer) encontrando-se em fase de implementação no Internamento).

⁴³ Basta, para tal, que exista um computador e seja introduzido o número do cartão do utente no sistema.

⁴⁴ Actualmente implementado, sob a forma de projecto-piloto, na Consulta Externa do Hospital Dr. Nélio Mendonça.



será ponderada a extensão do sistema de gestão de atendimento, já implementado com sucesso na Consulta Externa e nalguns CS (especialmente os de maior dimensão).

3.1.5. Avaliação global

Foram seleccionados 10 (de um total de 23) indicadores chave, distribuídos por três (dos quatro) objectivos estratégicos contemplados no Plano Estratégico de 2007-2009 – os mais relevantes na área dos cuidados primários.

Desses dez indicadores, três não atingiram as metas (os indicadores 4, 5 e o 10) e sete⁴⁵ superaram as metas definidas (os indicadores n.ºs 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 9) o que resulta numa taxa de sucesso de 70%.

Não obstante o bom nível de desempenho alcançado, é de realçar o facto de haver indicadores (sobretudo os associados ao objectivo estratégico 1 e, em certa medida, ao 2) que não traduzem de uma forma plena os desafios de gestão associados às correspondentes medidas. Nesse sentido, um esforço de melhoria na construção de futuros indicadores de desempenho revela-se pertinente.

3.2. O FINANCIAMENTO POR CONTRATOS-PROGRAMA

3.2.1. Aspectos formais

Um dos pilares do Sistema Regional de Saúde, decorrente da reforma da Lei de Bases da Saúde, consubstancia-se no financiamento da prestação de cuidados assistenciais pelo Orçamento Regional, com base nos actos e actividades efectivamente realizados.

Em conformidade, a orgânica do SESARAM (art.º 7.º) estabeleceu o CP como o quadro conformador dos pagamentos dos actos e actividades cujas regras constam de um Despacho Conjunto⁴⁶, dos Secretários Regionais dos Assuntos Sociais e do Plano e Finanças.

À luz destes normativos previa-se a celebração de três CP, os quais vigorariam, sucessivamente, entre Janeiro e Setembro de 2007; Outubro de 2007 e Dezembro de 2008, e Janeiro e Dezembro de 2009.

No entanto, até Junho de 2010, o CP relativo ao ano de 2009 ainda não havia sido celebrado.

⁴⁵ Incluindo os dois indicadores que foram reformulados (n.ºs 7 e 8).

⁴⁶ Publicado no JORAM, II Série, n.º 114, de 11 de Junho de 2004. Segundo os seus termos, o CP deve:

- ✓ Ser o instrumento de definição e quantificação das actividades a realizar e das contrapartidas financeiras a auferir, devendo constituir um mecanismo de regulação da oferta e da procura em cuidados de saúde;
- ✓ Definir o volume da produção, em função da capacidade instalada e das estimativas de procura, de forma agregada (linhas de produção), às quais deverá ser associada um preço unitário, ajustado ao nível de eficiência do SRS e atendendo aos custos do SNS, adaptados à especificidade regional;
- ✓ Estabelecer objectivos de convergência, tendo em vista a promoção de níveis de eficiência mais elevados;
- ✓ Prever mecanismos de incentivo e de penalização;
- ✓ Estabelecer a dotação global de pessoal do SRS, assim como fixar a quota anual de admissões;
- ✓ Garantir o pagamento dos cuidados de saúde, através do IASAÚDE, IP – RAM, a quem cabe igualmente acompanhar e monitorizar a execução do contrato programa.

Quadro 1 – Contratos-programa celebrados entre a RAM e o SESARAM

Contrato-programa				Resolução do CG	
Data de celebração	Período de vigência	Valor Global	Efeitos financeiros	N.º	Data
28/12/2007	01/01 a 30/09/2007	€ 168.065.662,00	2008 – € 168.065.662,00	1473/2007	28/12
30/12/2008	01/10/2007 a 31/12/2008	€ 279.104.477,61	2009 – € 195.000.000,00 2010 – € 84.104.477,61	1599/2008	30/12
(1)	01/01 a 31/12/2009	€ 238.994.534,00	-	-	-
Total		€ 686.164.673,61			

(1) O mapa da produção contratada consta do Anexo 10 ao Plano de Actividades para 2009.

De acordo com a informação recolhida, o volume de produção negociado para o triénio 2007-2009 atingiria um montante global próximo dos € 686 milhões, verificando-se ainda que:

- Os efeitos financeiros (regularização dos pagamentos) dos contratos-programa projectaram-se excessivamente para além do exercício económico a que respeita a produção;
- No caso dos dois primeiros contratos, o período de produção não coincidia com o ano civil (o ciclo normal da actividade perspectivado nos planos de actividades);
- Todos os contratos foram celebrados no termo ou depois de encerrado o período de produção, criando com isso dificuldades ao controlo e fiscalização do cumprimento dos aspectos financeiros, técnicos e legais, nos termos previstos no clausulado daqueles documentos.

As situações apontadas por serem perturbadoras de um regular exercício da gestão, carecem de uma rápida e eficaz correcção.

Em particular, a celebração dos CP, no fim ou após o período de produção, desvirtua completamente a sua natureza como instrumento de incentivo a uma maior autonomia e responsabilização da gestão⁴⁷, configurando um retrocesso à figura da mera transferência administrativa de verbas que é incompatível com o estatuto de EPE de que goza o SESARAM.

Acresce o facto de, cerca de dezoito meses após o termo do exercício de 2009, ainda não ter sido celebrado o CP relativo a esse ano e do pagamento dos serviços prestados também não ter sido satisfeito, forçando a procura de fontes alternativas de financiamento (prorrogação dos prazos de pagamento aos fornecedores ou recurso ao crédito bancário) e o avolumar de encargos a satisfazer pelo orçamento regional.

⁴⁷ Aspectos como a gestão por objectivos, a fixação de metas, a procura de ganhos de eficiência e produtividade, a monitorização da actividade e a previsão de incentivos ficam completamente desvalorizados com a assinatura dos contratos no momento em que estão a ocorrer.



Em sede de contraditório, o SESARAM remeteu para a tutela a justificação pelos atrasos verificados na celebração dos contratos⁴⁸ e na facturação das prestações⁴⁹, tendo sustentado que *“a proposta de Contrato Programa elaborada pelo SESARAM é remetida aos órgãos competentes no princípio do ano, com a definição dos valores, níveis de produção e objectivos de qualidade e eficiência, estando fora do [seu] controlo a tramitação posterior até a sua assinatura efectiva”*⁵⁰.

Os responsáveis referiram que não encaram estes contratos como meras transferências orçamentais, visto *“a responsabilidade da gestão ser avaliada em função dos níveis de cumprimento dos objectivos de produção e do cumprimento das Metas de Qualidade e Eficiência”* e *“o não cumprimento dos níveis de produção contratada implica[r] reduções no nível de financiamento atribuído”*.

Saliente-se, a este respeito, que apesar de previstas nos CP, as cláusulas relativas ao incumprimento dos objectivos de produção nunca foram accionadas nem se comprovou (documentalmente) que estes parâmetros tenham sido objecto de qualquer controlo⁵¹ pela tutela⁵².

Note-se, que o facto dos contratos serem celebrados no termo ou já depois de concluído o período de produção desvirtua a aplicação prática de tais cláusulas, mantendo-se, por conseguinte, o entendimento acima perfilhado.

3.2.2. Análise dos contratos-programa celebrados em 2007 e 2008

A estrutura dos CP em análise é semelhante à dos celebrados com o SRS, E.P.E. deles constando as seguintes disposições:

- ✓ Previsão das quantidades e respectivos preços unitários das prestações de saúde que o SESARAM se obriga a assegurar (Anexo I);
- ✓ Definição de um conjunto de metas, tendo em vista a promoção de níveis de qualidade e eficiência mais elevados, cujo cumprimento é premiado com um valor não superior a 0,5% da produção contratada (Anexo II);
- ✓ Definição das regras de pagamento das prestações de saúde (Anexo III);
- ✓ Fixação da quota anual de admissões de pessoal para o período de produção dos contratos (Anexo IV).

⁴⁸ Do processo de negociação para 2008, constata-se que a primeira proposta de contrato é de finais de Fevereiro de 2008 e respeitava à produção desse mesmo ano. A proposta foi devolvida para rectificação a 23 de Maio, com a orientação de acrescentar o último trimestre de 2007 ao exercício de 2008 e reformular em conformidade os valores de produção e financeiros. Uma nova versão foi remetida no início de Agosto, reflectindo os ajustamentos pretendidos. A versão final foi ainda sujeita a alterações nos volumes de produção.

⁴⁹ A facturação relativa ao primeiro contrato (Janeiro a Setembro de 2007) só começou a ser emitida em meados de Abril de 2008 e foi concluída a 31 de Dezembro desse ano. A referente ao 2.º contrato iniciou-se em finais de Agosto e, em Abril de 2010, ainda não tinha sido concluída.

⁵⁰ O SESARAM entende (e bem) que não pode haver facturação sem a assinatura do CP e refere que, a partir de 2009, com a implementação do controlo orçamental, a facturação passou a fazer-se com base na produção.

De notar que, ao invés do alegado, a análise realizada no sub-ponto 3.2.3 concluiu que, em Abril de 2010, a facturação relativa ao CP de 2008 ainda não tinha sido concluída nem tinha sido iniciada a facturação relativa ao CP de 2009.

⁵¹ As linhas em que se verificaram excessos de produção foram contrabalançadas pela diminuição de outras.

⁵² O mesmo não terá acontecido com os prémios de qualidade e eficiência, que foram parcialmente pagos. O prémio relativo ao CP de 2007 (no montante de € 840.328) foi pago em Novembro de 2008 e o previsto no CP de 2008 (no montante de € 1.395.522,39) não foi totalmente liquidado (faltaram € 910.447,80).

3.2.2.1. VOLUMES DE PRODUÇÃO

A) Produção contratada

Os volumes de produção contratados foram definidos com base na capacidade instalada e nas estimativas de procura, enquanto os preços unitários tiveram em conta a estimativa dos custos de produção⁵³.

Quadro 2 – Produção acordada nos contratos-programa

(Unidade: euros)

Prestações de saúde	Preço unitário	01/01/2007 a 30/09/2007		01/10/2007 a 31/12/2008		Δ %
		Qt.	Valor	Qt.	Valor	
Total – área hospitalar			100.709.450,56		146.905.570,00	45,87
Consultas nos CS	50,00	471.433	23.571.637,50	1.080.000	54.000.000,00	129,09
Urgências dos CS	88,85	120.000	10.662.000,00	180.000	15.993.000,00	50,00
Dias de internamento nos CS	83,30	11.250	937.125,00	18.650	1.553.545,00	65,78
Visitações domiciliárias	66,48	81.000	5.384.880,00	140.500	9.340.440,00	73,46
Medicina Física e Reabilitação	60,84	63.450	3.860.298,00	98.350	5.983.614,00	55,00
Total – Centros de Saúde			44.415.940,50		86.870.599,00	95,58
Dias de Internamento HJA	80,80	57.105	4.614.217,25	-	-	- 100,00
Outros			19.166.381,67		45.328.308,61	136,50
Total Geral			168.905.990,00		279.104.477,61	65,24

Na sucessão dos contratos, salientam-se os seguintes aspectos susceptíveis de afectar a sua comparabilidade:

- As linhas *Outros*⁵⁴ e *Medicina Física e Reabilitação* (MFR) são comuns às áreas dos cuidados primários e hospitalares⁵⁵ (o SESARAM ainda não procedeu à sua afectação específica);
- No CP de 2008, a linha *Dias de Internamento no Hospital Dr. João de Almada*, passou a integrar o cômputo da actividade da Unidade de Domicílio Virtual (cfr. art.º 2.º do DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho);
- A linha de produção *Consultas nos CS* (a com peso mais significativo) não se mostra estabilizada, tendo sofrido do 1.º para o 2.º CP um expressivo incremento, em

⁵³ Os preços unitários nos cuidados primários foram definidos com base num relatório de 2003, no âmbito do qual se estimaram os custos de produção pois não existem preços de referência a nível nacional (no restante território nacional, os CS são financiados directamente pelas transferências provenientes do Orçamento do Estado, no caso do espaço continental, e do OR dos Açores, no caso da RAA).

⁵⁴ Nesta parcela da produção estão incluídos os serviços de transporte e de envio de doentes para outros estabelecimentos (dentro e fora da RAM), os pedidos de MCDT a estabelecimentos dentro e fora da RAM, o pagamento de subvenções a subsistemas e outros custos necessários à adequada prestação de cuidados de saúde aos utentes, incluindo os produtos cedidos em farmácia hospitalar.

Segundo os responsáveis pelo SESARAM, a especificidade de situações incluídas nesta rubrica torna difícil a sua imputação circunstanciada aos CS e ao Hospital.

⁵⁵ No caso da MFR também inclui o Centro de Desenvolvimento da Criança.

No contraditório o SESARAM esclareceu que a distinção da produção da MFR entre os cuidados primários e hospitalares não se justifica em termos de CP por ser efectuada pelo mesmo departamento e por uma questão de simplicidade da linha de produtos.



resultado da inclusão nos *actos de enfermagem*^{56 e 57}, da actividade dos MCDT pois os CP não continham nenhuma rubrica específica para o registo daquela produção na área dos cuidados primários.

Para períodos equivalentes (Janeiro a Setembro de cada ano), este aumento, só por si, representou um acréscimo de 41,7% no volume da actividade global da linha, e de 89% na actividade de enfermagem. A situação foi corrigida no CP de Jan. a Dez./2009, prevendo-se um decréscimo da linha relativa às consultas dos CS em 2009, para valores próximos dos de 2007⁵⁸.

B) Produção realizada

O acompanhamento dos objectivos definidos nos CP consta de “*Relatórios de Produção*”, mapas e quadros auxiliares que, não obstante se reportarem a períodos findos, registam grandes atrasos devido a demoras na facturação [motivadas pela existência de um elevado número de registos manuais (sobretudo em 2007) e à lentidão da codificação dos processos de internamento hospitalar]:

- o relativo ao período de Janeiro a Setembro de 2007 só ficou concluído em Fevereiro de 2009;
- o relativo ao período de Outubro de 2007 a Dezembro de 2008, só ficou disponível em Março de 2010.

Segundo os referidos Relatórios, a execução das linhas de produção do SESARAM foi a seguinte:

Quadro 3 – Execução da produção entre Janeiro e Setembro de 2007

(Unidade: mil euros)

Prestações de saúde	Preço unitário	Produção Realizada		Desvio (Realizado - Contratado)		
		Qt.	Valor	Qt.	Valor	%
Total – área hospitalar			80.372,73		-20.336,72	-20,19
Consultas nos CS	50,00	649.459	32.472,95	178.026	8.901,32	37,76
Urgências dos CS	88,85	118.727	10.548,89	-1.273	-113,101	-1,06
Dias de internamento nos CS	83,30	12.040	1.002,93	790	65,81	7,02
Visitações domiciliárias	66,48	84.014	5.585,25	3.014	200,37	3,72

⁵⁶ Os actos de enfermagem são definidos como a “*prestação de cuidados realizados por um enfermeiro, que pode ser exercida de forma autónoma ou interdependente, de acordo com a qualificação do prestador*” (Direcção-Geral de Saúde, Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas de Saúde, Circular Informativa nº 19/DSIA de 17 de Setembro de 2001) e englobam, nomeadamente, o aconselhamento acerca de assuntos relacionados com a saúde, o controle de triglicéridos e colesterol, a administração de vacinas e medicamentos injectáveis e o tratamento de feridas.

⁵⁷ O CP tem um conceito de consulta alargado (definido no art.º 17.º do Anexo III aos CP): “*o acto de assistência prestado por um profissional de saúde devidamente habilitado a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde*”. Note-se que, embora este conceito fosse o vigente também no CP relativo a 2007, naquele ano, a informação que existia nas matrizes resumia-se às consultas e a algumas actividades de enfermagem, que foram todas incluídas na rubrica. No CP de 2008, a agenda electrónica veio permitir a inclusão de um maior número de consultas e de actos de enfermagem, nomeadamente dos que concorrem para os MCDT.

⁵⁸ De acordo com o Mapa da Produção Contratada, inserto no Anexo 10 ao Plano de Actividades para 2009, apura-se um decréscimo de 46,7% na actividade desta linha.

Prestações de saúde	Preço unitário	Produção Realizada		Desvio (Realizado - Contratado)		
		Qt.	Valor	Qt.	Valor	%
Medicina Física e Reabilitação	60,84	71.486	4.349,21	8.036	488,91	12,67
Total – Centros de Saúde			53.959,24		9.543,30	21,49
Dias de Internamento HJA	80,80	45.596	3.684,16	-11.509	-930,06	-20,16
Outros		-	30.049,54	-	10.883,15	56,78
Total Geral			168.065,66		-840,33	-0,50

Da análise ao quadro sobressai o seguinte:

- A facturação foi inferior, em € 840.328, ao valor previsto no Anexo I do CP⁵⁹ pois naquele documento foi incorrectamente considerado o valor máximo do prémio que seria devido no caso de serem cumpridos os objectivos de convergência (0,5% da produção contratada);
- Observa-se um acréscimo de produção na área dos cuidados de saúde primários (de € 9,5 milhões) e na rubrica *Outros* (de € 10,9 milhões), que foi contrabalançado por uma produção inferior na área hospitalar (de € 20,3 milhões)⁶⁰.

De acordo com o correspondente Relatório de Produção, o crescimento nas *Consultas dos CS*, em mais 57% que o contratado, deveu-se “a uma previsão demasiado conservadora relativamente às consultas bem como a um aumento anual do número das mesmas”. No caso da rubrica *Outros*, com mais 38% que o contratado, o desvio decorreu “quer de um erro de previsão quer de uma melhoria dos sistemas de registo e recolha da informação de produção e facturação”.

Quadro 4 – Execução da produção entre Outubro de 2007 e Dezembro de 2008

(Unidade: mil euros)

Prestações de saúde	Preço unitário	Produção Realizada		Desvio (Realizado - Contratado)		
		Qt.	Valor	Qt.	Valor	%
Total – área hospitalar			139.471,45		-7.434,12	-5,06
Consultas nos CS	50,00	1.451.637	68.267,41	371.637	14.267,41	26,42
Urgências dos CS	88,85	182.863	16.247,38	2.863	254,38	1,59
Dias de internamento nos CS	83,30	20.166	1.679,83	1.516	126,29	8,13
Visitações domiciliárias	66,48	134.197	8.921,42	-6.303	-419,02	-4,49
Medicina Física e Reabilitação	60,84	113.899	6.929,61	15.549	946,00	15,81
Total – Centros de Saúde			102.045,65		15.175,047	17,47
Outros		-	37.587,38	-	-7.740,93	-17,08
Total Geral			279.104,48		0,00	0,00

⁵⁹ De notar que o valor global da facturação é igual ao previsto na cláusula 2.ª do CP e ao valor da estabelecido na Resolução do CG que autorizou o contrato (€ 168.065.662,00).

⁶⁰ Na linha atinente aos dias de internamento no Hospital João de Almada registou-se uma redução da produção face ao previsto de € 929.927.



No que toca à produção facturada entre Outubro de 2007 e Dezembro de 2008, verifica-se que:

- a) Houve um excedente de produção realizada face ao programado na área dos cuidados de saúde primários da ordem dos € 15,2 milhões, maioritariamente associada ao enorme aumento dos serviços imputados à linha *Consultas dos CS (mais 371.637 consultas a que corresponde um aumento de € 14,3 milhões)*, onde se observou o maior excedente de produção (correspondente a 26,42%)⁶¹; o qual foi contrabalançado por uma produção inferior na rubrica *Outros* (de € 7.740.931,20);
- b) Ainda assim, de modo a que o valor global negociado do contrato fosse respeitado:
 - Não foram facturados os valores da produção registados na linha *Consultas dos CS* e na rubrica *Outros* (de € 4.314.441,48 e de € 918.288,83, respectivamente), constantes dos Mapas que sustentam o Relatório de Produção;
 - A produção, realizada entre Outubro e Dezembro de 2007, na linha de produção *Visitas Domiciliárias* não foi valorada;
- c) Houve uma perda dos valores da produção, realizada a partir de Janeiro de 2008, nas áreas de *Enfermagem Santiago* (inserida nos actos de enfermagem), *Sessões Casais*, *Sessões em Grupo*, *Alimentação Infantil* e *Sessões de Educação para a Saúde* (classificadas em “outras actividades”)⁶².

Assim, conclui-se que, à semelhança dos CP anteriores⁶³, na prática, o SESARAM não está a ser remunerado em função da produção efectivamente realizada⁶⁴ mas sim em função da dotação global definida no CP, tal como se se tratasse de uma mera transferência orçamental.

3.2.2.2. OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA

O Despacho Conjunto que regula os critérios a que deve obedecer o financiamento do SESARAM (pontos 8, 9 e 12) dispõe que os CP devem englobar metas/objectivos de convergência “*tendo em vista a promoção de níveis de eficiência mais elevados*”, prevendo, ainda, a possibilidade de serem criados mecanismos de incentivo e de penalização.

O cumprimento destes objectivos seria premiado, nos termos da cláusula 6.^a, com um valor definido em função do grau de realização dos mesmos, não superior a 0,5% da produção contratada⁶⁵.

⁶¹ No Relatório de Produção não se encontra justificado o motivo deste excedente.

⁶² Antes da implementação da nova Agenda Electrónica (iniciada em Março de 2007), a informação estatística era elaborada com base em matrizes (em rede partilhada e formato Excel) onde se registava toda a actividade dos CS. A partir de Janeiro de 2008 as matrizes deixaram de ser utilizadas tendo-se verificado uma perda dos valores da produção das actividades de *Enfermagem Santiago*, *Sessões Casais*, *Sessões em Grupo*, *Alimentação Infantil* e *Sessões de Educação para a Saúde*, pois essas áreas não foram contempladas na Agenda Electrónica.

⁶³ Analisados ao abrigo do relatório da auditoria ao SRS, EPE, que incidiu sobre a área hospitalar.

⁶⁴ As linhas em que se verificam excessos de produção acabam por ser contrabalançadas pela diminuição de outras, de forma que a produção global acabe sempre por se ajustar ao valor do financiamento definido no contrato.

⁶⁵ Se o objectivo fosse atingido em 90%, ou mais, este valor seria recebido na íntegra, se fosse inferior, seria aplicado um factor multiplicador (de 75%, 50% e 25%, em função do grau de realização). Abaixo de uma realização de 25%, não haveria lugar a nenhum prémio e com uma revolução desfavorável, o factor multiplicador assumiria valores negativos, tornando o referido prémio num desconto a efectuar ao valor da produção.

No Anexo II aos CP vigentes em 2007 e 2008 foram fixados objectivos de convergência cujos resultados constam do mapa seguinte:

Quadro 5 – Objectivos de qualidade e eficiência em 2007 e 2008

Indicadores	Objectivo	Resultados	
		2007	2008
A1. Taxa de Readmissão no Internamento nos primeiros sete dias após a alta (com a mesma patologia e excluindo Unidade Domicílio Virtual).	Máx. 1,00%	0,95	0,89
B1. Demora média do Internamento, excluindo Unidade Domicílio Virtual.	Máx. 7,32 dias	7,27	7,38
B2. Taxa de crescimento das Atendências nos Serviços de Urgência Hospitalares.	2,80%	-25,2	1,4
B3. Taxa de crescimento das Atendências nos Serviços de Urgência dos Centros de Saúde	2,80%	-26,1	-4,4
C1. Peso dos consumos nos custos totais.	Máx. 19,00%	17,56	17,72
C2. Peso da remuneração extraordinária no total dos custos com o pessoal.	12,00%	12,67	12,86
C3. Taxa de crescimento dos custos com o pessoal.	6,00%	3,28	3,42

Áreas: **A** → Qualidade do serviço; **B** → Produção e eficiência operacional
C → Eficiência económico-financeira

Do conjunto de indicadores, existe um único aplicável à área dos cuidados de saúde primários: a taxa de crescimento das atendências nos Serviços de Urgência dos CS, inserido na área de produção e eficiência operacional. A taxa, que não deveria ir além de um crescimento de 2,8% anuais, tanto em 2007 como em 2008, registou um decréscimo de, respectivamente, 26,1% e 4,44%, tendo consequentemente superado as metas definidas.

De acordo com os dados obtidos, a evolução dos restantes indicadores foi igualmente favorável, mostrando-se os mesmos, em cada um dos anos, alinhados e dentro dos limites estabelecidos, correspondendo consequentemente a um grau de realização de 100%.

Conforme já referido anteriormente, embora os contratos tenham sido celebrados no termo ou já depois de concluído o período de produção, houve lugar ao pagamento dos referidos prémios, desvirtuando os pressupostos subjacentes à sua criação.

De acordo com os documentos de quitação apresentados já em sede de contraditório:

- O prémio relativo ao CP de 2007 (no montante de € 840.328,00) foi pago em Novembro de 2008;
- Do prémio referente ao CP de 2008 (no montante de € 1.395.522,39) apenas foram pagas duas tranches, a primeira delas em Fevereiro de 2010 (€ 323.383,06) e a segunda em Abril do mesmo ano (€ 161.691,53), faltando liquidar € 910.447,80.



3.2.3. Execução financeira dos contratos-programa

O pagamento dos cuidados de saúde e o acompanhamento e monitorização da execução dos CP⁶⁶ está a cargo da tutela, por intermédio do IASAÚDE, IP-RAM, podendo para tal realizar auditorias periódicas e solicitar os elementos que reputar por necessários (n.ºs 17 e 22⁶⁷).

Nos termos da cláusula nona dos CP celebrados em 2007 e 2008, as transferências, a realizar pelo IASAÚDE, IP-RAM, deveriam ocorrer mensalmente, sendo os ajustamentos realizados posteriormente, com base na facturação remetida até ao dia 21 do mês seguinte ao final de cada trimestre a que a produção se reporta⁶⁸. A transferência mensal, em ambos os CP, rondaria os € 18,6 Milhões.

No quadro seguinte, encontra-se espelhada a execução financeira dos CP em vigor no período de 2007 a 2009:

Quadro 6 – Execução financeira dos contratos-programa

(em euros)

Meses	1.º CP			2.º CP			
	Pagamentos		Facturação	Pagamentos			Facturação
	2008	2009	2008	2009	2010	2009	2010
Jan.	8.388.713,57	3.675.999,71	0,00	11.351.874,17	12.208.056,00		4.587.858,19
Fev.	12.064.713,57		0,00	12.208.056,00	14.289.452,00		
Mar.	11.864.000,00		0,00	13.134.478,17	4.182.000,00		50.434.908,25
Abr.	6.876.713,57		21.041.050,15	14.134.478,17			
Mai.	15.552.000,00		3.840.708,16	15.634.478,17			
Jun.	20.052.000,00		49.916.382,40	23.986.352,34			
Jul.	8.188.000,00		0,00	15.990.660,00			
Ago.	11.864.000,00		0,00	12.208.056,00		83.133.676,29	
Set.	14.064.713,57		0,00	13.208.056,00		55.753.737,50	
Out.	11.864.000,00		0,00	13.134.478,17		13.657.689,78	
Nov.	21.952.000,00		0,00	21.633.507,70			
Dez.	21.658.807,72		93.267.521,00	18.813.654,30		47.042.754,62	
Sub-Total	164.389.662,00	3.675.999,71		185.438.129,19	30.679.508,00	199.587.858,19	55.022.766,44
Total	168.065.661,71		168.065.661,71	216.117.637,19		254.610.624,63	
Total CP	168.065.661,71			279.104.477,61			

Do exposto é possível constatar que:

- a) Ambos os contratos foram celebrados no final ou já depois de encerrado o período de produção, daí que apresentem cláusulas que remetem os efeitos financeiros para exercícios posteriores⁶⁹;

⁶⁶ O financiamento deveria ser acompanhado da implementação de rigorosos e sistemáticos mecanismos de monitorização e de avaliação do contrato (cfr. o n.º 10 do Despacho Conjunto que regula esta matéria).

⁶⁷ De acordo com o normativo invocado, o controlo seria da competência da Direcção Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos. No entanto, com a extinção dessa Direcção Regional, pelo DLR n.º 22/2008/M, de 23 de Junho, esse poder passou para o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP –RAM.

⁶⁸ A facturação deveria “ocorrer no trimestre em que se verifique a consulta, a alta, a visitação domiciliária, a urgência, a cirurgia ou os outros episódios susceptíveis de serem facturados” (cfr. o art.º 32.º das Normas Reguladoras do Pagamento das Prestações de Saúde - Anexo III aos CP).

⁶⁹ O primeiro contrato, relativo à produção entre Janeiro e Setembro de 2007, previa a execução dos pagamentos, no total de € 168.065.662, a partir de Janeiro de 2008 (cláusula 12.ª). O segundo, relativo à produção entre Outubro de 2007 e Dezembro de 2008, difere os efeitos financeiros para os anos de 2009 e 2010, no montante de respectivamente € 195.000.000,00 e € 84.104.477,6 (cláusula 2.ª, n.º 5), quantias que perfazem a totalidade do contrato.

- b) A emissão das facturas pelo SESARAM, ocorre com grandes atrasos relativamente aos períodos de produção, sem uma periodicidade regular⁷⁰, criando condições para a ocorrência de erros⁷¹.

Durante a vigência do 1.º CP as transferências do IASAÚDE não observaram os montantes mensais definidos contratualmente (€ 18.673.962,44) e, no caso do 2.º CP, apesar da melhoria observada foram entregues menos € 9,5 Milhões do que o previsto para 2009 (€ 195 Milhões).

3.3. A ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DO SESARAM

Como principal entidade prestadora de cuidados do Sistema Regional de Saúde, o SESARAM tem por missão garantir a cobertura integral dos cuidados de saúde na RAM, o que pressupõe proporcionar, no quadro dos recursos disponíveis e da capacidade instalada, “*um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficiência e humanidade*” às famílias, grupos sociais e cidadãos em geral que dele necessitem⁷².

3.3.1. Caracterização demográfica

O universo dos potenciais utentes do SESARAM é constituído pela população residente na RAM, a qual, segundo as estimativas disponíveis da DRE, era de aproximadamente 247 mil indivíduos a que acresce a população flutuante.

A tabela seguinte reflecte a evolução da população residente na RAM no triénio 2007-2009, compara esses dados com o número de utentes inscritos nos CS e determina, a partir dessa relação, o indicador geral do nível global de cobertura da população alvo pelos CS.

Quadro 7 - Indicadores demográficos e de cobertura

População Residente (Hab.) vs Utentes inscritos			Anos		
			2007	2008	2009
<= 19 anos	H	Inscritos	35.216	34.613	33.951
	M	Inscritos	33.542	32.965	32.335
20 - 64 anos	H	Inscritos	87.878	89.699	90.973
	M	Inscritos	93.655	94.925	95.805
>= 65 anos	H	Inscritos	15.518	15.913	16.318
	M	Inscritos	27.223	27.914	28.563
N.º Habitantes (HM)*			246.689	247.161	247.161
N.º de inscritos (HM)			293.032	296.029	297.945
Taxa de cobertura			118,8%	119,8%	120,5%

* Foi considerado que o n.º de habitantes de 2009 era o mesmo que em 2008, visto ainda não terem sido publicadas as estimativas da população residente na RAM em 2009.

⁷⁰ A produção de 2007 (1.º CP), só começou a ser facturada em Abril de 2008, mas a parcela mais significativa da facturação só ocorreu em Dezembro desse ano. A primeira factura referente à produção do 2.º CP só começou a ser emitida em Agosto 2009, mas a última factura emitida (Março de 2010) já acumulava 91,2% do valor do contrato.

⁷¹ Como o que ocorreu no CP relativo ao período de produção compreendido entre Junho de 2005 e Maio de 2006: Em 18 de Janeiro de 2007, o SESARAM emitiu uma factura no valor de € 22.8080.825,44, referente a este CP, que deveria ser paga em 2007, nos termos da alteração celebrada em 4 de Janeiro de 2007, mas o IASAÚDE, IP-RAM considerou-a como pertencendo à produção acordada no CP posterior (relativo ao período de Junho a Dezembro de 2006). À data desta auditoria (Junho de 2010), a situação ainda não se encontrava regularizada.

⁷² Cfr. o n.º 1 do art.º 2.º do Regulamento Interno do SESARAM.



Ao longo do triénio, a taxa de cobertura apresentou uma evolução de sentido crescente, revelando um número de inscrições de utentes sempre acima do número de habitantes na RAM, cujo diferencial era no último ano de aproximadamente mais 50 mil inscritos ou de cerca 20,5% da população residente⁷³.

Por CS concelhio (cfr. o Anexo IV), os valores da taxa de cobertura de 2009 variaram entre os 106,8 (CS de S. Vicente) e os 137,4% (CS do Porto Santo). Acima da média da RAM (120,5%), para além do CS do Porto Santo, encontram-se o Agrupamento do Funchal e os CS da Ponta do Sol (ambos com 128,9%), do Porto Moniz (126,7%), da Ribeira Brava (126,0%) e de Machico (121,4%).

3.3.2. Capacidade instalada por concelho

O SESARAM dispõe, para a área dos cuidados primários, de um conjunto de 51 estabelecimentos, constituídos por 13 Centros de Saúde, 3 no Funchal e um por cada uma das restantes sedes concelhias, mais 38 extensões⁷⁴.

Desde a aprovação do Regulamento Interno de final de 2008, os CS encontram-se organizados em 3 agrupamentos, a que se junta o CS do Porto Santo, cujas extensões e competências disponíveis constam do quadro seguinte (cfr. também o Anexo V):

Quadro 8 – Os CS e extensões por Agrupamento e Concelho

Distribuição	Concelhos	N.º de unidades		Internamento	SAP (1)	Consultas de Especialidade	
		CS	Extensões				
Agrupamentos	Zona Oeste	Calheta	1	7	1	1	
		Câmara de Lobos	1	5		1	
		Ponta do Sol	1	2			
		Porto Moniz	1	4		1	
		Ribeira Brava	1	3		1	
		São Vicente ⁽²⁾	1	3	1	1	
		Sub-total	6	24	2	5	
	Zona Leste	Santa Cruz	1	3			
		Machico	1	4		1	
		Santana	1	5	1	1	
		Sub-total	3	12	1	2	
	Funchal	Funchal	3	2	0	0	√
	Porto Santo		1	0	1	1	√
Total		13	38	3	8		

- Os SAP incluem o Serviço de Atendimento Urgente do CS de Câmara de Lobos, com horário de funcionamento das 16:00 às 24:00 (dias úteis) e das 8:00 às 24:00 (fins-de-semana).
- O CS de S. Vicente passou a disponibilizar o serviço de internamento a partir de 2009.

⁷³ Segundo o SESARAM, esta discrepância resulta da população flutuante, composta por turistas e trabalhadores a exercer actividade na RAM, e da população apurada no Censo de 2001 estar subavaliada.

⁷⁴ O que perfaz, praticamente, uma extensão por Freguesia. Excepcionam-se as Freguesias do Imaculado Coração de Maria, São Pedro, Sé, Santa Maria Maior e de São Gonçalo, do Concelho do Funchal. À data da realização da auditoria previa-se a instalação de uma extensão em São Gonçalo.

À excepção do Funchal e do CS do Porto Santo⁷⁵, os agrupamentos dispõem de internamento, num total de 67 camas e de 7 SAP. Todos os CS disponibilizam serviços de medicina familiar e a grande maioria tem consultas direccionadas para áreas específicas⁷⁶.

No ano 2009 o SESARAM disponha, para a área dos cuidados primários, de um quadro de pessoal de saúde, de 107 médicos especialistas, dos quais 98 prestavam actividade assistencial na medicina geral e familiar, 544 enfermeiros e 111 terapeutas, perfazendo um total de 762 profissionais (mais 85 que em 2007).

Quadro 9 – Distribuição de médicos, enfermeiros e terapeutas por concelho

Concelho	Médicos						Enfermeiros			Terapeutas		
	Totais ⁽³⁾			Médicos de Família ⁽⁴⁾			2007	2008	2009	2007	2008	2009
	2007	2008	2009	2007	2008	2009						
Calheta	6	5	6	5	5	5	51	52	52	5	6	9
Câmara de Lobos	11	12	12	11	11	9	59	57	71	-	-	7
Funchal ⁽¹⁾	41	41	40	40	41	38	152	148	120	4	3	40
Machico	12	11	11	11	10	10	61	61	62	6	6	11
Ponta do Sol	4	4	4	4	4	4	20	19	20	-	-	2
Porto Moniz ⁽²⁾	2	2	2	2	2	2	18	15	20	1	1	2
Porto Santo	3	4	4	3	4	4	17	20	19	2	3	4
Ribeira Brava	6	5	6	5	5	6	39	37	40	2	2	6
Santa Cruz	15	15	13	11	12	11	46	53	53	7	8	18
Santana	4	4	5	4	4	5	45	45	47	1	1	7
São Vicente	4	4	4	4	4	4	31	38	40	2	3	5
Total	108	107	107	100	102	98	539	545	544	30	33	111

1 - Não inclui 3 terapeutas do Hospital Dr. Nélio Mendonça que até 2009 exerceram funções no CS do Bom Jesus.

2 - Inclui, em 2009, um médico destacado (da Ribeira Brava) que mantém lista no CS do Porto Moniz.

3 - Não inclui os internos da especialidade por não terem lista e exercerem medicina tutelada (em 2009 existiam 24 internos).

4 - Exclui os internos, os médicos em actividade de gestão e os destacados para outras actividades.

3.3.3. Taxas de frequência e de cobertura por médico de família

Na sua configuração, os CS constituem normalmente o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde, devendo idealmente o atendimento ser assegurado por um Médico de Família (MF).

Nesse âmbito, é fundamental analisar a evolução da cobertura dos inscritos por MF e a parcela dos utentes que em cada ano utilizaram os cuidados prestados pelos CS:

⁷⁵ O perfil assistencial do CS do Porto Santo é distinto dos restantes. Devido à sua condição de ilha, e de forma a permitir um melhor e mais eficiente atendimento e racionalização de custos (o transporte para o Funchal, e alojamento dos utentes e familiares), neste CS são realizadas consultas de especialidade (no CS de Santo António – Funchal - é também realizada, mensalmente, uma consulta de especialidade: ortopedia/ patologia da coluna).

⁷⁶ Gravidez, saúde mental, nutrição, medicina física e reabilitação, visitação domiciliária, cuidados de enfermagem, vacinas e exames auxiliares de diagnóstico. Também está disponível o serviço de saúde pública, que é responsável pelas inspecções médicas para os mais diversos fins.



Quadro10 – Taxas de Frequência e de Cobertura por MF na RAM

		2007	2008	2009
N.º de utilizadores		137.879	145.699	149.776
Taxa de frequência		47,1%	49,2%	50,3%
N.º de inscritos por	Médico Família	150.480	157.323	159.330
	Recurso	142.552	138.706	138.615
Percentagem de inscritos em MF		51,4%	53,1%	53,5%

Os dados revelam uma:

- subida ligeira, mas continuada, da frequência dos CS, que atingiu, em 2009, os 149.776 utentes (50,3% do total de inscritos, contra 47,1% em 2007, ou seja mais 11.897 utilizadores que no início do período);
- melhoria do número de inscritos em lista de MF (+ 2% que em 2007, ou mais 8.850 utentes).

Em 2009, a situação ao nível concelhio era a espelhada no quadro seguinte:

Quadro11 – Ordenamento das taxas de frequência e de cobertura por MF por CS Concelhio, em 2009

Taxa de Frequência						% de inscritos com MF					
≥ 60%	%	50% a 60%	%	≤ 50%	%	≥ 75%	%	50% a 75%	%	≤ 50%	%
P. Santo	71,9	R. Brava	55,3	P. Sol	49,5	P. Moniz	100	Calheta	67,7	S. Cruz	47,9
P. Moniz	68,7	C. Lobos	55,0	Funchal	42,0	S. Vicente	100	P. Sol	65,1	Funchal	40,4
S. Vicente	62,2	Calheta	54,0			P. Santo	94,9	R. Brava	61,3		
Machico	62,0	S. Cruz	52,2			Santana	79,1	C. Lobos	50,8		
Santana	60,8					Machico	77,6				

Da sua análise verifica-se que:

- Em regra, ambos os indicadores apresentam valores mais elevados nos pequenos aglomerados do que nos mais populosos, e a um maior número de inscritos com MF corresponde uma maior utilização (frequência) dos CS;
- Os CS concelhios do Porto Santo, Porto Moniz e São Vicente apresentam os melhores índices enquanto os do Funchal têm, comparativamente, baixas taxas de adesão;

No respeitante à evolução dos indicadores ao longo do triénio, observou-se:

- um aumento da taxa de frequência assinalável (especialmente em 2008) nos CS da Ribeira Brava, da Calheta, e de Câmara de Lobos, com respectivamente 14,8%, 14,1% e 9,8%, tendo o agrupamento do Funchal registado um retrocesso de 1%;
- que a taxa de cobertura por MF sofreu crescimentos muito fortes nos centros concelhios do Porto Santo, de Santana e da Calheta, com respectivamente 25,2%, 21,5% e 20,9%. Em sentido inverso, relevam as evoluções verificadas nos CS do Funchal e da Ribeira Brava, com -2,2% e -5,0%, respectivamente.

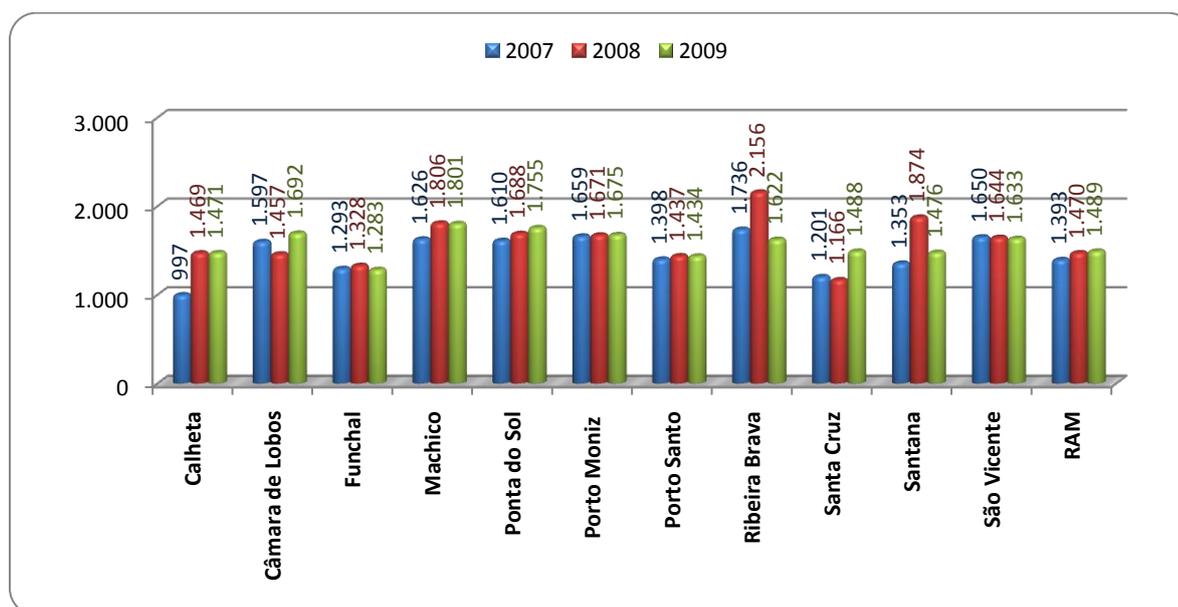
A distribuição dos utentes inscritos nos CS (em termos globais e com MF) por médico, nos anos em análise, era a seguinte:

Quadro 12 – Média de inscritos por médico

Concelho	Inscritos por Médico					
	Global			Com Médico de Família		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Calheta	2.128	2.601	2.173	997	1.469	1.471
Câmara de Lobos	3.614	3.331	3.332	1.597	1.457	1.692
Funchal	3.035	3.076	3.177	1.293	1.328	1.283
Machico	2.146	2.329	2.322	1.626	1.806	1.801
Ponta do Sol	2.606	2.674	2.694	1.610	1.688	1.755
Porto Moniz	1.662	1.671	1.676	1.659	1.671	1.675
Porto Santo	2.006	1.522	1.511	1.398	1.437	1.434
Ribeira Brava	2.609	3.168	2.646	1.736	2.156	1.622
Santa Cruz	2.594	2.628	3.108	1.201	1.166	1.488
Santana	2.348	2.343	1.865	1.353	1.874	1.476
São Vicente	1.650	1.644	1.633	1.650	1.644	1.633
RAM	2.713	2.767	2.785	1.393	1.470	1.489

Entre 2007-2009 observou-se uma melhoria na cobertura da população inscrita nos CS:

- Em 2009, existiam 2.785 utentes por médico (ou 1.489 utentes com MF), enquanto em 2007 esse número era de 2.713 (ou 1.393 utentes com MF);
- Ao nível concelhio, salientam-se os casos de Câmara de Lobos, do Funchal e de Santa Cruz, em que a capitação global por médico era, em 2009, superior a 3.000 utentes;
- A capitação dos utentes com médico de família não registou uma evolução consistente, destacando-se os casos opostos de Santa Cruz (com um aumento do número de utentes com MF, de 2008 para 2009, superior a 27%) e, no outro extremo, da Ribeira Brava (com uma diminuição de cerca de 25%).

Gráfico 1 – Evolução do número de inscritos com MF, por Concelho (por médico)



Tendo em atenção que o número ideal é de 1.500⁷⁷ utentes por MF, o gráfico revela que em 2009, em termos globais, a RAM dispunha de médicos suficientes para fazer face ao número de utentes em lista de MF, embora a sua afectação espacial conduza a resultados diferenciados ao nível dos CS concelhios, com destaque para os concelhos de Santa Cruz e do Funchal que apresentam um valor médio do indicador inferior ao valor de referência e, por excesso, para os concelhos da Ponta do Sol e de Machico com, respectivamente, 1.755 e 1.801 utentes inscritos por médico.

3.3.4. O movimento assistencial global nos Centros de Saúde

Os cuidados primários envolvem um vasto conjunto de actos e tratamentos, de onde se destacam as consultas médicas⁷⁸ e de enfermagem (cfr. o Anexo V, no qual se analisam as diferentes tipologias de consultas realizadas pelos CS), as atendências nas urgências, as outras actividades de enfermagem (sessões de preparação pré e pós-parto e visitas domiciliárias), os MCDT (ecografias, diálise, terapia ocupacional e da fala e fisioterapia) e os serviços de internamento.

O quadro seguinte reflecte o volume de actividades desenvolvidas no triénio⁷⁹:

Quadro 13 – Volume de actividades nos CS

Consultas	2007	2008	2009	08/07 %	09/08 %	09/07 %
Médicas						
De especialidade	2.415	2.433	2.548	0,8	4,7	5,5
Medicina geral e familiar	378.864	361.798	384.109	-4,5	6,2	1,4
Sub-total	381.279	364.231	386.657	-4,5	6,2	1,4
Enfermagem	384.983	412.325	509.283	7,1	23,5	32,3
Outras consultas (1)	37.185	37.535	43.713	0,9	16,5	17,6
Total Consultas	807.751	814.091	939.653	0,9	15,4	16,4
Outros serviços						
Urgência (Atendências)	163.026	155.779	168.643	-4,4	8,3	3,4
Internamento (Doentes tratados)	185	206	190	11,4	-7,8	2,7
MCDT	46.520	50.755	70.461	9,1	38,8	51,5
Actividades						
De consulta de saúde oral	17.592	16.161	15.375	-8,1	-4,9	-12,6
Outras actividades (2)	130.157	122.975	124.576	-5,5	1,3	-4,3
Total Actividades	147.749	139.136	139.951	-5,8	0,6	-5,3

1- Consultas de Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

2- Sessões de preparação pré-parto, sessões de recuperação pós-parto e visitas domiciliárias.

⁷⁷ Cfr. o n.º 2 do art.º 12.º do DL n.º 60/2003, de 1 de Abril, segundo o qual “a população inscrita em cada médico deve ser de cerca de 1.500 utentes”. Na RAM, quando existam muitas consultas de recurso, este limite pode ser aumentado para os 2.000 utentes.

⁷⁸ A par das consultas de medicina geral e familiar, os CS dispõem ainda, em menor volume, das consultas médicas de especialidade, das actividades de consulta oral (medicina dentária e higiene oral) e de outras consultas prestadas por outros técnicos de saúde nas áreas da nutrição, psicologia e serviço social.

⁷⁹ Há, no entanto, uma parcela residual da produção, relativa a *Sessões em Grupo, Alimentação Infantil e Sessões de Educação para a Saúde* (classificadas em “outras actividades”) que não está relevada no quadro.

Em contraditório o SESARAM informou que, no caso das duas primeiras actividades, tal deve-se a não existirem registos quer em sistema quer em Matriz. Já nas *Sessões de Educação para a Saúde*, embora o resumo da produção da RAM remetido pelo SESARAM não contenha os registos, em 2007 e a partir de Abril de 2009, os mesmos foram efectuados em Matriz.

A tendência no triénio foi a de uma subida na generalidade das actividades, com a excepção do grupo das *Actividades*. O conjunto das consultas registou um crescimento pronunciado (16,4%), em especial as consultas de enfermagem (32,3%), com uma forte subida em 2009 (23,5%). A subida mais acentuada (51,5%) foi contudo nos MCDT, particularmente em 2008 (38,8%). As consultas de medicina geral e familiar evoluíram irregularmente, tendo globalmente registado um acréscimo de 1,4%, apesar do decréscimo de 4,5% observado em 2008.

As prestações registadas em *Actividades*, o único grupo a evoluir desfavoravelmente, tiveram nas consultas de saúde oral a quebra mais acentuada (-12,6%) e persistente no período.

Nos pontos seguintes procederemos à análise mais pormenorizada da produção dos cuidados assistenciais em cada um dos grupos de actividade.

3.3.4.1. CONSULTAS MÉDICAS E SESSÕES DE ENFERMAGEM

A estatística das consultas médicas⁸⁰ e sessões de enfermagem (soma das consultas com as outras actividades de enfermagem - cfr. o Quadro 13) realizadas pelos CS no período em análise, assim como alguns indicadores de produtividade, encontra-se ilustrada no quadro seguinte:

Quadro 14 – Agendamento, faltas e indicadores de produtividade

	Consultas médicas				Sessões de enfermagem			
	2007	2008	2009	Δ 07-09	2007	2008	2009	Δ 07-09
Agendadas (1)	418.512	409.458	435.128	16.616	549.030	610.935	724.064	175.034
Faltas (utentes) (2)	37.233	45.227	48.471	11.238	33.890	75.635	90.205	56.315
% das faltas	9%	11%	11%	+ 2%	6%	12%	12%	+6%
Realizadas	381.279	364.231	386.657	5.378	515.140	535.300	633.859	118.719
Por tipo de atendim.								
MF	275.192	268.779	288.964	13.772	-	-	-	-
Recurso	98.895	87.620	89.074	-9.821	-	-	-	-
Outros	7.192	7.832	8.619	1.427	-	-	-	-
Por tipo de marcação								
Programada	232.255	217.350	233.808	1.553	-	-	-	-
Não Programada	88.878	79.135	79.052	-9.826	-	-	-	-
Outras (3)	60.146	67.746	73.797	13.651	-	-	-	-
N.º técnicos	108	107	107	-1	539	545	544	5
Dias úteis ⁸¹	250	249	249	-	250	249	249	-
Indicadores								
Dia	1.525	1.463	1.553	+ 28	2.061	2.150	2.546	+ 485
% Δ	-	- 4,1	6,2	+1,8		4,3	18,4	+23,5
Indicadores								
	Por Médico				Por Enfermeiro			
Ano	3.530	3.404	3.614	+ 84	956	982	1.165	+ 209

⁸⁰ Incluindo as consultas de especialidade, no CS do Porto Santo e nos CS do concelho do Funchal.

⁸¹ O SESARAM, em sede de contraditório, defendeu que o número anual de dias úteis considerado para análise das consultas médicas fosse reduzido pois o horário dos médicos abrange outras actividades: urgência semanal, tarefas administrativas, fim-de-semana, folga, férias e formação.

Não se perfilha esse entendimento, desde logo porque, estaríamos na presença de um indicador novo (n.º de consultas por hora) e porque a afectação do horário dos médicos aos “produtos” dos CS (tarefa administrativa, consulta, urgência, etc) compete aos gestores públicos devendo adaptar-se aos objectivos definidos pela administração.



	Consultas médicas				Sessões de enfermagem			
	2007	2008	2009	Δ 07-09	2007	2008	2009	Δ 07-09
Dia	14	14	15	+ 1	4	4	5	+ 1
% Δ Ano	-	-3,6	6,2	+ 2,4	-	2,8	18,6	+ 21,9
% Δ Dia	-	0	7,1	+ 7,1	-	0,0	25,0	+ 25,0

Fonte: Informação Estatística do SESARAM, remetida a 16/04/2010, 21/05/2010 e 05/06/2010, com a correcção ao número de médicos comunicada conjuntamente com o contraditório.

- 1 - O número das sessões de enfermagem agendadas no concelho de Ponta do Sol corresponde ao somatório das consultas realizadas com o número de faltas.
- 2 - O número de faltas, em 2007, não inclui as ausências às sessões de enfermagem nos CS dos concelhos da Calheta, Ponta do Sol, Porto Moniz e Ribeira Brava, nem às consultas médicas no concelho do Porto Moniz, porque o SESARAM não dispõe dessa informação.
- 3 - Consultas indirectas e visitação domiciliária.

Centrando a análise nos indicadores de eficiência e produtividade, é possível concluir que no triénio houve:

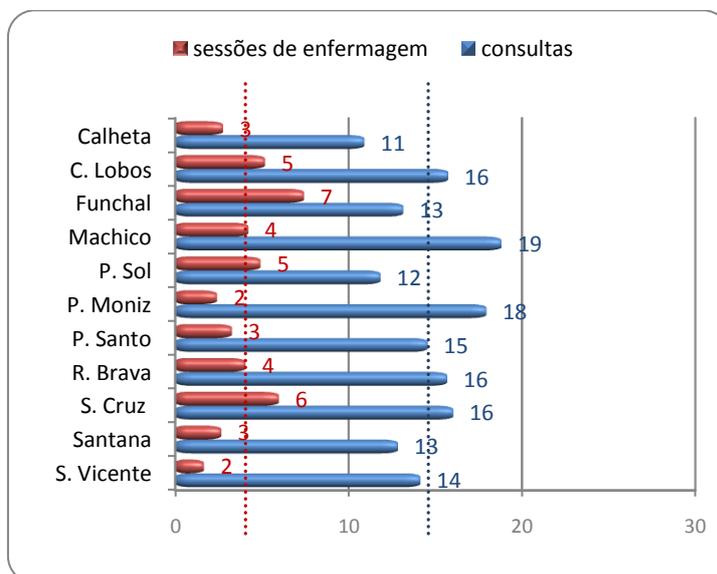
- Uma subida nas taxas de absentismo que, em 2009, remontaram a 11% (48,5 mil faltas) do total das consultas agendadas e a 12% (90,2 mil faltas) do total das sessões de enfermagem⁸²;
- Um crescimento de 28 consultas diárias nos CS (de 1.525, em 2007, para 1.553, em 2009) e de 485 consultas de enfermagem (de 2.061, em 2007, para 2.546, em 2009).
As consultas de MF, que constituem a maior parcela das consultas realizadas, representavam, em 2009, 75% da produção total (72% em 2007);
- Uma diminuição das consultas não programadas, que representavam, em 2009, cerca de 20,4 % do total⁸³;
- Um aumento da produção anual, por médico, da ordem das 84 consultas (de 3.530 consultas anuais, em 2007, para 3.614 consultas, em 2009), e das sessões de enfermagem que, no mesmo período, cresceram de 956 para 1.165 (mais 209 sessões);
- Uma evolução favorável no indicador de produção diária, que registou, entre 2007 e 2009, um aumento de 25% nas sessões de enfermagem (de 4 para 5) e de 7,1% nas consultas médicas (de 14 para 15).

A variação do indicador por concelho não é uniforme, apresentando, na área das consultas médicas, uma amplitude que vai das 11 (Calheta) às 19 consultas (Machico) por médico/dia e, na área das sessões de enfermagem, das 2 (Porto Moniz e São Vicente) às 7 sessões (Funchal) por enfermeiro/dia, conforme evidencia o gráfico seguinte:

⁸² O SESARAM referiu, em contraditório, que existe uma rentabilização das faltas dos utentes, através da sua ocupação por vagas do dia. Contudo, este facto não altera a análise realizada, visto o número de faltas obter-se pela diferença entre as consultas agendadas e as consultas realizadas.

⁸³ De acordo com as regras em vigor, as consultas realizadas sem prévia marcação, por iniciativa do utente que por inexistência de vaga no próprio dia são agendadas para um dia posterior ao do pedido de consulta, são consideradas programadas.

Gráfico 2 – Capitação da produção diária em 2009



Na tabela seguinte identificam-se os concelhos em que o nível de faltas dos utentes se situou acima da média global, observando-se que o Porto Santo e o Funchal registaram, consistentemente, os níveis de absentismo mais elevados:

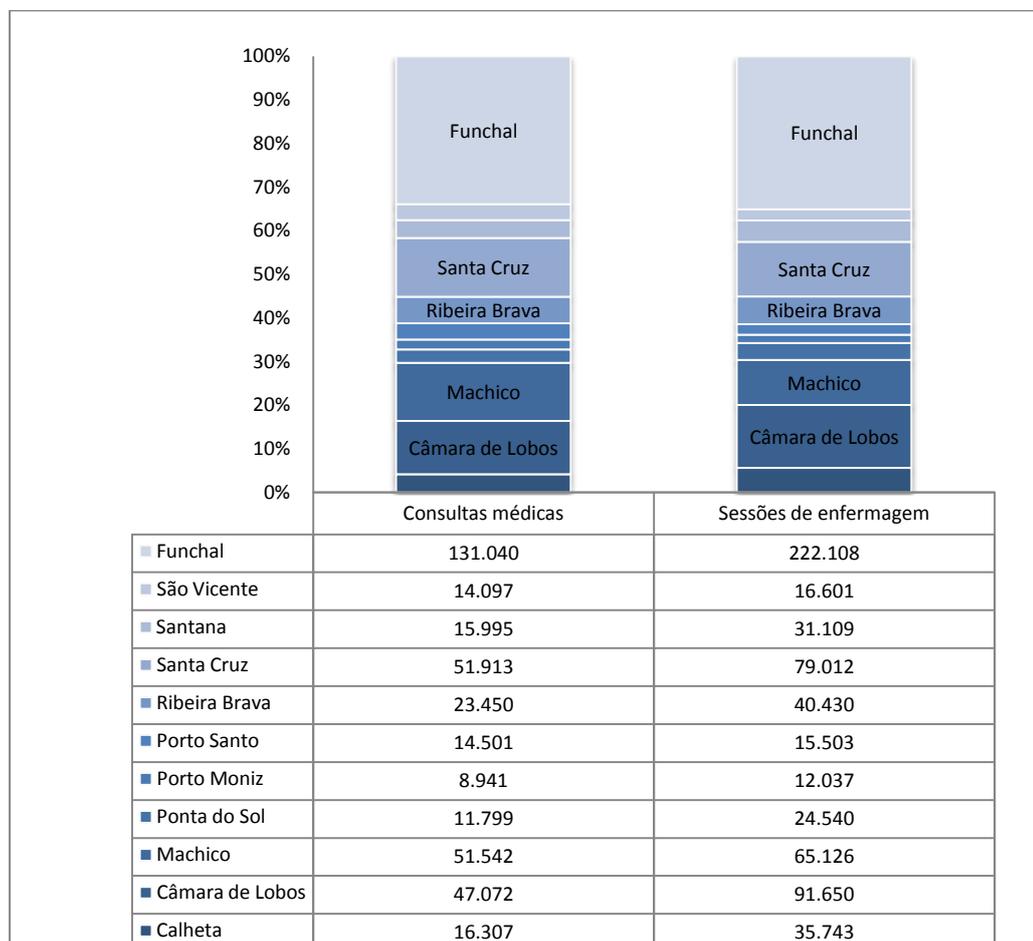
Quadro 15 – Faltas por Concelho - Variações acima da média

Consultas médicas						Sessões de enfermagem					
2007	%	2008	%	2009	%	2007	%	2008	%	2009	%
P. Santo	16,0	P. Santo	17,0	P. Santo	15,2	S. Cruz	9,9	Funchal	13,1	P. Santo	13,9
Funchal	10,9	Funchal	12,2	C. Lobos	14,0	Machico	9,5	R. Brava	13,0	Calheta	13,4
S. Cruz	10,3	R. Brava	12,2	Funchal	12,0	P. Santo	9,0	S. Cruz	12,9	Funchal	13,1
Machico	9,1	C. Lobos	11,9	S. Cruz	12,0	Funchal	7,7	Calheta	12,6	S. Cruz	12,9
				R. Brava	11,5						
RAM	8,9		11,0		11,1		6,2		12,4		12,5

A distribuição, em 2009, da produção das duas actividades principais pelos CS concelhos (cfr. o Anexo VI) era a seguinte:



Gráfico 3 – N.º de consultas médicas e de sessões de enfermagem, por Concelho, em 2009



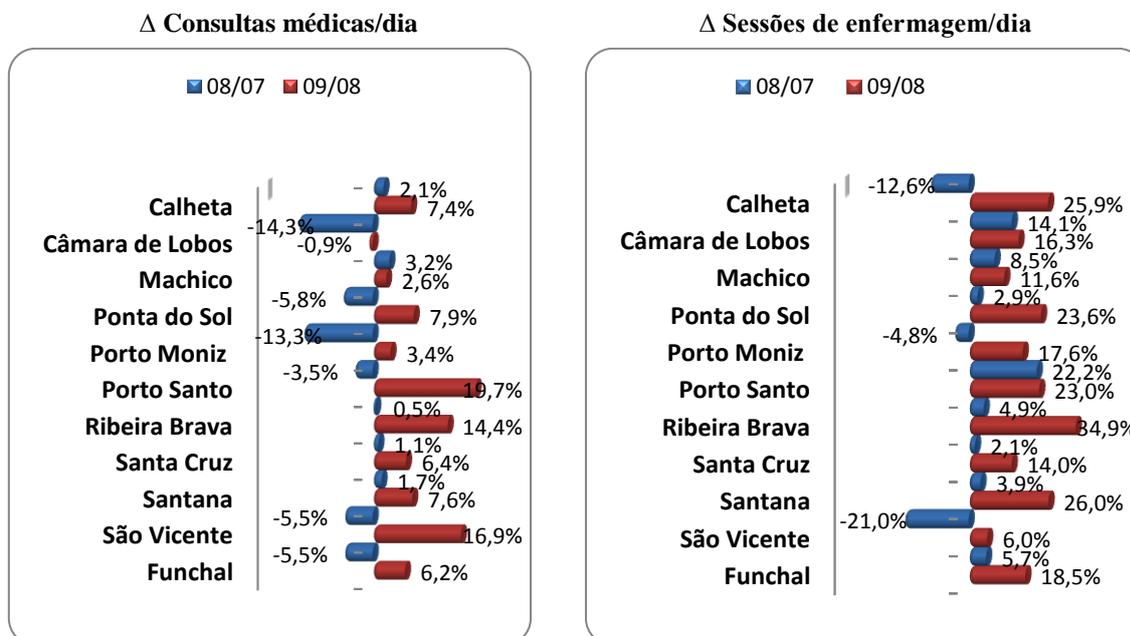
Comparando os CS dos concelhos da RAM, observa-se que:

- Foi no concelho do Funchal que se realizaram mais consultas e sessões de enfermagem no período considerado, seguindo-se os concelhos de Câmara de Lobos e de Machico, sendo a produção conjunta destes três concelhos representativa de mais de 50% do total;
- Em termos de evolução das consultas médicas⁸⁴, as maiores subidas relativas no período registaram-se nos concelhos de Porto Santo (15%), Ribeira Brava (14,5%) e São Vicente (10,1%). As descidas mais fortes ocorreram nos concelhos de Câmara de Lobos (-15,4%) e Porto Moniz (-10,7%). O agrupamento do Funchal manteve-se praticamente estável (-0,1%);
- Ao nível das sessões de enfermagem, para um crescimento global no triénio de 23%, contribuíram, com valores acima da média, os CS dos concelhos do Porto Santo (49,7%), Ribeira Brava (41,0%), Câmara de Lobos (32,1%), Santana (30,4%), Ponta do Sol (26,7%) e Funchal (24,7%). O único a registar uma evolução negativa foi São Vicente (-16,5%).

⁸⁴ Ver no Anexo VI a distribuição, pelos respectivos concelhos, das presenças nas consultas e actos de enfermagem.

A evolução da produção diária dos CS de cada concelho consta do gráfico seguinte que evidencia a assimetria no crescimento das consultas médicas e das sessões de enfermagem:

Gráfico 4 – Taxas de crescimento das consultas médicas e sessões de enfermagem



Como se pode verificar:

- O ligeiro crescimento da média diária de consultas médicas deveu-se sobretudo ao fraco desempenho, de 2007 para 2008, com quebras superiores a 5,5% em 5 CS que não foram suficientemente compensadas com crescimentos de 2008 para 2009.

Ainda assim, no cômputo global (2007-2009), 7 CS registaram crescimentos acima dos 5% [Porto Santo (15,5%), Ribeira Brava (15,0%), São Vicente (10,5%), Calheta (9,6%), Santana (9,4%), Santa Cruz (7,5%) e Machico (5,9%)] mas, em contrapartida, Câmara de Lobos (-15,0%) e Porto Moniz (-10,4%) registaram quebras acentuadas.

Os CS do Funchal mantiveram, na prática, o volume assistencial com mais 0,3% de consultas em 2009 do que em 2007.

Apresenta-se, finalmente, a distribuição da produção das consultas e de sessões de enfermagem pelas diversas valências ao longo do período em análise:

Quadro 16 – Distribuição global das consultas e sessões por valências, no triénio

	Consultas médicas				Sessões de enfermagem			
	2007	2008	2009	Δ 09/07	2007	2008	2009	Δ09/07
Indirectas	57.556	65.244	71.270	13.714	-	-	-	-
Fisiatria	3.883	4.085	4.345	462	-	-	-	-
Planeamento Familiar	14.067	14.797	16.526	2.459	20.921	24.781	27.649	6.728
Saúde Materna	5.301	5.214	5.329	28	6.816	10.599	17.842	11.026
Revisão de Puerpério	309	653	368	59	-	-	-	-
Saúde Escolar	395	2.087	1.242	847	-	-	-	-
Saúde Infantil (< 4 anos)	28.345	24.557	24.748	-3.597	53.145	57.234	65.200	12.055
Saúde Juvenil (5 a 19 anos)	30.954	25.994	29.550	-1.404	35.418	40.218	58.365	22.947
Saúde do Adulto (20 a 64 anos)	155.790	139.132	147.163	-8.627	141.924	144.596	179.825	37.901
Saúde do Idoso (> 65 anos)	77.741	73.864	77.241	-500	96.680	99.231	117.134	20.454



	Consultas médicas				Sessões de enfermagem			
	2007	2008	2009	Δ 09/07	2007	2008	2009	Δ09/07
Consultas Domiciliárias	2.590	2.502	2.527	-63	27.555	32.243	38.816	11.261
Cessação Tabágica	1.832	1.898	2.034	202	2.465	2.117	2.936	471
Alcoologia	101	1.771	1.766	1.665	59	1.306	1.516	1.457
Especialidades	2.415	2.433	2.548	133	-	-	-	-
Preparação pré-parto					12.268	11.045	14.704	2.436
Recuperação pós-parto					7.788	6.726	9.007	1.219
Visitação domiciliária					110.101	105.204	100.865	-9.236
Total	381.279	364.231	386.657	5.378	515.140	535.300	633.859	118.719

Fonte: Informação Estatística do SESARAM⁸⁵.

Como era de se esperar, é nos agrupamentos de saúde do adulto e do idoso que se registam os maiores níveis de produção dos CS (representando 58,4% das consultas médicas e 46,9% das sessões de enfermagem). Assumem também grande representatividade, nas sessões de enfermagem, as visitas domiciliárias (15,9%) e, nas consultas médicas, as consultas indirectas⁸⁶ (18,4%).

A evolução observada no período foi diferenciada, tanto por agrupamento como por género de cuidados. Enquanto as consultas médicas para os agrupamentos de saúde do adulto (-5,6%) e do idoso (-0,6%) diminuíram, as sessões de enfermagem correspondentes foram reforçadas em mais 26,7% e 21,2%, respectivamente.

Nas consultas indirectas e nas visitas domiciliárias, a evolução foi igualmente de sentido contrário: as primeiras cresceram 23,8% enquanto as últimas registaram uma quebra de 8,4%. Note-se que a evolução positiva das consultas médicas no período, só se deve a essa subida pronunciada das consultas indirectas.

3.3.4.2. URGÊNCIAS

Depois das consultas médicas e sessões de enfermagem, as urgências constituem a parcela de serviços com maior nível de produção na área dos cuidados primários, tendo atingido em 2009 um volume de 168.643 atendências.

O nível de produção registado foi conseguido através de 8 CS (5 no agrupamento Zona Oeste, 3 na Zona Este e 1 no Porto Santo), os únicos equipados com SAP, os quais não chegam a cobrir a parcela mais significativa dos residentes na RAM⁸⁷.

As atendências em 2009, comparativamente a 2007, tiveram um acréscimo de 3,5% remontando, em média diária, a 462 utentes:

⁸⁵ Informação remetida em 16/04/2010 e 21/05/2010, com a permuta do valor de produção das consultas de Saúde Escolar pelo da Revisão de Puerpério no concelho da Ribeira Brava, visto haver uma troca destes valores.

⁸⁶ Estas consultas não têm limite numérico, sendo destinadas à renovação de medicação crónica e emissão de documentos que não necessitam da presença do utente.

⁸⁷ Não dispondo o agrupamento do Funchal (3 CS) de um SAP, a população do concelho recorre à urgência hospitalar. A pressão sobre as urgências hospitalares faz-se igualmente sentir pela população dos concelhos de Câmara de Lobos (com um SAP aberto até às 24H), de Santa Cruz e da Ponta do Sol (que não dispõem de SAP) pese embora, no caso destes dois últimos concelhos, a população residente tenha como alternativa o recurso às urgências dos CS de Santa Cruz e Ribeira Brava, respectivamente.

Quadro 17 – Atendimentos nas urgências dos CS

Serviço de Urgência	Atendências			Δ %		Urgências /dia		
	2007	2008	2009	07-08	08-09	2007	2008	2009
Calheta	23.642	21.639	22.703	-8,47	4,92	65	59	62
Câmara de Lobos	26.269	26.867	29.022	2,28	8,02	72	73	80
Machico	43.884	40.619	45.782	-7,44	12,71	120	111	125
Porto Moniz	4.372	4.282	4.687	-2,06	9,46	12	12	13
Porto Santo	11.161	12.032	11.351	7,80	-5,66	31	33	31
Ribeira Brava	34.099	31.996	34.860	-6,17	8,95	93	87	96
Santana	10.604	9.285	10.683	-12,44	15,06	29	25	29
São Vicente	8.995	9.059	9.555	0,71	5,48	25	25	26
Total	163.026	155.779	168.643	-4,45	8,26	447	425	462

Fonte: Informação Estatística do SESARAM, remetida a 16/04/2010.

Da sua análise evidenciam-se os factos:

- De estarmos perante CS com níveis bem diferenciados de produção. No topo da escala encontram-se os CS de Machico (com 45.782 atendimentos por ano, ou 125 por dia) e Ribeira Brava (com 34.860 urgências por ano, ou 96 por dia), com cerca de metade do número de atendimentos de 2009. No extremo oposto, os CS do Norte (Porto Moniz, São Vicente e Santana) que em conjunto, representaram cerca de 15% do total de atendimentos.
- Do crescimento da produção resultar de uma descida de -4,5%, em 2008, e de um aumento significativo, na ordem dos 8%, em 2009, sendo os CS de Santana e de Machico os que mais contribuíram para este aumento (com taxas de 15% e 13%, respectivamente), contrastando com a variação observada no ano anterior (taxas de -12,4% e -7,4%, respectivamente). O CS do Porto Santo foi o único a registar uma diminuição dos atendimentos de 2008 para 2009 (-5,7%).

Em Janeiro de 2009 foi feita a ligação em rede de todos os CS com o Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, estando a comunicação entre estas entidades a efectuar-se através do sistema integrado denominado de Processo Clínico Electrónico Único, o qual veio permitir que, quando um utente do CS dê entrada no Serviço de Urgência do Hospital, este serviço possa aceder ao seu processo clínico⁸⁸.

Ainda durante 2010 vai ser implementado nos CS com Serviço de Urgência um módulo de urgência, semelhante ao existente no hospital (em termos de triagem, via-verde, registos de utentes, de actos médicos/procedimentais e de prescrições realizadas).

3.3.4.3. INTERNAMENTOS

A rede de unidades de internamento é constituída por 3 unidades localizadas na Madeira, nos CS da Calheta, Santana e de São Vicente, esta última aberta em 2009, a que acresce uma quarta no CS do Porto Santo, num total de 67 camas disponíveis.

⁸⁸ E vice-versa, ou seja, que, o CS também possa aceder aos actos médicos realizados pelo Serviço de Urgência do Hospital.



O quadro seguinte sintetiza a produção no período, distinguindo entre o internamento normal e o relacionado com as altas problemáticas (AP)⁸⁹.

Quadro 18 – Indicadores relativos ao internamento nos CS

Descrição ⁹⁰		Calheta			Porto Santo			Santana			São Vicente	Total
		2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2009	2009
Lotação (1)	N	20	20	13	9	9	6	-	-	-	-	19
	AP	-	-	7	-	-	-	22	22	22	13	42
	N+AP	20	20	20	9	9	6	22	22	22	13	61
Médicos (2)	N+AP	6	7	9	7	7	7	1	1	1	3	20
Doentes tratados (3)	N	101	120	87	58	56	63	-	-	-	-	150
	AP	-	-	7	-	-	2	26	30	32	5	46
	N+AP	101	120	94	58	56	65	26	30	32	5	196
Dias de internamento (4)	N	6.499	5.070	5.636	587	636	807	-	-	-	-	6.443
	AP	-	-	1.570	-	-	79	7.995	8.004	7.927	1.527	11.103
	N+AP	6.499	5.070	7.206	587	636	886	7.995	8.004	7.927	1.527	17.546
Existência Média Diária (5)	N	17,8	13,9	15,4	1,6	1,7	2,2	-	-	-	-	17,7
	AP	-	-	4,3	-	-	0,2	21,9	21,9	21,7	4,2	30,4
	N+AP	17,8	13,9	19,7	1,6	1,7	2,4	21,9	21,9	21,7	2,4	48,1
Demora média (6)	N	77,4	48,8	84,1	10,3	11,6	13,2	-	-	-	-	50,3
	AP	-	-	1.570,0	-	-	39,5	1.998,6	1.000,5	792,7	509,0	693,9
	N+AP	77,4	48,8	105,97	10,3	11,6	14,6	1.998,6	1.000,5	792,7	509,0	121,8
Taxa de ocupação (%) ⁹¹	N	89,0	69,3	118,8	17,9	19,3	36,9	-	-	-	-	92,9
	AP	-	-	61,5	-	-	-	99,6	99,4	98,7	32,2	72,4
	N+AP	89,00	69,3	98,7	17,9	19,3	40,5	99,6	99,4	98,7	32,2	78,8

Fonte: Informação Estatística do SESARAM obtida a 05/06/2010, com a correcção aos dias de internamento no CS da Calheta, fornecida aquando do contraditório.

AP – Internamento relacionado com as Altas Problemáticas; N – Internamento normal

Procedendo à diferenciação dos doentes em função do tipo de Altas [Altas problemáticas (AP); Altas normais (N)], a leitura dos dados revela, para 2009, um movimento assistencial de 150 doentes tratados [46 AP; 196 N] e uma ocupação média de camas de cerca de 79% [72% AP; 93% N]. Essa procura correspondeu, ainda, a 17.546 dias de internamento dos doentes saídos [11.103 AP; 6.443 N], com uma demora média de cerca de 122 dias por episódio de internamento [694 AP; 50 N].

⁸⁹ Utentes com alta médica que por variados motivos permanecem no internamento, gerando enviesamentos na leitura dos dados sobre um normal episódio de doença.

⁹⁰ Notas:

- 1 – Os CS da Calheta e de São Vicente fazem gestão de camas com a RRCCI. A lotação destas camas (7 e 9 camas, respectivamente) foi, para efeitos desta análise, associada às AP.
- 2 – Os médicos afectos ao internamento são os que apoiam o serviço de urgência.
- 3 – Total do número de doentes existente no 1.º dia do ano, mais os doentes entrados durante o ano.
- 4 – Número de dias de internamento dos doentes saídos (por alta, transferência ou falecimento).
- 5 – Média de doentes internados/dia.
- 6 – Média dos dias de internamento por doente saído.

⁹¹ A taxa de ocupação média, em 2009, relativa a Altas Normais, de 118,8% no CS da Calheta é anómala (revela uma ocupação média por cama durante o ano superior a 365 dias).

Apesar de não ter sido apresentada qualquer justificação para esta taxa de ocupação, o valor sugere ter havido um reforço do n.º de camas disponíveis não reflectido na lotação disponível.

As Altas Problemáticas, com 23,5% dos doentes tratados, 72% das taxas de ocupação e 63% dos dias de internamento, concentram-se, sobretudo, na unidade de Santana.

Relativamente à evolução global no triénio, destaca-se, pelo lado da oferta, o aumento global de 10 camas (+ 20%), sobretudo devido à abertura da nova unidade de São Vicente, e no lado do movimento assistencial, as subidas dos doentes entrados (próxima dos 6%) e dos dias de internamento (16%), combinadas com um acentuado acréscimo e da demora média (42%).

3.4. Tempos de espera

3.4.1. Tempos de resposta

Ao contrário do que acontece nas consultas externas, a acessibilidade às consultas nos CS não se mede através de listas de espera, mais vocacionadas para a área hospitalar, mas sim através da Consulta de Recurso, na qual ainda assim se procura acautelar, embora de forma não regular, a relação entre o utente e o médico de família.

Nos casos em que o utente se dirija ao CS sem consulta marcada (não programada)⁹², estão definidos tempos máximos⁹³ para se proceder ao seu atendimento:

- 48 horas, quando se tratem de problemas administrativos inadiáveis ou, através do processo de rastreio/ triagem dos sintomas, pela área de enfermagem, seja detectada uma doença aguda ou crónica descompensada, que careça de ser avaliada pelo médico;
- 15 dias, quando se tratem de situações administrativas (atestado médico, relatório médico, etc.) ou quando o processo de triagem conclua não se estar perante uma doença aguda.

A análise ao sistema implementado (cfr. o Anexo V) suscitou as seguintes observações:

1. A estatística da produção dos CS trata algumas das consultas sem marcação como se se tratassem de consultas programadas. Como as consultas programadas são abertas respeitando uma determinada distribuição por valência⁹⁴, a classificação do tipo de consulta pode não corresponder à efectivamente realizada, gerando enviesamentos na informação estatística;
2. Apesar dos prazos para marcação das consultas estarem definidos numa das Circulares adoptadas pelos CS⁹⁵ e de, a partir de Abril de 2007, ser possível o registo⁹⁶ das datas em que o utente efectua o pedido de consulta e para quando a mesma é marcada, os tempos de espera não são objecto de monitorização ou controlo.

⁹² Para responder às consultas sem marcação, a agenda dos médicos é definida de forma a que por cada 3 consultas programadas exista uma vaga para consultas não programadas. Nos CS em que se prevê um fluxo maior de utentes nas consultas não programadas, esta relação é de 2 para 2.

Nos termos da Circular Normativa do SESARAM, de 24/04/2009, “o médico de família deverá fazer a gestão da sua lista de forma a não ter lista de espera”, sendo “responsável por seleccionar os utentes a observar (...) sugerindo-se que a sua consulta não ultrapasse os 4 utentes por hora, a fim de assegurar a qualidade da mesma”.

⁹³ Tempo decorrente entre a data do pedido de consulta e a data de realização da consulta.

⁹⁴ Em função dos indicadores demográficos e clínicos das listas de cada médico e dos programas de saúde em vigor.

⁹⁵ Circular Normativa do SRS, E.P.E, de 11/09/2007 que, embora sendo seguida pelos serviços, não se encontra formalmente aprovada pelo CA.

⁹⁶ Só a partir de Abril 2008 é que a Nova Agenda Electrónica, com a configuração actual, ficou concluída e plenamente implementada (em todos os CS) permitindo o registo: da data do pedido de consulta; da data da sua realização; da hora de chegada do utente ao CS (check-in); da hora em que o mesmo foi atendido (check-out); do início e do fim do episódio de doença.



Há, ainda, a assinalar que existiu uma proposta para a criação de vários alertas no sistema que, no entanto, nunca chegou a ser implementada: a) Alerta diário dos médicos de família que não responderam a consultas não programadas no prazo de 48 horas para os problemas de saúde e de 15 dias para os burocráticos; b) Alerta diário dos médicos de família que na véspera não tinham 50% das consultas programadas preenchidas; c) Alerta semanal dos CS cujas consultas de recurso revelem utentes sem resposta no prazo de 7 dias (problemas de saúde) ou de 30 dias (problemas burocráticos); d) Alerta mensal dos 10 médicos cujos utentes mais procuram as urgências; e) Alerta dos médicos que não atingem 50% do rendimento, dado pela relação entre o n.º de utentes observados e a capacidade das consultas (4 por hora, no CS, e 1 por hora, ao domicílio); f) Alerta mensal dos médicos de família com menos de 1.500 utentes; g) Alerta, em Outubro, dos médicos com menos de 40% de taxa de frequência.

Ao nível das acessibilidades dos utentes ao CS, salienta-se ainda que está prevista a implementação de uma ferramenta denominada de Projecto de Gestão de Atendimentos⁹⁷, que possibilitará a contagem de todos os tempos de atendimento do utente, desde a sua chegada ao CS, permitindo-lhe saber (através de um televisor montado na sala de espera) o tempo que falta para ser atendido.

3.4.2. A articulação com a Consulta de Especialidade

Sempre que se verifica a necessidade de uma consulta de especialidade (hospitalar), o médico do CS deve proceder à referenciação do doente, emitindo uma credencial (em suporte papel, embora directamente do sistema), na qual coloca a prioridade da mesma e anexa um relatório clínico circunstanciado. À medida que a implementação do Processo Clínico Electrónico, iniciada nos CS, se tem estendido à consulta externa, os médicos do hospital passaram a ter acesso online ao conteúdo das consultas realizadas pelo CS.

Existindo vaga administrativa (ou de primeira vez), a marcação da consulta é efectuada electronicamente pelos próprios profissionais administrativos do CS. Nestes casos, cabe ao doente levar consigo a credencial para a consulta. Caso não haja vagas, os serviços administrativos remetem o processo de referenciação para a consulta externa, que procede à inscrição do doente na “Lista de Espera”. Na posse da credencial, o médico da consulta externa acede ao resumo da consulta realizada no CS.

A gestão administrativa das consultas e das listas de espera hospitalares tem uma periodicidade trimestral. No primeiro dia útil do trimestre subsequente àquele em que ocorre a abertura das vagas administrativas (meses de Março, Junho, Setembro e Dezembro)⁹⁸, a administrativa hospitalar responsável procede à inscrição do utente na consulta (e anula o registo na Lista de Espera). A permanência por mais de um ano em Lista de Espera implica a renovação da credencial e do relatório médico pelo clínico do CS.

Prevê-se que, durante o ano de 2010, com a consolidação do Processo Clínico Electrónico na Consulta Externa, seja possível a circulação electrónica das credenciais emitidas pelo médico de família. Além de promover uma agilização do processo de referenciação para a consulta

⁹⁷ Que no decurso da auditoria estava a ser implementada, sob a forma de projecto-piloto, na Consulta Externa do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

⁹⁸ Foram celebrados protocolos definindo critérios de prioridade nas consultas de Urologia, Oftalmologia, Pediatria, Neurologia, Gastrenterologia, Cirurgia Vasculuar, Ginecologia e Pneumologia.

externa, traduzido numa desburocratização e poupança de tempo⁹⁹, este novo meio permitirá a introdução de um conceito de espera baseado no grau de prioridade clínica e possibilitará ao médico do CS saber o percurso, actos médicos e procedimentos clínicos a que o doente foi submetido no serviço hospitalar.

Da análise realizada ao circuito descrito releva o facto do médico do CS (ou dos serviços administrativos) não conseguir acompanhar a situação dos pacientes que são colocados na Lista de Espera, o que revela uma falta de integração entre os cuidados primários e as consultas da especialidade (hospitalares).

Esta situação poderá vir a ser resolvida a breve prazo após a consolidação da implementação do Processo Clínico Electrónico na Consulta Externa e, bem assim, com a futura disponibilização ao utente, no Portal do SESARAM, da informação sobre a situação da sua consulta.

4. EMOLUMENTOS

Nos termos do n.º 1 do art.º 10.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo DL n.º 66/96, de 31 de Maio¹⁰⁰, são devidos emolumentos pelo SESARAM, no montante global de € 17.164,00 (cfr. o Anexo VIII).

⁹⁹ A credencial é remetida pelo médico do CS directamente para o Director de Serviço da consulta de especialidade pretendida, sem passar pelos serviços administrativos. Se, por ventura, o Director de Serviço ao consultar o processo clínico, detectar que a especialidade para a qual o doente foi encaminhado deveria ter sido outra, encaminha-a (electronicamente) para o Director de Serviço dessa outra especialidade. Depois de marcada a consulta, a comunicação ao utente poderá ser feita também electronicamente, para além deste ter a possibilidade de consultar o site do SESARAM e saber, na hora, a situação da sua consulta.

¹⁰⁰ Diploma que aprovou o regime jurídico dos emolumentos do Tribunal de Contas, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 11-A/96, de 29 de Junho, e na nova redacção introduzida pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto, e pelo art.º 95.º da Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



5. DETERMINAÇÕES FINAIS

Nos termos conjugados dos artigos 78.º, n.º 2, alínea a), 105.º, n.º 1, e 107.º, n.º 3, todos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, decide-se:

- a) Aprovar o presente relatório e, designadamente, as recomendações nele formuladas;
- b) Ordenar que exemplares deste Relatório sejam remetidos:
 - A Sua Excelência o Secretário Regional dos Assuntos Sociais, na qualidade de membro do Governo Regional com a tutela administrativa da empresa auditada;
 - A Sua Excelência o Secretário Regional do Plano e Finanças, na qualidade de membro do Governo Regional com a tutela financeira da empresa auditada;
 - Aos ex-membros do Conselho de Administração do “Serviço Regional de Saúde, E.P.E.”;
 - Aos actuais membros do Conselho de Administração do SESARAM.
- c) Fixar os emolumentos devidos pelo SESARAM em € 17.164,00, conforme o quadro constante no anexo VIII;
- d) Mandar divulgar o presente relatório na Intranet e no site do Tribunal de Contas na Internet, depois de ter sido notificado aos responsáveis;
- e) Determinar a remessa de um exemplar deste Relatório ao Excelentíssimo Magistrado do Ministério Público junto desta Secção Regional, nos termos do artigo 29.º, n.º 4 e 54.º, n.º 4, aplicável por força do disposto no artigo 55.º, n.º 2, todos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Secção Regional da Madeira do Tribunal de Contas, aos 27 de Outubro de 2010.

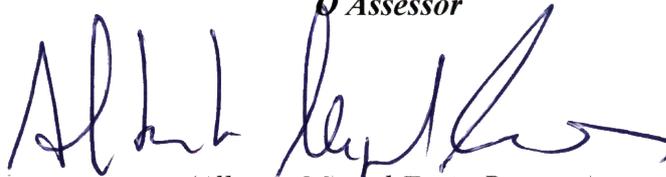
O Juiz Conselheiro,

(Alberto Fernandes Brás)

A Assessora,

(Ana Mafalda Nobre dos Reis Morbey Affonso)

O Assessor



(Alberto Miguel Faria Pestana)

*Fui presente,
O Procurador-Geral Adjunto,*



(Orlando de Andrade Ventura da Silva)

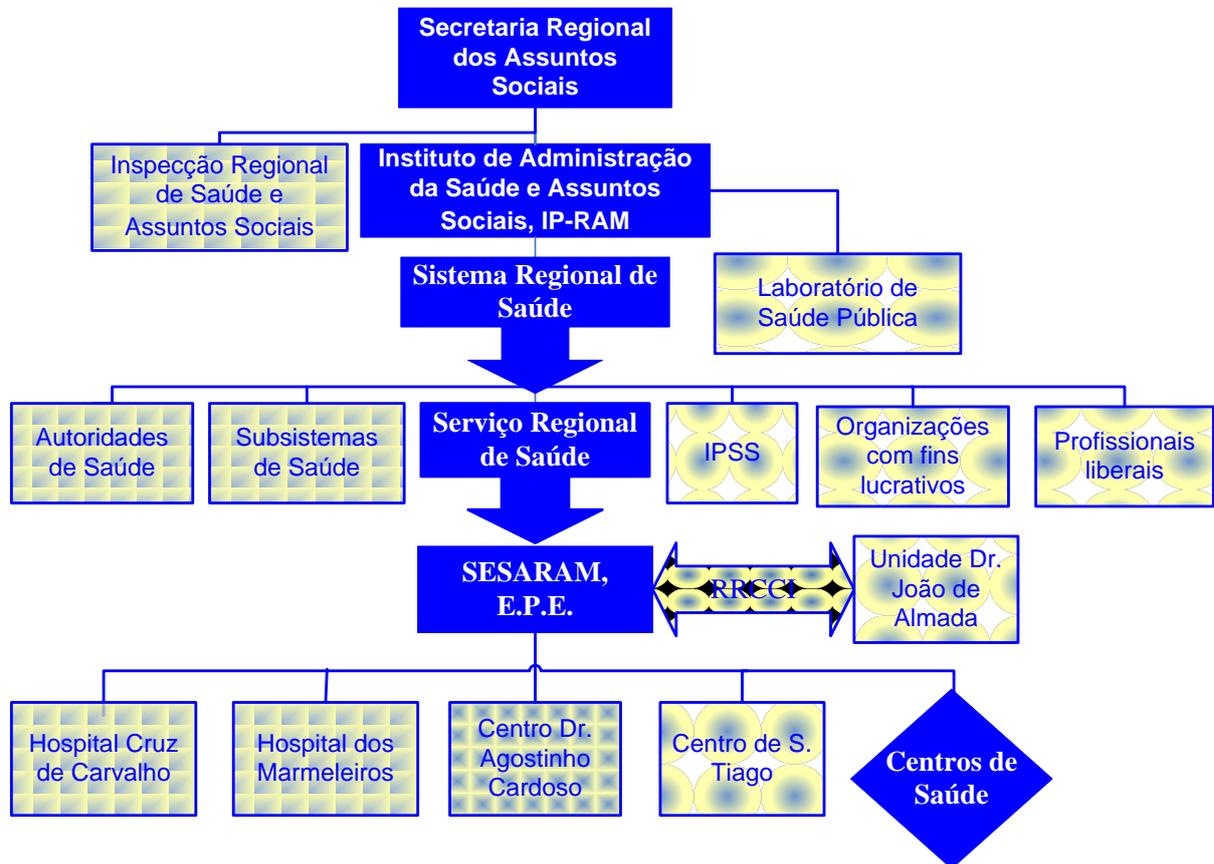


A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JAN'.

ANEXOS



I – Organograma dos Prestadores de Cuidados de Saúde na RAM





II – Objectivos Estratégicos Gerais e Indicadores Chave

OBJECTIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES CHAVE	SIT. DE PARTIDA	PLANOS ACTIVIDADES		
			2007	2008	2009
1. Promover a melhoria global do estado de saúde das populações, evitando a doença com a adopção de medidas de prevenção	Médicos/1000 Habitantes	2,0	2,0	2,1	2,1
	Enfermeiros/1000 Habitantes	6,6	6,6	6,7	6,7
	N.º acções educação p/ saúde (C. Saúde)	1.253	1.250	1.250	1.250
	N.º inquéritos de satisfação realizados	0	2	2	2
	Tx de crescimento anual Urgências Hospitalares	135.702	2,8%	2%	2%
	Tx Cobertura Médico Família	51%	55%	57%	57%
2. Melhorar a cobertura, a acessibilidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde	Tx Variação das consultas CS	2,5%	3,0%	3,0%	3,0%
	N.º cirurgias ambulatório	3.047	3.200	3.360	3.360
	N.º sessões de tratam/ em Hospital de Dia	19.205	20.000	21.000	22.000
	N.º cirurgias realizadas no Bloco	6.928	7.000	7.000	7.000
	Demora Média Internamento excluindo UDV (dias)	7,30	7,32	7,25	7,25
	Tx de readmissão no Internamento 7 dias após a alta	0,87%	1%	1%	1%
	Tx de crescimento dos custos c/ Pessoal	6,25%	6,0%	4,0%	4,0%
	Peso dos consumos nos custos totais	18,1%	19%	19%	19%
3. Implementar novos métodos de gestão que promovam a competência a responsabilização, a eficiência e a eficácia nos processos de prestação de cuidados de saúde.	% Centros Saúde informatizados	0%	100%	100%	100%
	N.º CRI Protocolados	0	13	14	-
	N.º UG Protocolados	0	0	9	-
	N.º Serviços de acção médica com orçamento anual próprio	0	-	-	29
	N.º Unidades de acção médica com orçamento anual próprio	0	-	-	27
	Peso da Remuneração Extraordinária nos custos pessoal	13,31%	13%	12,5%	12%
	N.º de horas de formação a profissionais	3.101	3.000	3.000	3.000
	% Colaboradores c/ contrato individual de trabalho	15%	18%	23%	26%
	% Consultas CSP registadas em suporte electrónico (Médicas e de enfermagem)	0	40%	100%	100%
	% Consultas da especialidade (hospitalares) registadas em suporte electrónico	0	0	25%	60%
4. Reforçar e aperfeiçoar parcerias e processos de cooperação e incrementar as intervenções integradas dos serviços de saúde e de apoio social	N.º de unidades integradas na RRCCI	4	5	5	8



III – Modificações sofridas pelas linhas de produção ao longo da execução dos CP

Na sucessão dos contratos, é de salientar o seguinte:

- a) As linhas *Outros*¹⁰¹ e *Medicina Física e Reabilitação* (MFR) são comuns aos cuidados primários e hospitalares (e ao Centro de Desenvolvimento da Criança, no caso da MFR), não tendo ainda sido realizada a sua afectação específica;
- b) No CP de 2008, a linha *Dias de Internamento no Hospital Dr. João de Almada* passou a integrar o cômputo da actividade da Unidade de Domicílio Virtual (cfr. art.º 2.º do DLR n.º 23/2008/M, de 23 de Junho);
- c) Os CP de 2007 e 2008 incluem a produção dos Centros Dr. Agostinho Cardoso e de São Tiago, contudo, com a alteração da orgânica e a entrada em vigor do Regulamento Interno do SESARAM (25 de Dezembro de 2008), estes serviços transitaram dos cuidados primários para os hospitalares (cfr. art.º 40.º e 42.º do referido Regulamento Interno);
- d) A linha de produção *Consultas nos CS* (a mais significativa dos contratos celebrados) não se mostra estabilizada, tendo sofrido do 1.º para o 2.º CP um expressivo incremento, em resultado da inclusão no seu âmbito da actividade dos MCDT. Para períodos equivalentes (Janeiro a Setembro de 2007 e de 2008), este aumento, só por si, representou um acréscimo de 41,7% no volume da actividade global da linha, e de 89% na actividade de enfermagem.

Tal inclusão prende-se, sobretudo, com o facto dos CP não conterem nenhuma rubrica que agregasse a produção dos MCDT, tendo a mesma sido incluída na linha *consultas nos CS*, mais propriamente nos *actos de enfermagem*¹⁰².

Esta situação foi corrigida no mapa de produção respeitante ao período de Janeiro a Dezembro de 2009, que prevê uma rubrica específica para os MCDT realizados nos CS. Em consequência, a linha relativa às consultas realizadas pelos CS em 2009 diminuirá para valores próximos dos de 2007¹⁰³.

No que se refere à contratação das participações, observam-se ainda as seguintes incongruências:

1. Em 2007:

- a) Foram incluídas nas *consultas dos CS* as consultas de enfermagem realizadas a título de triagem clínica, nos casos de doença aguda para consulta no próprio dia, o que (face

¹⁰¹ Nesta parcela da produção estão incluídos os serviços de transporte e de envio de doentes para outros estabelecimentos (dentro e fora da RAM), os pedidos de MCDT a estabelecimentos dentro e fora da RAM, o pagamento de subvenções a subsistemas e outros custos, incluindo os produtos cedidos em farmácia hospitalar.

¹⁰² O CP tem um conceito de consulta alargado (definido no art.º 17.º do Anexo III aos CP): “o acto de assistência prestado por um profissional de saúde devidamente habilitado a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde”. Embora este conceito já vigorasse no CP de 2007, naquele ano, a informação que existia nas matrizes resumia-se às consultas e a algumas actividades de enfermagem, que foram todos incluídos na rubrica. No CP de 2008, a agenda electrónica veio permitir a inclusão de um maior número de consultas e de actos de enfermagem, nomeadamente dos que concorrem para os MCDT.

¹⁰³ De acordo com o Mapa da Produção Contratada, inserto no Anexo 10 ao Plano de Actividades para 2009, apura-se um decréscimo de 46,7% na actividade desta linha.

à falta de uma adequada explicação) suscita a questão da duplicação do número de consultas realizadas no dia¹⁰⁴;

- b) O valor global da produção contratada no CP relativo a 2007¹⁰⁵, constante do seu Anexo I (€ 168.905.990,00¹⁰⁶), não coincide com o valor da comparticipação financeira acordada nos termos da sua cláusula 2.^a e da Resolução do CG que autorizou aquele contrato (€ 168.065.662,00), apurando-se uma divergência de € 840.328,00.

Segundo os responsáveis da área, a diferença, que é coincidente com o valor máximo do prémio devido pelo cumprimento dos objectivos de convergência (0,5% da produção contratada), deveu-se à redução no período de produção inicialmente proposto de 12 meses para os 9 meses, não ter sido acompanhada pela devida correcção aos valores da produção prevista no Anexo I.

2. Em 2008:

- a) O recurso aos “actos de enfermagem” (em detrimento da consulta)¹⁰⁷ não foi acompanhado de qualquer ajustamento no preço unitário da linha de produção. Dado o peso significativo da actividade de enfermagem (64,5%) na linha *Consultas dos CS*, aquela alteração contribuiu para o inflacionamento do valor da produção;
- b) O CP relativo à produção compreendida entre Outubro de 2007 e Dezembro de 2008 (15 meses), embora previsse um financiamento superior, em € 101.198.695,54, ao do período anterior (de 9 meses), o que representa um aumento da produção de 65%¹⁰⁸, em linha com o acréscimo de meses (67%) no contrato, apresenta variações desproporcionadas nos Cuidados Primários (+ 96%) e na linha *Outros* (+ 137%):
- i) Segundo os responsáveis, o tipo de encargos registados em *Outros* é naturalmente susceptível a grandes oscilações;
- ii) O acréscimo nos cuidados primários, embora possa reflectir algum ajustamento aos excedentes da execução da produção observados no CP de 2007 (espelhados no quadro 3), deve-se, sobretudo, à linha *Consultas nos CS*, e à questão acima abordada da inclusão nos actos de enfermagem, da actividade dos MCDT.

¹⁰⁴ Uma delas de enfermagem e outra médica, ambas realizadas ao mesmo utente, num mesmo dia, por conta de um mesmo episódio de doença.

¹⁰⁵ Ao nível de cada linha, existem igualmente algumas inconsistências no cálculo das produções parciais, as quais nem sempre correspondem à multiplicação da quantidade produzida pelo preço unitário. Estas inconsistências, que no global, assumem os € 207,91 e verificam-se nas seguintes linhas de produção: *Dias de Internamento UDV*; *Consultas Externas*; *Pequenas Cirurgias*; *Sessões de Tratamento em Hospital de Dia – Reumatologia*; *Consultas nos CS* e *Dias de internamento no Hospital João de Almada (HJA)*.

¹⁰⁶ O valor foi arredondado, já que a soma das parcelas que para ele concorrem corresponde a € 168.905.989,98.

¹⁰⁷ Pois, nos termos do n.º 1 do art.º 17.º das Normas Reguladoras do Pagamento das Prestações de Saúde ao SESARAM (Anexo III do CP), por consulta entende-se qualquer “acto de assistência prestado por um profissional de saúde devidamente habilitado a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde”.

Os actos de enfermagem são definidos como a “prestação de cuidados realizados por um enfermeiro, que pode ser exercida de forma autónoma ou interdependente, de acordo com a qualificação do prestador” (Direcção-Geral de Saúde, Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas de Saúde, Circular Informativa n.º 19/DSIA de 17 de Setembro de 2001) e englobam, nomeadamente, o aconselhamento acerca de assuntos relacionados com a saúde, o controle de triglicéridos e colesterol, a administração de vacinas e medicamentos injectáveis e o tratamento de feridas.

¹⁰⁸ Só na área hospitalar, mais precisamente nas *Sessões de Tratamento em Hospital de Dia - Infecto-Contagiosas*, é que se assistiu a uma diminuição da produção prevista (esta passou de € 41.250,00 para € 6.400). Note-se, ainda, que a linha de produção *Dias de Internamento HJA* deixou de estar prevista no contrato assinado em 2008.



IV – Caracterização dos CS

Grau de cobertura dos CS

Concelho	N.º de habitantes (1)		N.º de inscritos			Taxa de cobertura (%)		
	2007	2008	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Calheta	11.939	11.907	12.769	13.007	13.036	107,0	109,2	109,5
Câmara de Lobos	35.969	36.119	39.759	39.969	39.982	110,5	110,7	110,7
Funchal	99.214	98.583	124.435	126.099	127.082	125,4	127,9	128,9
Machico	21.115	21.032	25.751	25.617	25.540	122,0	121,8	121,4
Ponta do Sol	8.352	8.359	10.425	10.697	10.776	124,8	128,0	128,9
Porto Moniz	2.679	2.645	3.323	3.342	3.351	124,0	126,4	126,7
Porto Santo	4.390	4.401	6.019	6.087	6.045	137,1	138,3	137,4
Ribeira Brava	12.599	12.600	15.653	15.841	15.873	124,2	125,7	126,0
Santa Cruz	35.985	37.121	38.905	39.422	40.401	108,1	106,2	108,8
Santana	8.326	8.277	9.393	9.371	9.326	112,8	113,2	112,7
São Vicente	6.121	6.117	6.600	6.577	6.533	107,8	107,5	106,8
Total RAM	246.689	247.161	293.032	296.029	297.945	118,8	119,8	120,5

Fonte: Informação estatística do SESARAM remetida a 16/04/2010.

1 – Obtido por estimativas da população residente (Direcção Regional de Estatística da Madeira).

2 – A taxa de cobertura resulta da divisão do n.º de inscritos pelo n.º de habitantes divergindo da informação estatística fornecida pelo SESARAM.

Taxa de Frequência dos CS

Concelho	N.º de utilizadores			Taxa de frequência (%)			Taxa de inscritos por MF (%)		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Calheta	5.101	6.789	7.042	39,9	52,2	54,0	46,8	56,5	67,7
Câmara de Lobos	17.953	21.741	21.973	45,2	54,4	55,0	44,2	43,7	50,8
Funchal	53.526	52.921	53.340	43,0	42,0	42,0	42,6	43,2	40,4
Machico	15.488	15.412	15.826	60,1	60,2	62,0	75,8	77,6	77,6
Ponta do Sol	4.807	5.136	5.332	46,1	48,0	49,5	61,8	63,1	65,1
Porto Moniz	2.096	2.177	2.303	63,1	65,1	68,7	99,8	100	100
Porto Santo	3.913	4.123	4.346	65,0	67,7	71,9	69,7	94,4	94,9
Ribeira Brava	6.334	8.351	8.777	40,5	52,7	55,3	66,5	68,0	61,3
Santa Cruz	19.414	19.875	21.105	49,9	50,4	52,2	46,3	44,4	47,9
Santana	5.333	5.331	5.668	56,8	56,9	60,8	57,6	80,0	79,1
São Vicente	3.914	3.843	4.064	59,3	58,4	62,2	100,0	100,0	100,0
Total	137.879	145.699	149.776	47,1	49,2	50,3	51,4	53,1	53,5

Fonte: Informação estatística do SESARAM remetida a 16/04/2010, com as correcções realizadas a 21/05/2010 no número de inscritos em MF no Concelho de Machico.

V – Unidades prestadoras de cuidados de saúde primários

Agrupamento de Centros de Saúde	Concelho	Centros de Saúde	Extensões
Agrupamento de Centros de Saúde do Concelho do Funchal	Funchal	C.S. do Bom Jesus	C.S. de Santo António C.S. de São Roque
		C.S. da Nazaré C.S. do Monte	
Agrupamento de Centros de Saúde da Zona Oeste	Calheta	C.S. da Calheta (1)	C.S. do Arco da Calheta
			C.S. do Estreito da Calheta
			C.S. do Paúl do Mar
			C.S. do Jardim do Mar
			C.S. dos Prazeres
			C.S. da Ponta do Pargo C.S. da Fajã da Ovelha
	Câmara de Lobos	C.S. de Câmara de Lobos (3)	C.S. do Estreito de Câmara de Lobos
			C.S. da Quinta Grande C.S. do Carmo C.S. do Curral das Freiras C.S. do Jardim da Serra
	Ponta do Sol	C.S. da Ponta do Sol	C.S. da Madalena do Mar C.S. dos Canhas
	Porto Moniz	C.S. do Porto Moniz (2)	C.S. de Santana
			C.S. do Seixal C.S. da Ribeira da Janela C.S. das Achadas da Cruz
	Ribeira Brava	C.S. da Ribeira Brava (2)	C.S. da Serra de Água
C.S. da Tabua C.S. do Campanário			



Agrupamento de Centros de Saúde	Concelho	Centros de Saúde	Extensões
	São Vicente	C.S. de São Vicente (2)	C.S. de Boaventura
			C.S. da Ponta Delgada
			C.S. da Fajã do Penedo
Agrupamento de Centros de Saúde da Zona Leste	Machico	C.S. de Machico (2)	C.S. do Caniçal C.S. do Santo da Serra C.S. do Porto da Cruz C.S. de Água de Pena
	Santa Cruz	C.S. de Santa Cruz	C.S. de Gaula C.S. da Camacha C.S. do Caniço
	Santana	C.S. de Santana (1)	C.S. de São Jorge C.S. do Arco de São Jorge C.S. da Ilha C.S. do Faial C.S. de São Roque do Faial
C.S. do Porto Santo	Porto Santo	C.S. do Porto Santo (1)	-----

Fonte: Organograma do SESARAM.

Notas:

- 1 – CS com Internamento e Serviço de Urgência;
- 2 – CS apenas com Serviço de Urgência.
- 3 – CS com Serviço de Atendimento Urgente

VI - Tipologia das consultas dos CS

A) A consulta por médico de família e a consulta de recurso

Sistemas fortemente orientados para os cuidados primários traduzem-se em melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços e uma maior satisfação dos utilizadores a um mais baixo custo¹⁰⁹.

Os CS são a base institucional dos cuidados de saúde primários e o pilar central de todo o sistema. Na sua configuração, os CS constituem normalmente o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde, devendo o atendimento ser assegurado por um MF.

Assim, um utente que se dirija pela primeira vez a um CS no qual está inscrito, para a realização de uma consulta médica, tem a possibilidade de escolher um MF, de entre os médicos disponíveis no CS. Se a lista do médico pretendido pelo utente já estiver preenchida¹¹⁰, este terá de optar por um dos médicos em cuja lista exista vaga (lista aberta), sendo para este médico que é marcada a consulta.

Esse MF passa a ser o médico de todo o agregado familiar inscrito e residente na área de influência do CS permitindo uma maior proximidade aos problemas que afectam o agregado e uma melhor relação médico-paciente.

No entanto, a carência de especialistas na área de medicina familiar, comum ao espaço nacional, determinou, em alternativa, de forma a ser assegurado o acesso ao sistema, a criação das designadas consultas de recurso. Assim, ao utente sem acesso à inscrição em lista de MF é sempre garantido o atendimento por um dos médicos disponíveis, à data da marcação.

Nesta última alternativa, perde-se o benefício de uma relação continuada e estabilizada com um médico pessoal, responsável pela prestação de cuidados ao longo de um período significativo da vida do utente, em que vela pelo desenvolvimento e manutenção das suas (e da sua família) aptidões bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais.

Embora nenhum utente perca o direito a MF, para que nas listas destes médicos constem apenas utentes activos, se ao fim de três anos nenhum membro do agregado familiar tiver recorrido à consulta, essa família é retirada da lista do médico e colocada em Médico de Recurso, dando lugar a uma outra família^{111 e 112}. Essa expurgação não se faz, contudo, sem previamente contactar essa família, ao fim do segundo ano sem uma consulta, para alertar sobre a importância da frequência ao CS, sobretudo para as consultas de vigilância¹¹³.

¹⁰⁹ Segundo um relatório da Organização Mundial de Saúde, de Janeiro de 2004.

¹¹⁰ Embora o actual regime da carreira médica (DL n.º 177/2009, de 4 de Agosto) nada refira sobre esta matéria, na prática, nas listas de cada médico são admitidos cerca de 1.500 inscritos. Sempre que haja população sem MF e havendo anuência do médico, é aumentada a lista de inscritos de 1.500 para 2.000 utentes, sendo dilatado o horário semanal a dedicar às consultas de 24 para 30 horas. Os limites ao número de utentes na lista de cada médico derivam da adopção dos procedimentos seguidos a nível nacional, nomeadamente dos constantes do n.º 2 do art.º 12.º do DL n.º 60/2003, de 1 de Abril, segundo o qual “a população inscrita em cada médico deve ser de cerca de 1.500 utentes”.

¹¹¹ O procedimento de expurgação das listas dos MF consta da Circular Normativa do SRS, E.P.E de 11/09/2007.

¹¹² Actualmente, pelo facto das listas dos MF estarem preenchidas, só os hipertensos, diabéticos, crianças e grávidas têm prioridade de inscrição nessas listas.

¹¹³ A gestão das listas dos MF é efectuada anualmente pelas equipas de saúde familiar, constituídas por um médico, dois enfermeiros e um funcionário administrativo.



B) A consulta programada e a não programada

Para além da dicotomia consulta por médico de família ou consulta de recurso, as consultas realizadas nos CS podem ser programadas ou não.

O mais normal é que estas sejam programadas com antecedência, dado dirigirem-se preferencialmente a:

- Portadores de situações clínicas (crónicas ou agudas) já conhecidas, que necessitam de acompanhamento, sendo agendadas pelos profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros), tendo em conta a gravidade da situação clínica e de comum acordo com os doentes (ou seus familiares/cuidadores);
- Acompanhar grupos populacionais vulneráveis ou de risco, incluindo-se neste grupo as consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, vigilância e controlo de doenças crónicas, como a diabetes e a hipertensão.

Nestes casos, o agendamento deve ter em conta os cronogramas específicos preconizados pelas normas e orientações da Direcção-Geral de Saúde (indicadas para cada um dos programas nacionais de saúde) atinentes à situação clínica concreta do utente a quem se destina a consulta¹¹⁴;

- À execução de programas de vigilância ou outras situações a solicitação dos utentes.

Quer neste último caso quer nas consultas destinadas a grupos populacionais de risco e vulneráveis, embora tratando-se de consultas programadas, o atendimento pode ser feito numa consulta de recurso, quando o utente não esteja inscrito em nenhum médico de família¹¹⁵.

A maioria destas consultas são presenciais, mas também podem realizar-se consultas sem a presença física do doente (indirectas). Estas consultas não têm limite numérico, sendo destinadas à renovação de medicação crónica e emissão de documentos que não necessitam da presença do utente.

Um doente (inscrito e residente na área de intervenção do CS) acamado ou inválido pode também solicitar a realização de uma consulta no seu domicílio, lar ou instituição afim¹¹⁶, devendo a justificação deste pedido ser inicialmente sujeita a avaliação pelo profissional de saúde, numa consulta de enfermagem ao domicílio.

Os cuidados primários envolvem um vasto conjunto de saberes específicos em Medicina, denominados de valências. É o médico a determinar, de entre o número de horas disponíveis

¹¹⁴ Os cronogramas encontram-se parametrizados na aplicação informática utilizada pelos CS.

¹¹⁵ De acordo com a informação prestada pelo CS do Bom Jesus, nestas consultas não é feito o *check-up* geral que pode envolver, consoante os casos, os controlos da tensão arterial, da diabetes, do cancro do colo, da mama ou da próstata, de hábitos alimentares e de diversos problemas possíveis (ossos, gástricos, pele, etc.). No entanto, em sede de contraditório, o CA do SESARAM referiu que “*independentemente da lista em que o utente esteja inscrito (MF ou recurso) procura-se sempre cumprir as orientações da DGS e os programas de rastreio*”, sendo o âmbito de trabalho médico igual e “*variando apenas a capacidade de disponibilidade e acessibilidade dos utentes às consultas, uma vez que nestes casos, não se consegue garantir sempre o mesmo médico a atender o utente*”.

Para facilitar uma posterior inscrição da família na lista do médico, procura-se que todos os elementos da mesma família sejam atendidos pelo mesmo clínico.

¹¹⁶ As consultas no domicílio são sempre programadas, sendo sugerido que o seu número seja de uma por hora. Quando este horário não for utilizado, deverá ser ocupado por consultas programadas (cfr. Circular Normativa do SESARAM, de 24/04/2009).

para as consultas (geralmente 24 horas por semana¹¹⁷), aquelas que são necessárias dedicar a cada valência, em função das características da sua lista de utentes (indicadores demográficos) e da procura (n.º de consultas realizadas) verificada nessas valências. A agenda do médico é assim desenhada (e trancada) anualmente, dando-se a sua transição no mês de Julho.

Dentro das consultas programadas, distinguem-se ainda as consultas de nutrição, psicologia e das equipas de saúde mental e de reabilitação, que só podem realizar-se após o doente ser referenciado pelo médico de família¹¹⁸.

Existem, contudo, casos em que o utente se dirige ao CS sem consulta marcada, a fim de serem atendidos numa consulta não programada. Nestes casos, chegados ao CS¹¹⁹, os utentes sem marcação prévia são encaminhados para uma consulta de enfermagem, no âmbito da qual se decide, mediante critérios clínicos (triagem clínica), sobre a necessidade de consulta médica e o grau de prioridade da mesma.

Caso seja detectada uma situação aguda de doença ou o utente se enquadre numa situação especial (mãe com criança pequena, pessoa muito idosa ou outra) é normal o atendimento ocorrer no próprio dia do pedido. Caso a capacidade das consultas não programadas (vagas do dia) já esteja preenchida, a admissão dos utentes à consulta só pode ser feita mediante autorização médica¹²⁰.

Um melhor nível de capacidade de resposta dos CS, e a conseqüente melhoria da acessibilidade dos utentes aos serviços, passou a ser possível a partir do momento em que se deu início à implementação da nova Agenda Electrónica (Abril de 2007), que permite, por um lado, aos profissionais de saúde dispor de indicadores essenciais à definição de horários e gestão dos atendimentos, e por outro, à própria gestão proceder ao acompanhamento e monitorização, promovendo intervenções correctivas em tempo útil.

Em 2009, no sentido de reforçar e melhorar a acessibilidade, foi introduzido no sistema a figura das Equipas de Saúde Familiar¹²¹. Constituídas por um médico, dois enfermeiros e um funcionário administrativo, participam na organização dos trabalhos dos CS estão orientadas para a prestação de cuidados de saúde, no âmbito dos programas de saúde, prevenção,

¹¹⁷ Os médicos com horário de 42 horas semanais devem afectar 24 horas à consulta, 12 horas ao serviço de urgência e 6 horas a trabalhos não assistenciais (para avaliação/ revisão de processos clínicos e programação/ gestão da lista). No caso dos horários de 35 horas, 24 são afectas à consulta, 6 horas ao serviço de urgência e 5 horas a trabalhos não assistenciais.

¹¹⁸ Nas consultas de psicologia, para os pedidos provenientes do Instituto de Medicina Legal, Tribunal de Família e Menores, Tribunal Judicial e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens a iniciativa pertence ao Director do Serviço de Psicologia. Também está prevista a realização de consultas sem marcação prévia (1 por dia) desde que referenciadas pelo médico de família e autorizadas pelo psicólogo.

Nas consultas de nutrição é dada prioridade aos grupos de risco destacados no Plano Regional de Saúde 2004-2010.

¹¹⁹ Nos CS em que existe grande afluência às consultas não programadas, foi definido o horário (primeira hora da manhã ou da tarde - até às 9:30 h e até às 15:00 h, respectivamente) para inscrição nas vagas do próprio dia. Quando o utente chega após o horário e as vagas já estão preenchidas, não poderá ser atendido no dia, salvo se o médico o autorizar.

¹²⁰ Aquando do registo, o técnico administrativo preenche o motivo da procura e, nos casos em que o utente não possa ser atendido, lança os contactos e agenda a consulta para outro dia, procurando cumprir os prazos máximos definidos.

¹²¹ Para além destas, existem ainda as equipas:

- concelhias de saúde mental (compostas por médico de medicina geral e familiar, enfermeiro de saúde mental, psicólogo, assistente social e funcionário administrativo) que prestam assistência nas áreas de saúde mental e alcoologia;
- comunitárias de saúde, que prestam serviços na área da asma e da prevenção na rede de hipocoagulação;
- do serviço de planeamento familiar e saúde materna, para mulheres sem MF pertencentes à área do Funchal;
- de apoio às consultas de cessação tabágica (do CS do Bom Jesus) e direccionadas para os diabéticos (CS da Nazaré, Monte e Ribeira Brava).



promoção e tratamento da lista de utentes dos MF. Contudo, estas equipas encontram-se ainda numa fase inicial de implementação.

Prevê-se que os utentes possam solicitar a marcação de consultas via internet ainda durante 2010, directamente no portal institucional do SESARAM, bem como consultar o seu processo de consulta (para confirmação da hora e dos adiamentos ou antecipações da consulta).

Por enquanto, a marcação de consultas pelo utente só pode realizar-se presencialmente ou por telefone, sendo sempre, em qualquer um dos casos acima referidos, registada na Agenda Electrónica.

VII – Produção: Consultas médicas e sessões de enfermagem

Distribuição das consultas médicas e sessões de enfermagem por concelho

Concelho	Consultas médicas				Sessões de enfermagem			
	2007	2008	2009	Δ % 07-09	2007	2008	2009	Δ % 07-09
Calheta	14.939	15.188	16.307	9,16	32.604	28.392	35.743	9,63
Câmara de Lobos	55.630	47.477	47.072	-15,38	69.378	78.832	91.650	32,10
Funchal	131.114	123.404	131.040	-0,06	178.072	187.454	222.108	24,73
Machico	48.888	50.252	51.542	5,43	54.002	58.343	65.126	20,60
Ponta do Sol	11.656	10.938	11.799	1,23	19.364	19.855	24.540	26,73
Porto Moniz	10.014	8.645	8.941	-10,71	10.787	10.233	12.037	11,59
Porto Santo	12.605	12.110	14.501	15,04	10.354	12.602	15.503	49,73
Ribeira Brava	20.482	20.499	23.450	14,49	28.678	29.966	40.430	40,98
Santa Cruz	48.464	48.795	51.913	7,12	68.150	69.283	79.012	15,94
Santana	14.679	14.867	15.995	8,97	23.863	24.683	31.109	30,37
São Vicente	12.808	12.056	14.097	10,06	19.888	15.657	16.601	-16,53
Total	381.279	364.231	386.657	1,42	515.140	535.300	633.859	23,05

Concelho	Indicadores	Consultas Médicas			Sessões de Enfermagem		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
Calheta	Total	14.939	15.188	16.307	32.604	28.392	35.743
	Indirectas	1.748	3.321	3.703	-	-	-
	Fisiatria	523	469	537	-	-	-
	Planeamento Familiar	808	899	904	557	652	583
	Saúde Materna	183	163	196	408	313	660
	Saúde Infantil	1.066	835	723	2.403	2.137	2.521
	Saúde Juvenil	970	780	842	1.242	957	1.775
	Saúde do Adulto	5.174	4.328	4.811	6.930	6.598	8.704
	Saúde do Idoso	4.392	4.130	4.343	8.684	8.401	10.673
	Consultas Domiciliárias	46	44	52	2.855	1.381	2.824
	Cessação Tabágica	-	1	-	-	1	3
	Alcoologia	-	211	168	-	6	-
	Revisão Puerpério	29	7	28	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	230	240	307
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	131	106	233
Visitas Domiciliárias	-	-	-	9.164	7.600	7.460	
Câmara de Lobos	Total	55.630	47.477	47.072	69.378	78.832	91.650
	Indirectas	4.579	5.156	6.097	-	-	-
	Planeamento Familiar	2.214	2.990	3.332	3.163	5.477	6.260
	Saúde Materna	1.430	1.266	1.096	1.676	3.242	4.429
	Saúde Infantil	6.969	5.527	5.135	9.639	10.975	11.524
	Saúde Juvenil	5.940	3.829	4.571	5.601	6.990	9.773
	Saúde do Adulto	24.952	19.147	17.680	20.622	22.269	26.746
	Saúde do Idoso	9.006	7.506	7.243	11.211	11.657	13.899
	Consultas Domiciliárias	519	477	556	3.040	3.923	4.263
	Cessação Tabágica	-	233	520	-	573	980
	Alcoologia	-	412	536	-	187	318
	Saúde Escolar	-	870	276	-	-	-



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Concelho	Indicadores	Consultas Médicas			Sessões de Enfermagem		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
	Revisão Puerpério	21	64	30	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	2.861	1.354	1.548
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	1.460	888	644
	Visitas Domiciliárias	-	-	-	10.105	11.297	11.266
	Total	48.888	50.252	51.542	54.002	58.343	65.126
Machico	Indirectas	14.016	15.270	16.641	-	-	-
	Fisiatria	911	871	886	-	-	-
	Planeamento Familiar	1.528	1.601	1.713	1.449	1.920	2.327
	Saúde Materna	438	626	563	410	777	1.407
	Saúde Infantil	3.203	2.812	2.742	5.287	5.459	5.747
	Saúde Juvenil	3.858	3.631	3.702	4.658	5.201	6.645
	Saúde do Adulto	17.419	17.622	17.667	17.867	19.344	22.562
	Saúde do Idoso	7.021	7.122	6.955	10.324	9.299	9.738
	Consultas Domiciliárias	331	330	309	2.108	4.314	4.093
	Cessação Tabágica	-	1	-	-	1	1
	Alcoologia	-	147	154	-	-	-
	Saúde Escolar	163	195	185	-	-	-
	Revisão Puerpério	-	24	25	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	496	714	1.055
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	322	418	935
Visitas Domiciliárias	-	-	-	11.081	10.896	10.616	
	Total	11.656	10.938	11.799	19.364	19.855	24.540
Ponta do Sol	Indirectas	1.982	1.778	811	-	-	-
	Planeamento Familiar	100	118	217	448	381	365
	Saúde Materna	112	98	202	133	260	557
	Saúde Infantil	822	531	626	2.062	1.747	2.334
	Saúde Juvenil	1.054	795	951	1.151	1.349	1.936
	Saúde do Adulto	4.088	4.055	4.849	4.121	3.948	5.377
	Saúde do Idoso	3.424	3.366	4.059	4.233	4.651	5.642
	Consultas Domiciliárias	10	22	40	1.876	1.794	2.184
	Alcoologia	-	52	29	-	5	1
	Saúde Escolar	-	121	-	-	-	-
	Revisão Puerpério	64	2	15	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	-	240	1.069
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	-	64	528
	Visitas Domiciliárias	-	-	-	5.340	5.416	4.547
	Total	10.014	8.645	8.941	10.787	10.233	12.037
Porto Moniz	Indirectas	3.770	3.464	3.813	-	-	-
	Fisiatria	164	165	255	-	-	-
	Planeamento Familiar	104	93	94	236	335	416
	Saúde Materna	72	83	70	79	120	102
	Saúde Infantil	292	263	228	468	491	647
	Saúde Juvenil	461	393	356	332	359	620
	Saúde do Adulto	2.901	2.404	2.414	2.733	2.651	3.351
	Saúde do Idoso	2.108	1.666	1.607	2.864	2.859	3.008
	Consultas Domiciliárias	142	109	104	988	991	1.358
	Cessação Tabágica	-	-	-	-	-	1
	Alcoologia	-	-	-	-	2	1
	Saúde Escolar	-	5	-	-	-	-
	Visitas Domiciliárias	-	-	-	3.087	2.425	2.533
	Total	12.605	12.110	14.501	10.354	12.602	15.503

Concelho	Indicadores	Consultas Médicas			Sessões de Enfermagem		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
Porto Santo	Indirectas	1.525	1.639	2.864	-	-	-
	Fisiatria	352	373	364	-	-	-
	Planeamento Familiar	154	144	224	477	580	920
	Saúde Materna	320	306	248	389	485	403
	Saúde Infantil	647	583	693	981	1.207	1.414
	Saúde Juvenil	547	580	692	283	464	776
	Saúde do Adulto	4.675	4.406	4.983	2.769	4.084	6.078
	Saúde do Idoso	1.981	1.747	1.841	1.786	2.004	2.896
	Consultas Domiciliárias	3	3	9	442	390	377
	Cessação Tabágica	-	-	2	-	-	-
	Alcoologia	-	-	67	-	1	3
	Revisão Puerpério	24	1	-	-	-	-
	Especialidades	2.377	2.328	2.514	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	483	658	505
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	-	343	155
	Visitas Domiciliárias	-	-	-	2.744	2.386	1.976
		Total	20.482	20.499	23.450	28.678	29.966
Ribeira Brava	Indirectas	5.247	4.904	3.058	-	-	-
	Fisiatria	398	342	498	-	-	-
	Planeamento Familiar	840	999	1.116	698	503	869
	Saúde Materna	267	23	331	318	398	1.470
	Saúde Infantil	1.347	1.163	1.337	2.645	2.873	3.777
	Saúde Juvenil	1.456	1.425	1.823	1.311	1.417	2.827
	Saúde do Adulto	7.250	7.306	9.711	5.638	7.381	10.080
	Saúde do Idoso	3.637	3.931	5.491	4.107	5.412	7.354
	Consultas Domiciliárias	40	25	54	2.265	2.453	4.049
	Cessação Tabágica	-	25	-	-	4	1
	Alcoologia	-	74	3	-	-	1
	Saúde Escolar	-	4	15	-	-	-
	Revisão Puerpério	-	278	13	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	1.875	909	956
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	1.237	418	340
Visitas Domiciliárias	-	-	-	8.584	8.198	8.706	
	Total	48.464	48.795	51.913	68.150	69.283	79.012
Santa Cruz	Indirectas	9.017	10.723	11.447	-	-	-
	Fisiatria	875	1.207	1.072	-	-	-
	Planeamento Familiar	692	805	1.115	2.469	1.483	1.369
	Saúde Materna	430	606	497	753	1.027	1.780
	Saúde Infantil	4.832	4.541	4.847	11.395	11.750	13.271
	Saúde Juvenil	4.522	3.841	4.629	5.653	5.795	8.369
	Saúde do Adulto	19.235	18.252	19.676	22.051	21.742	25.056
	Saúde do Idoso	8.566	8.282	8.267	11.959	11.972	12.602
	Consultas Domiciliárias	253	264	246	1.379	3.063	3.199
	Cessação Tabágica	-	1	6	-	-	1
	Alcoologia	42	54	68	38	-	1
	Saúde Escolar	-	192	-	-	-	-
	Revisão Puerpério	-	27	43	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	1.790	1.842	2.421
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	1.872	1.565	2.534
Visitas Domiciliárias	-	-	-	8.791	9.044	8.409	
	Total	14.679	14.867	15.995	23.863	24.683	31.109



Tribunal de Contas
Seção Regional da Madeira

Concelho	Indicadores	Consultas Médicas			Sessões de Enfermagem		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
Santana	Indirectas	4.743	4.977	4.898	-	-	-
	Fisiatria	384	315	303	-	-	-
	Planeamento Familiar	209	464	354	473	348	260
	Saúde Materna	45	109	102	57	282	1.294
	Saúde Infantil	555	424	441	1.176	1.144	1.466
	Saúde Juvenil	711	583	772	732	861	1.343
	Saúde do Adulto	4.288	4.139	4.899	6.009	6.325	8.546
	Saúde do Idoso	3.732	3.807	4.149	8.002	7.418	8.987
	Consultas Domiciliárias	11	37	66	1.784	3.157	3.680
	Cessação Tabágica	-	-	-	-	-	3
	Alcoologia	-	7	5	-	134	151
	Revisão Puerpério	1	5	6	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	27	69	260
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	32	36	174
	Visitas Domiciliárias	-	-	-	5.571	4.909	4.945
	Total	12.808	12.056	14.097	19.888	15.657	16.601
São Vicente	Indirectas	4.621	4.544	5.748	-	-	-
	Fisiatria	276	343	430	-	-	-
	Planeamento Familiar	267	238	284	320	390	369
	Saúde Materna	160	94	63	197	136	141
	Saúde Infantil	321	315	329	1.054	912	1.010
	Saúde Juvenil	501	386	481	615	462	1.174
	Saúde do Adulto	4.027	3.562	3.907	4.890	3.371	3.879
	Saúde do Idoso	2.616	2.482	2.736	4.538	3.639	4.261
	Consultas Domiciliárias	4	2	2	1.505	1.339	1.542
	Cessação Tabágica	-	-	-	-	1	1
	Alcoologia	-	-	-	-	1	6
	Saúde Escolar	-	71	108	-	-	-
	Revisão Puerpério	15	19	9	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	-	33	91
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	-	48	32
Visitas Domiciliárias	-	-	-	6.769	5.325	4.095	
	Total	131.114	123.404	131.040	178.072	187.454	222.108
Funchal	Indirectas	6.308	9.468	12.190	-	-	-
	Planeamento Familiar	7.151	6.446	7.173	10.631	12.712	13.911
	Saúde Materna	1.844	1.840	1.961	2.396	3.559	5.599
	Saúde Infantil	8.291	7.563	7.647	16.035	18.539	21.489
	Saúde Juvenil	10.934	9.751	10.731	13.840	16.363	23.127
	Saúde do Adulto	61.781	53.911	56.566	48.294	46.883	59.446
	Saúde do Idoso	31.258	29.825	30.550	28.972	31.919	38.074
	Consultas Domiciliárias	1.231	1.189	1.089	9.313	9.438	11.247
	Cessação Tabágica	1.832	1.637	1.506	2.465	1.537	1.945
	Alcoologia	59	814	736	21	970	1.034
	Revisão Puerpério	155	226	199	-	-	-
	Saúde Escolar	232	629	658	-	-	-
	Especialidades	38	105	34	-	-	-
	Sessões de Preparação Pré-Parto	-	-	-	4.506	4.986	6.492
	Sessões de Recuperação Pós-Parto	-	-	-	2.734	2.840	3.432
Visitas Domiciliárias	-	-	-	38.865	37.708	36.312	

Fonte: Informação Estatística do SESARAM, remetida a 16/04/2010 e a 21/05/2010.

VIII – Nota de emolumentos e outros encargos(DL n.º 66/96, de 31 de Maio)¹

ACÇÃO:	Auditoria ao SESARAM, E.P.E., orientada para os Centros de Saúde
ENTIDADE FISCALIZADA:	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.
SUJEITO PASSIVO:	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO		VALOR
ENTIDADES COM RECEITAS PRÓPRIAS			
EMOLUMENTOS EM PROCESSOS DE CONTAS (art.º 9.º)	%	RECEITA PRÓPRIA/LUCROS	
VERIFICAÇÃO DE CONTAS DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL/CENTRAL:	1,0	-	0,00 €
VERIFICAÇÃO DE CONTAS DAS AUTARQUIAS LOCAIS:	0,2	-	0,00 €
EMOLUMENTOS EM OUTROS PROCESSOS (art.º 10.º) (CONTROLO SUCESSIVO E CONCOMITANTE)	CUSTO STANDARD (a)	UNIDADES DE TEMPO	
ACÇÃO FORA DA ÁREA DA RESIDÊNCIA OFICIAL:	€ 119,99	-	0,00 €
ACÇÃO NA ÁREA DA RESIDÊNCIA OFICIAL:	€ 88,29	512	45.204,48 €
ENTIDADES SEM RECEITAS PRÓPRIAS			
EMOLUMENTOS EM PROCESSOS DE CONTAS OU EM OUTROS PROCESSOS (n.º 6 do art.º 9.º e n.º 2 do art.º 10.º):	5 x VR (b)		-
<p>a) Cfr. a Resolução n.º 4/98 – 2ª Secção do TC. Fixa o custo standard por unidade de tempo (UT). Cada UT equivale 3H30 de trabalho.</p> <p>b) Cfr. a Resolução n.º 3/2001 – 2ª Secção do TC. Clarifica a determinação do valor de referência (VR), prevista no n.º 3 do art.º 2.º, determinando que o mesmo corresponde ao índice 100 da escala indiciária das carreiras de regime geral da função pública em vigor à data da deliberação do TC geradora da obrigação emolumentar. O referido índice encontra-se actualmente fixado em € 343,28 pelo n.º 2.º da Portaria n.º 1553-C/2008, de 31 de Dezembro.</p>	EMOLUMENTOS CALCULADOS:		45.204,48 €
	LIMITES	MÁXIMO (50xVR)	17.164,00 €
	(b)	MÍNIMO (5xVR)	1.716,40 €
	EMOLUMENTOS DEVIDOS:		17.164,00 €
	OUTROS ENCARGOS (N.º 3 DO ART.º 10.º)		-
	TOTAL EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS:		17.164,00 €

1) Diploma que aprovou o regime jurídico dos emolumentos do TC, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 11-A/96, de 29 de Junho, e na nova redacção introduzida pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto, e pelo art.º 95.º da Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.