

# Ciclo de Debates sobre o Presente e o Futuro dos Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal



## Breve Recoleção sobre o Amanhã

Janeiro 2022

# Sumário Executivo

Decorreu, a 21, 23 e 28 de setembro de 2021, o ciclo de debates sobre “O presente e o futuro dos Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) em Portugal”, promovido pela APCSD (Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio – que representa mais de 90% dos doentes em CRD em Portugal) em parceria com o OPET (Observatório de Prospetiva da Engenharia e da Tecnologia), visando refletir, com as demais entidades que fazem parte do ecossistema dos CRD e participantes deste ciclo de debates, as perspetivas de futuro dos CRD e melhoria da saúde para as pessoas que deles beneficiam. Deste ciclo de debates salientam-se as seguintes notas:

- O modelo inovador e de sucesso dos CRD, implementado em 2014, do qual se destaca: (i) a equidade geográfica, (ii) a devolução da escolha ao doente, (iii) a melhor concorrência na qualidade do serviço com preço fixo, (iv) a digitalização de todo o ciclo e a (v) aplicação das Normas de Orientação Clínica. Tal foi amplamente consensual e reconhecido pelos palestrantes no decorrer do ciclo de debates, pelos clínicos e, pelos doentes, pois mais de 85% dos doentes avaliam a qualidade dos serviços prestados com nota de 8 ou mais (numa escala de 0 a 10);
- Este mesmo modelo foi, também, acompanhado de um significativo projeto de digitalização de todo o ciclo contratual, através da implementação da PEM-CRD (Prescrição Eletrónica Médica – CRD), ferramenta de valor amplamente reconhecido por todos os intervenientes. Salientou-se, em vários momentos, a necessidade de evolução para um sistema bidirecional, com a possibilidade de comunicação direta dos prestadores com os médicos prescritores, nomeadamente com a integração da informação clínica relevante do doente em terapia por parte do prestador.
- As patologias respiratórias têm vindo a aumentar significativamente, tendo sido consideravelmente agravadas pelas implicações da pandemia. No entanto, o tempo de espera e resposta para primeira consulta e, principalmente, a limitação ao diagnóstico, têm sido severamente agravados. Importa refletir se os prestadores de CRD, com a sua extensa rede capilar nacional e experiência na área, poderão fazer parte da solução e assim contribuir para auxiliar no diagnóstico domiciliário dos doentes com apneia do sono.
- Abordada a questão de integrar novas terapias domiciliárias (como sejam a reabilitação respiratória domiciliária - RRD ou a terapia de alto fluxo), que em muito beneficiariam os doentes que delas pudessem usufruir, foi ressaltado que a RRD estaria melhor posicionada para uma integração imediata no próximo ciclo contratual dada a ampla evidência existente. Assim, de forma complementar, importaria clarificar os critérios de referenciação clínica dos doentes, bem como as especialidades médicas com competência para prescrever a RRD, como forma de otimizar a prescrição e resultados clínicos a obter;

• A nova era digital permitiu o acesso a uma multiplicidade de sistemas de monitorização (como exemplo a Tele-monitorização de doentes em ventiloterapia) e complementaridade de diagnóstico no domicílio (realização de oximetrias e capnografias). Foi de comum acordo que todos os interlocutores se referiram à necessidade destes sistemas de apoio ao doente no domicílio, no entanto, ressaltando a aplicabilidade apenas a doentes complexos e de forma clinicamente justificada. Importa, pois, estabelecer estes critérios de aplicabilidade e a sua devida valorização contratual;

• Foi, por fim, feita uma abordagem ao conceito de *Value Based Health Care* (VBHC), o qual pretende potenciar o “Valor” como ferramenta de boa gestão na prestação de cuidados de saúde. Os cuidados respiratórios domiciliários, pela sua experiência, capacidade de inovação e proximidade com o doente devem ser considerados um exemplo inovador para a aplicabilidade deste paradigma. O subgrupo de doentes com apneia do sono em tratamento com ventiloterapia apresenta todos os considerandos para experienciar este inovador conceito.

Como nota de encerramento, e atendendo ao interesse manifestado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Serras Lopes em reunião com a APCSD, e à representatividade dos participantes neste ciclo de debates, propõe-se que seja constituído um Grupo de Trabalho para os CRD (no qual sejam parte integrante representantes da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS, da Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, da Direção-Geral da Saúde – DGS, da APCSD e demais entidades que aportem valor ao sistema), para prosseguir com as iniciativas identificadas como prementes para melhor preparar o futuro dos CRD em Portugal. Pretende-se manter um percurso de melhoria contínua de qualidade, inovação e de sustentabilidade futura e, principalmente, alinhada com as necessidades clínicas e melhor evidência científica, com foco na qualidade de vida e benefícios em saúde dos doentes e de todo o sistema.

### **Edição**

Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

### **Título**

Ciclo de Debates sobre o Presente e o Futuro dos Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal - Breve Recoleção sobre o Amanhã

### **Autores**

Luís Valadares Tavares – OPET (coordenação)  
Maria João Vitorino, Jorge Correia, Ana Cristina Lima, Paulo Caseiro  
e Cátia Caneiras – APCSD

### **Data**

Janeiro de 2022

ISBN 978-989-33-2966-5



# Índice

Sumário Executivo	2
Índice	4
1. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Um Modelo de Êxito	5
A. Cultura Interdisciplinar	
B. Abordagem Prospetiva	
2. O que são os Cuidados Respiratórios Domiciliários e como têm vindo a Evoluir?	7
3. Que Futuro e Desafios para as Doenças Respiratórias?	12
4. Quais os Desafios da Era Digital?	13
5. Como são os CRD Avaliados por Dirigentes, Médicos e Doentes?	16
6. Como Contratar os CRD e Avaliar tal Contratação?	18
7. Tendências e Oportunidades	21
7.1. A Apneia do Sono	21
7.2. As Potencialidades da Reabilitação Respiratória Domiciliária	22
7.3. Problemas e Propostas	22
7.3.1. A necessidade de alargar o espetro dos serviços e de melhorar a acessibilidade aos serviços de consulta e de diagnóstico	22
7.3.2. A necessidade de ter uma ferramenta digital que permita uma comunicação clínica bilateral	25
7.3.3. A personalização dos cuidados prestados: a necessidade de tele-monitorizar e estabelecer novos canais de comunicação com os doentes	26
7.3.4. A prossecução do paradigma de value-based health care (VBHC) e os CRD	26
8. Iniciativas Recomendadas	32
A. Melhoria do Acesso aos CRD	
B. Melhoria do Acompanhamento e da Monitorização dos Doentes	
C. Diversificação das Tipologias de Serviços e Potenciação da Reabilitação Respiratória	
D. Aplicação da Value Based Health Care (VBHC) à Contratação dos CRD iniciando-se pelos CRD Relativos aos Distúrbios do Sono	
E. Constituição de Grupo de Trabalho para Prossecução das Iniciativas Proposta	
Anexos	34

# #1 Cuidados Respiratórios Domiciliários: Um Modelo de Êxito

Nos passados dias 21, 23 e 28 de setembro de 2021 encontraram-se e entrevistaram nestes debates os principais protagonistas nacionais de tema cada vez mais central na Saúde dos tempos modernos: os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), percorrendo-se os temas incluídos no Programa (Anexo 1). Estes debates afastaram-se dos nossos padrões mais tradicionais por dois motivos a destacar:

## A. Cultura Interdisciplinar

Na verdade, é normal e compreensível que se reúnam os especialistas de cada domínio procurando refletir entre si o que mais os preocupam, mas não foi esta a opção em que se basearam estes debates.

Pelo contrário, participaram médicos - importando destacar aqui a presença e a intervenção do Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Miguel Guimarães, as quais muito nos honraram - , o Professor Carlos Robalo Cordeiro Presidente da *European Respiratory Society* (ERS) e Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, dirigentes públicos tais como o Presidente da SPMS, Dr. Luís Goes Pinheiro e a Professora Cristina Bárbara,

Coordenadora do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, da DGS, e bem assim importantes pneumologistas, dirigentes hospitalares, engenheiros, professores e representantes das empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários, para além da importante representante das pessoas com doença respiratória, Dra. Isabel Saraiva, Presidente da Associação RESPIRA.

Ora a participação de tão significativas personalidades radicou-se na convicção de que a melhor compreensão, o diagnóstico, a avaliação e o construir de melhores soluções exigem este esforço de interdisciplinaridade e de diálogo intersectorial.

## B. Abordagem Prospetiva

A Saúde é sempre palco de problemas e de escassez de meios pelo que também é normal e compreensível que se tenda a discutir principalmente como remediar o que não funciona, o que escasseia, o que não está a garantir os cuidados de Saúde que cada vez mais assumimos, seja como expectativas, seja como direitos ou como deveres. Todavia, também não foi esta a opção em que se basearam estes debates pois em vez de remediar **visou-se prospetivar os desafios futuros e a busca das inovações e soluções que melhor nos podem preparar para os desafios futuros.**

Na verdade, se há sector onde se viveu de forma intensa a necessidade de responder a novos desafios e exigências foi o da Saúde ainda a sofrer o rescaldo da pandemia centenária que tão gravemente nos assolou.

Claro que é bem mais difícil fazer a história do futuro, na palavra inspirada do Padre António Vieira, do que analisar o passado, mas também como escrevia Benjamin Franklin, *"By failing to prepare, you are preparing to fail"*, e foi esse o desafio lançado pelo então Primeiro Ministro,

A. Guterres, ao convidar o autor coordenador desta nota a dirigir o Projeto de Prospetiva ET2000 sobre os futuros prioritários a desenvolver para Portugal em 2000, o qual iria originar o livro publicado com o mesmo título e a instituição do Observatório da Prospetiva e da Engenharia (OPET), consórcio do Instituto Superior Técnico dedicado à Prospetiva Societal e Tecnológica.

Este ciclo foi proposto pela Associação Portuguesa dos Cuidados de Saúde Domiciliários (APCSD, [www.apcsd.pt](http://www.apcsd.pt)), a qual agrega as principais empresas prestadoras de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD): GASOXMED, LINDE, NIPPON GASES, VITALAIRE e VIVISOL. Estes prestadores de serviços servem mais de 90% dos doentes do SNS em CRD, ultrapassando já os 140 000 (Vitorino, Slide 1).

APCSD. Associação Portuguesa dos Cuidados de Saúde ao Domicílio

### Quem somos?

- A APCSD é a associação de prestadores de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRDs).
- Criada em 2011, para se constituir como interlocutor junto das diferentes entidades do SNS, para a Inovação e Sustentabilidade desta actividade domiciliária.
- Assiste > 90% dos doentes do SNS, em CRDs <> 140 mil
- Missão:
  - Fortalecer o acesso da população aos cuidados de saúde nas suas casas;
  - Promover a melhoria e excelência no sector, especialmente em matérias de qualidade, segurança, formação e controlo.
  - Representar as empresas e os profissionais do sector;
  - Defender os interesses e o desenvolvimento do sector dos cuidados de saúde ao domicílio;

GASOXMED VitalAire Linde NIPPON GASES VIVISOL

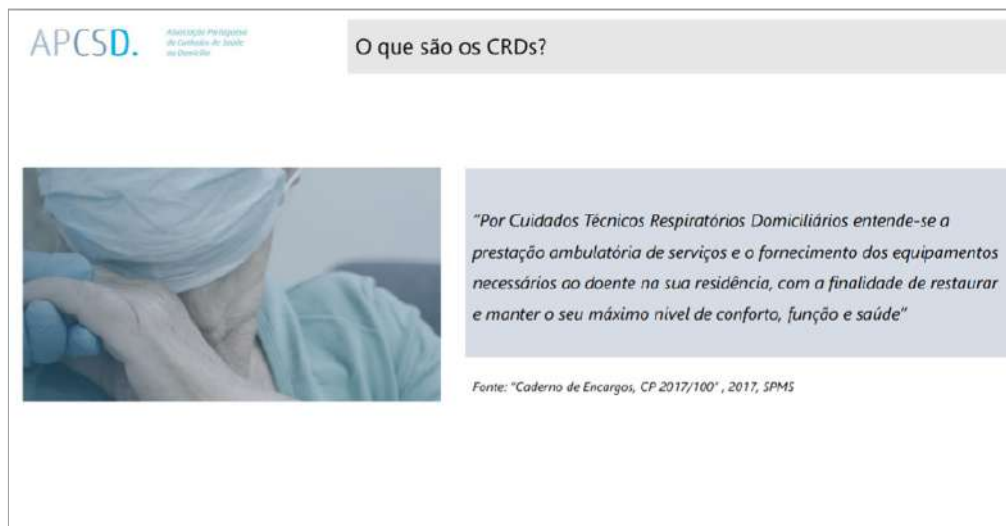
2

Slide 1

Compreensível será, pois, a satisfação do autor coordenador em ter sido convidado para coordenar este ciclo que incide sobre temática tão essencial para cada um de nós, para as nossas famílias, para os nossos amigos, para o nosso país: a Saúde Respiratória.

# #2 O que são os Cuidados Respiratórios Domiciliários e como têm vindo a Evoluir?

Ao longo destes debates os palestrantes lembraram-nos da sua definição (Vitorino, Slide 2)



APCSD. Associação Portuguesa de Cuidados em Domicílio

### O que são os CRDs?

*"Por Cuidados Técnicos Respiratórios Domiciliários entende-se a prestação ambulatória de serviços e o fornecimento dos equipamentos necessários ao doente na sua residência, com a finalidade de restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde"*

Fonte: "Caderno de Encargos, CP 2017/100", 2017, SPMS

Slide 2

*"Por Cuidados Técnicos Respiratórios Domiciliários entende-se a prestação ambulatória de serviços e o fornecimento dos equipamentos necessários ao doente na sua residência, com a finalidade de restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde"*

Fonte: "Caderno de Encargos, CP 2017/100", 2017, SPMS 4

e recordaram-nos da sua história iniciada nos distantes anos 80 pelo despacho ministerial de 1985 a que se seguiu o primeiro contrato público em 1998 e as tentativas fracassadas de contratação pela IGIF e pela ACSS em 2005 e 2008 (Vitorino, Slides 3, 4 e 5).

### Como iniciaram os CRDs, em Portugal?

Clinical Trial > Ann Intern Med. 1980 Sep 9;93(3):391-8. doi: 10.7326/0000-4819-93-3-391.

#### Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group

Por Despacho Ministerial de 1985, o SNS estabelece o primeiro contrato para "o fornecimento domiciliário" de Oxigenoterapia através de "fluido, redutor-debitómetro, humidificador, máscara e cânula nasal", "Ventiloterapia pressão positiva Tipo-Bennett", Aerosolterapia e Aspirador de Secreções.



Slide 3

### CRDs, durante os anos 90



#### Avanço científico na DPOC

- Abordagem ao diagnóstico;
- Redução de fatores de risco;
- Abordagem terapêutica na fase estável da doença;
- Guiadelines para a gestão das exacerbações.

#### Estudo OLD, 1991

- Cobertura assimétrica do acesso;
- Distritos com mais doentes tratados, mortalidade por patologia pulmonar crónica diminuiu quase de imediato;
- Tratamento domiciliário permite melhor integração familiar e social dos doentes crónicos e importante redução dos custos hospitalares.

#### Contrato Público, 1998

- Primeiro contrato público estruturado, ARSLVT;
- "Para fornecimento de oxigénio medicinal aos utentes do SNS da área de intervenção da ARSLVT"
- Requisitos técnicos;
- Modelo de prescrição médica.

Slide 4

### CRDs, década 2000



#### Programa Nacional, 2005

- Criado Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC

#### Estatuto Medicamento, 2006



Oxigénio é medicamento

#### Normativa nº 06/DSPCS, 2006

- Normativa DGS institui o enquadramento básico para a prescrição de CRD no SNS.

#### Contratualização 2005, 2008

- 2005 IGIF lança procedimento contratualização dos CRD a nível nacional. Sem sucesso.
- 2008 ACSS lança procedimento, contratualização dos CRD a nível nacional. Sem sucesso.

- Contratação dos prestadores remonta aos anos 80, com exceção da ARSLVT e ARS Algarve.
- Desigualdade de acesso da população aos Cuidados Respiratórios Domiciliários, a nível nacional.
- Ausência de especificações técnicas para os dispositivos médicos e serviços a prestar.
- Oferta muito limitada de prestadores.

6

Slide 5



Na verdade, os CRD são o exemplo paradigmático da necessidade de se estabelecerem estratégias de cooperação entre os 5 principais atores: Profissionais de Saúde, Doentes, Prestadores de Cuidados, Ecosistema Digital e Estado tal como se ilustra em (Tavares, Slide 6)



Slide 6

peço que só se conseguem resultados valiosos através da obtenção de soluções sustentáveis e harmónicas neste quadrado virtuoso.

Eis porque em 2010, o Relatório de Situação assinalava graves problemas agora citados por (Bárbara, Slide 7):

**CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS**

Cobertura Universal: Participação a 100% no SNS

**2010**

**RELATÓRIO DE SITUAÇÃO**

CUIDADOS DE SAÚDE RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS EM PORTUGAL

Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários 2010-2012

- **Desigualdade regional, na acessibilidade aos equipamentos.**
- **Não cumprimento de critérios de prescrição de CRD**
- **Má adesão à terapêutica**
- **Ausência de controlo de conformação entre a prescrição e a prestação**

Slide 7

os quais incluem assimetrias de acesso desrespeitando o princípio da equidade, o desrespeito pelos critérios de prescrição, a fraca adesão às terapêuticas e a carência de controlo relativamente à conformidade entre prescrição e serviço.

Felizmente, na última década, conseguiram-se importantes avanços em diversas frentes tais como consta do Plano de Ação apresentado por (Bárbara, Slide 8):

**PLANO DE AÇÃO**

**Cuidados Respiratórios Domiciliários**  
2012-2020

1. Iniciar procedimentos concursais para seleção e contratação de CRD no âmbito do Acordo Quadro. ✓
2. Estabelecer normas (NOCs) para prescrição de CRD, definindo claramente o âmbito e responsabilidade da prescrição. Prescrição inicial de âmbito hospitalar e Prescrição de renovação do âmbito dos cuidados de saúde primários. ✓
3. Implementar a prescrição eletrónica dos CRD ✓
4. Promover a prescrição de inaloterapia mediante recurso a câmaras expansoras em substituição à aerosolterapia por sistemas de nebulização. ✓
5. Implementar sistema de informação que integre todo o processo de CRD ✓
6. Implementar sistema de monitorização de consumos. ✓
7. Implementar ferramenta informática de conferência de faturas. ✓

Slide 8

onde se incluem as importantes Normas Clínicas elaboradas pela DGS (Bárbara, Slide 9),

**PASSADO**

**NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

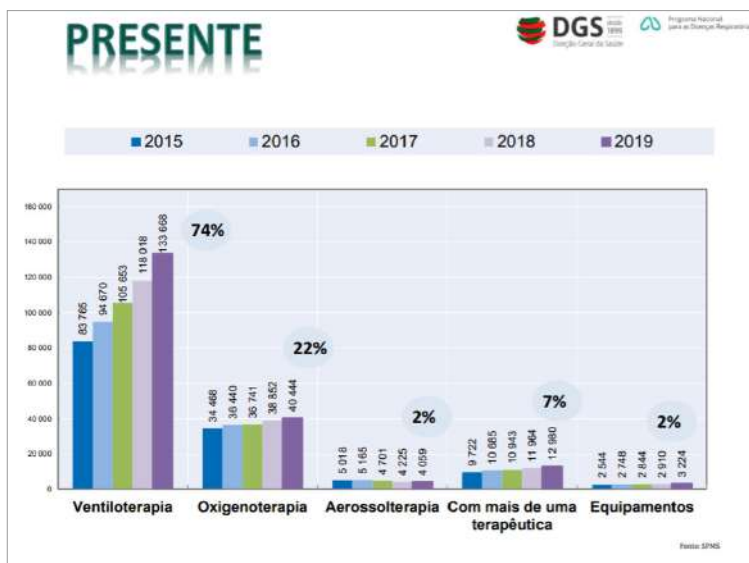
**NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

**NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

**NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

Slide 9

mas também a disponibilização da PEM (Prescrição Eletrónica Médica) pela SPMS e a inovação nos procedimentos de contratualização através do modelo CNAC o qual se estudará em seguida. Estes progressos têm permitido servir cada vez mais doentes em melhores condições tal como é patente na evolução apresentada por (Bárbara, Slide 10):



Slide 10

podendo-se também consultar os dados disponibilizados em <https://www.sns.gov.pt/institucional/programasdesaudeprioritarios/programanacional-para-as-doencas-respiratorias/> (só até 2017). Para além desta evolução quantitativa, é importante referir que existe o reconhecimento generalizado das vantagens alcançadas através do modelo de contratação CNAC tal como foi sublinhado por (Escoval, Slide 11):

**Projeto de investigação** Escola Nacional de Saúde Pública APCSD.

### Modelo de organização CRD

**Pontos fortes**

- ▶ Reconhecimento generalizado por parte dos entrevistados de inúmeras vantagens do modelo adotado em 2014 (escolha do prestador pela pessoa, equidade geográfica, livre concorrência, aumento dos tratamentos disponíveis e com acessibilidade em todo o país), comparativamente ao que existia anteriormente;
- ▶ Uniformização dos preços a nível nacional, desmaterialização da prescrição e faturação, bem como implementação da conferência centralizada de faturas;
- ▶ Implementação das NOC - elaboração e implementação das NOC<sup>1</sup> com a padronização de tratamentos para estas patologias e sua incorporação na PEM<sup>2</sup>;
- ▶ Melhoria da articulação de cuidados hospitalares, CSP e CRD - bom entendimento e definição de papéis entre os vários interlocutores;
- ▶ Maior informação e transparência de todo o processo, no modelo atual.

1) Normas de Orientação Clínica; 2) Prescrição Eletrónica Médica

5

Slide 11

e no qual se deve destacar: (i) a equidade geográfica, (ii) a devolução da escolha ao doente, (iii) a melhor concorrência na qualidade do serviço com preço fixo, (iv) a digitalização de todo o ciclo e a (v) aplicação das já referidas Normas de Orientação Clínica.

# #3 Que Futuro e Desafios para as Doenças Respiratórias?

As intervenções do Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos e do Prof. Carlos Robalo Cordeiro foram bem esclarecedoras sobre a evolução futura e seus desafios. Ambos explicaram os motivos das derivadas crescentes das doenças respiratórias as quais se radicam no envelhecimento da população, nos progressivos défices de prevenção muito relacionados com o tabagismo e a obesidade, no agravamento da qualidade do ar o qual se relaciona com o não cumprimento dos protocolos de Kyoto e Paris assumindo problemas diferenciados nos meios residenciais e industriais, e nos preocupantes índices de resistência aos antibióticos onde Portugal se situa em preocupante liderança face aos restantes países europeus.

Compreendem-se, assim, os crescentes índices de hospitalização associados às doenças respiratórias, designadamente no que respeita à pneumonia, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), cancro do pulmão, fibrose pulmonar, asma brônquica e não se podem deixar de referir as crescentes manifestações de patologias do sono que atingem percentagens preocupantes da população adulta.

O Prof. Robalo Cordeiro abordou também os impactos da pandemia citando o estudo da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares em que se conclui que as perdas em meios complementares de diagnóstico e nos próprios diagnósticos das doenças respiratórias se situam acima dos 30%, atingindo mesmo mais de 50% no caso da alergologia.

Eis porque se exigem novas estratégias e novas soluções tendo sido citado o importante documento aprovado pela ERS sobre os 10 princípios estratégicos a adotar no combate às doenças respiratórias (Horváth I. et al. Eur Respir J. 2018;52(5):1801373), mas também a necessidade de mais recorrer à interdisciplinaridade, à inovação e ao digital. Neste âmbito, o Senhor Bastonário referiu a necessidade de redefinir o próprio conceito de “profissional de saúde”, o qual deverá também incluir novos profissionais tais como engenheiros e tecnólogos bem essenciais aos combates que se avizinham e à própria qualidade do ato médico. Outro resultado importante que referiu como fruto da colaboração interdisciplinar consiste no recente indicador desenvolvido em colaboração com o IST para descrever e avaliar a extensão e a severidade da propagação da pandemia que sofremos, ou, aliás, de qualquer outra doença contagiosa.

No domínio da inovação referiu com satisfação que concursos recentes sobre inovação em Saúde tenham premiado projetos sobre Tele-Saúde na monitorização das doenças respiratórias e no apoio aos cuidadores informais e, por último, também abordou a necessidade de se apostar mais na potenciação dos meios digitais recordando o seu início na Telemedicina do Canadá entre médicos de diferentes especialidades a qual tantos benefícios pode gerar.

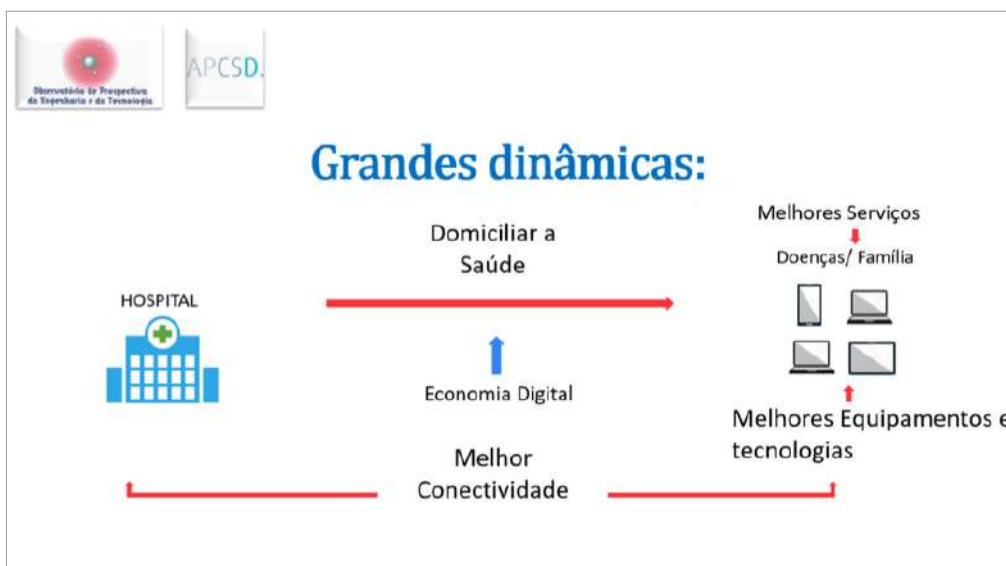
# #4 Quais os Desafios da Era Digital?

A década 2010-2020 foi a década da Economia Digital traduzida na quase universal disseminação dos “*smartphones*” e do acesso à internet, na generalização do vídeo-chamadas e vídeo-reuniões ou conferências e na melhoria das redes de digitais de dados e sua inter-operacionalidade, permitindo desenhar horizontes mais vastos e ambiciosos para os cuidados de saúde domiciliários com base no desenvolvimento de três tipos de tecnologias complementares e diversificados (Tavares, Slide 12):

**a) Tecnologias de mensuração de parâmetros vitais e de monitorização** do doente cobrindo múltiplas patologias desde os problemas cardíacos ou respiratórios ao Parkinson, aos diabetes ou mesmo à demência (as chamadas *wearable technologies*);

**c) Tecnologias de intervenção** que permitam a compensação das patologias, seja pela medicação ou pela aplicação de artefactos como bombas, pressurizadores, etc., os quais podem ser prestados com meios tecnológicos digitais cada vez mais portáteis e de fácil utilização:

**b) Tecnologias de comunicação e de arquivo e organização** dos dados permitindo que os profissionais de saúde intervenham junto de cada doente;



Ora importa aqui reconhecer o efeito de aceleração induzido pela pandemia forçando a adoção de meios de comunicação à distância com assinalável sucesso tal como se verificou com mais de 1 milhão de teleconsultas realizadas em 2020, sem queixas conhecidas e que muitas vidas permitiram salvar, tal como aliás já fora referido pelo Senhor Bastonário.

Todavia, esta evolução das potencialidades das tecnologias implica processos de saúde domiciliária mais complexos e diversificados pelo que também a sua contratação e financiamento devem procurar prosseguir paradigmas de qualidade e eficiência.

O testemunho da Dra. Isabel Saraiva em nome da RESPIRA (Saraiva, Slide 13)



Slide 13

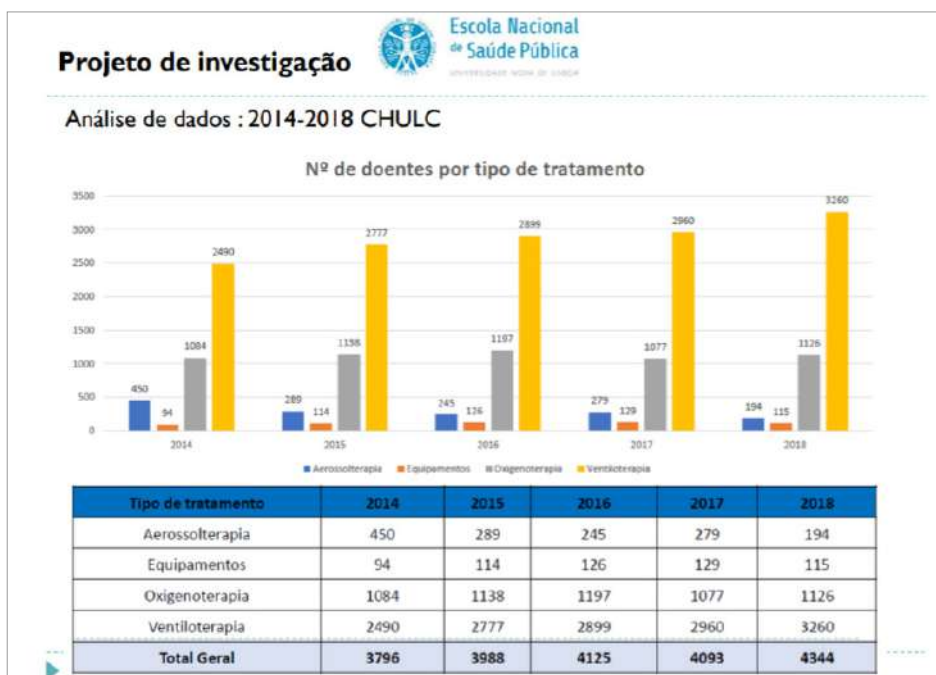
foi, aliás, particularmente expressivo e impressionante, quanto à necessidade de se desenvolver uma estratégia inclusiva sem excluir os atores sociais mais relevantes e bem assim quanto às vantagens de oferecer consultas e assistência por telemeios, referindo o caso do doente respiratório com início de dia especialmente difícil para quem a oferta de uma consulta por vídeo-chamada em vez de ter de se deslocar algures em manhã fria e chuvosa é bem de valor inigualável.

Em suma, é cada vez mais importante generalizar, diversificar e complementar a prestação de saúde domiciliária, potenciando as condições do novo domus - bem afastadas das que existiam quando se generalizou a adoção das estratégias baseadas na hospitalização - melhorando a qualidade de vida dos doentes, reduzindo o congestionamento hospitalário e tirando partido de redes logísticas centrífugas que muito ajudam a equilibrar o funcionamento dos centros urbanos pois reduzem significativamente os fluxos centrípetos.

Ora, são já importantes os sucessos alcançados em 3 vetores de digitalização a recordar:

- Catálogo eletrónico de CRD acessível pela internet a cada prescriptor/ doente e desenvolvido no âmbito do procedimento CNAC tratado mais adiante.
- Digitalização do ciclo de prescrição + serviço + faturação + controle + pagamento evitando o peso da burocracia do papel, acelerando e melhorando todas as atividades.
- Disponibilização da Prescrição Eletrónica Médica (PEM) a qual foi desenvolvida pela SPMS.

Note-se que a aplicação da PEM e o desenvolvimento da correspondente plataforma pela SPMS permitiu o desenvolvimento de interessante projeto da ENSP para o CHLUC analisando os dados disponíveis entre 2014 e 2018 e apresentados em (Santos, Slide 14):



Slide 14

Na verdade, é interessante aqui estudar a evolução ocorrida relativamente ao fluxo de doentes assistidos e na qual se deve salientar o apreciável crescimento da ventiloterapia, a qual está associada ao crescimento das patologias do sono. Também se estudou com maior pormenor a tipologia dos tratamentos (Santos, Slide15):

**Projeto de investigação** Escola Nacional de Saúde Pública

**Nº de doentes**

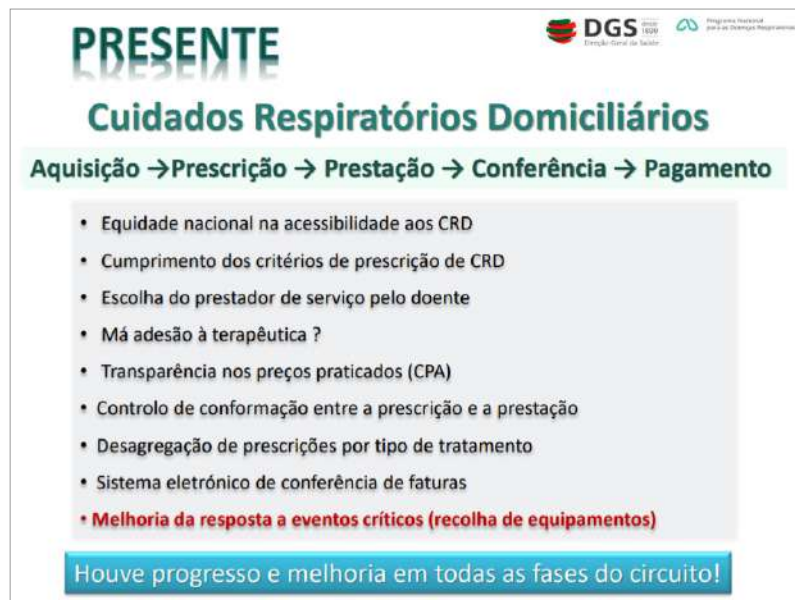
Ano*	2014	2015	2016	2017	2018	% variação 2018-2014
<b>Total doentes em tratamento</b>	<b>3 796</b>	<b>3 988</b>	<b>4 125</b>	<b>4 093</b>	<b>4 344</b>	<b>14,4%</b>
<b>Tratamentos</b>						
<b>Nº de tratamentos prestados</b>	<b>4 297</b>	<b>4 514</b>	<b>4 715</b>	<b>4 684</b>	<b>4 952</b>	<b>15,2%</b>
<b>Tipo e subtipo de tratamentos **</b>						
Aerosolterapia	450 10,5%	289 6,4%	245 5,2%	279 6,0%	194 3,9%	-56,9%
<b>Ventiloterapia</b>	<b>2 490 57,9%</b>	<b>2 777 61,5%</b>	<b>2 899 61,5%</b>	<b>2 960 63,2%</b>	<b>3 260 65,8%</b>	<b>30,9%</b>
Oxigenoterapia	1 263 29,4%	1 334 29,6%	1 445 30,6%	1 316 28,1%	1 383 27,9%	9,5%
Adjuvante de ventiloterapia	45 1,0%	77 1,7%	80 1,7%	88 1,9%	66 1,3%	46,7%
Deambulação	56 1,3%	183 4,1%	253 5,4%	260 5,6%	319 6,4%	469,6%
Oxig. de Curta Duração	184 4,3%	112 2,5%	148 3,1%	116 2,5%	110 2,2%	-40,2%
Oxig. de Longa Duração (OLD)	925 21,5%	929 20,6%	920 19,5%	802 17,1%	844 17,0%	-8,8%
Paliativa	53 1,2%	33 0,7%	44 0,9%	50 1,1%	44 0,9%	-17,0%
<b>Outros tratamentos</b>	<b>94 2,2%</b>	<b>114 2,5%</b>	<b>126 2,7%</b>	<b>129 2,8%</b>	<b>115 2,3%</b>	<b>22,3%</b>
<b>Número de doentes com 1 ou mais tratamentos</b>						
<b>1 tipo de tratamento</b>	<b>3 508 92,4%</b>	<b>3 682 92,3%</b>	<b>3 813 92,4%</b>	<b>3 771 92,1%</b>	<b>4 026 92,7%</b>	<b>14,8%</b>
<b>2 tipos de tratamentos</b>	<b>257 6,8%</b>	<b>283 7,1%</b>	<b>284 6,9%</b>	<b>293 7,2%</b>	<b>288 6,6%</b>	<b>12,1%</b>
<b>3 tipos de tratamentos</b>	<b>28 0,7%</b>	<b>22 0,6%</b>	<b>26 0,6%</b>	<b>28 0,7%</b>	<b>27 0,6%</b>	<b>-3,6%</b>
<b>4 tipos de tratamentos</b>	<b>3 0,1%</b>	<b>1 0,0%</b>	<b>2 0,0%</b>	<b>1 0,0%</b>	<b>3 0,1%</b>	<b>0,0%</b>

Slide 15

permitindo concluir que cerca de 8% dos doentes recebem tratamentos múltiplos.

# #5 Como são os CRD Avaliados por Dirigentes, Médicos e Doentes?

A concretização do plano da década já apresentado justifica, por certo, a avaliação favorável pela responsável pelo Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (Bárbara, Slide 17):



**PRESENTE**

**Cuidados Respiratórios Domiciliários**

Aquisição → Prescrição → Prestação → Conferência → Pagamento

- Equidade nacional na acessibilidade aos CRD
- Cumprimento dos critérios de prescrição de CRD
- Escolha do prestador de serviço pelo doente
- Má adesão à terapêutica ?
- Transparência nos preços praticados (CPA)
- Controlo de conformação entre a prescrição e a prestação
- Desagregação de prescrições por tipo de tratamento
- Sistema eletrónico de conferência de faturas
- **Melhoria da resposta a eventos críticos (recolha de equipamentos)**

**Houve progresso e melhoria em todas as fases do circuito!**

Slide 17

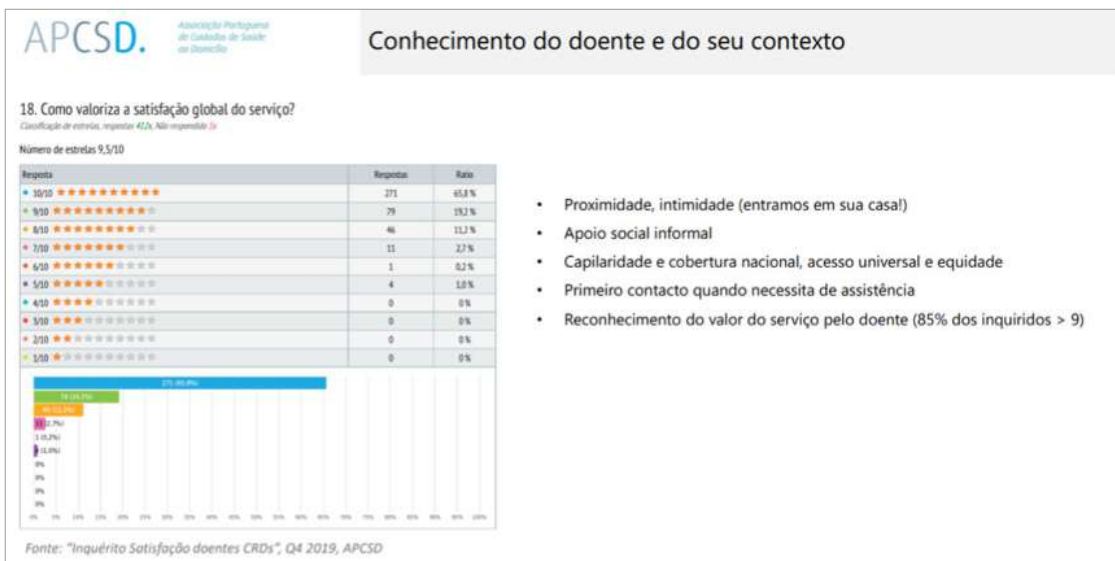
em que se assinalam as conquistas já alcançadas no domínio da equidade, do respeito pela prescrição, pela liberdade de escolha do prestador sem diferenciação de preços, pela transparência e divulgação dos preços praticados, pela PEM e controle eletrónico das faturas e pela melhor gestão de eventos críticos.

A avaliação por parte de médicos e doentes também é muito expressiva tal como se confirma pelos resultados apresentados por (Caneiras, Slides 18, 19 e 20):

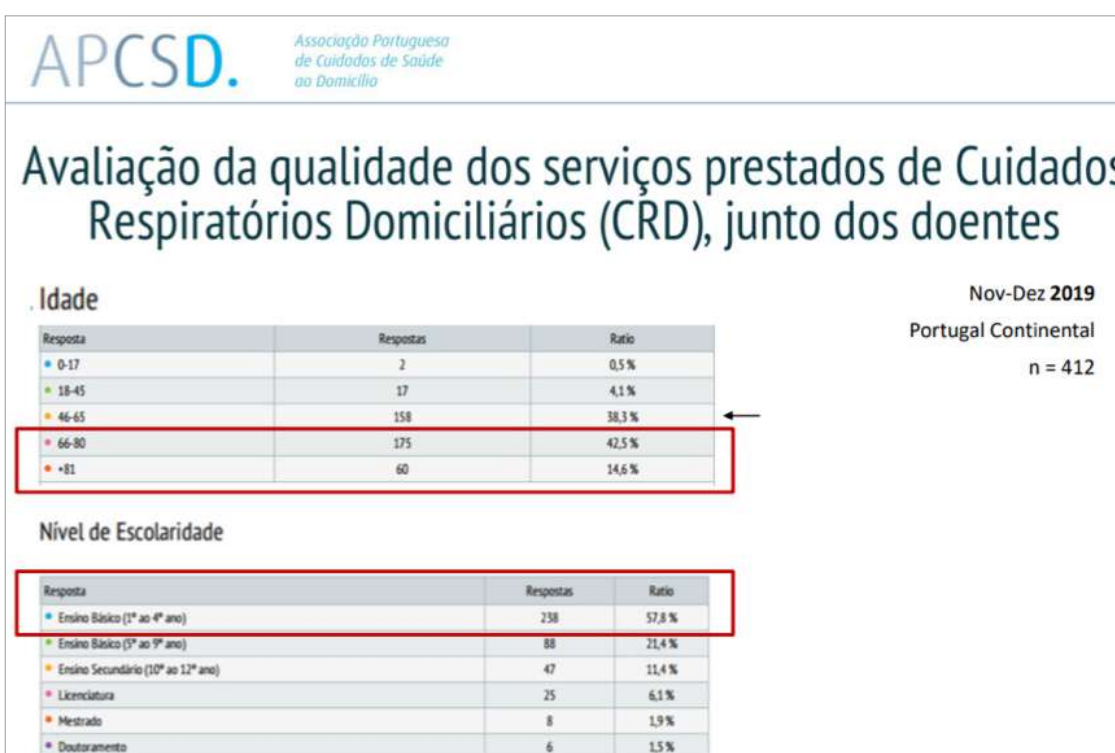


Slide 18





Slide 19



Slide 20

baseados em inquéritos dirigidos aos médicos e doentes beneficiários de CRD podendo concluir-se que:

a) mais de metade dos doentes têm mais de 65 anos e apenas 4 anos de escolaridade;

c) tal percentagem é de 64% para os médicos cuja avaliação média é de 7,6.

b) mais de 85% dos doentes avaliam a qualidade dos serviços prestados com nota de 8 ou mais em escala de 0 a 10;

# #6 Como Contratar os CRD e Avaliar tal Contratação?

Na verdade, atendendo a que os CRD são prestados por empresas, ganha importância primordial analisar o modelo adotado para a sua contratação começando-se por recordar que até 2012 se acumularam insucessos, quer em consequência da sua pulverização e descoordenação não atingindo os princípios da eficiência e da equidade, quer adotando procedimentos centralizados os quais entre 2005 e 2012 não conseguiram implementar um só contrato, tal como já foi referido.

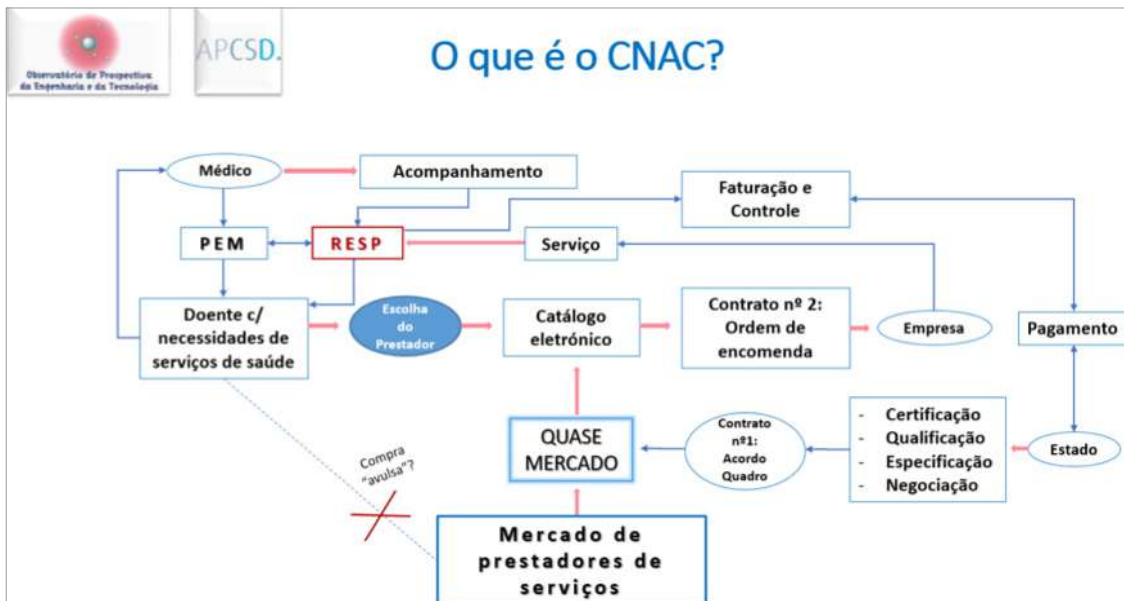
Em suma, houve que inovar o que foi possível concretizar em 2012 graças a proposta elaborada pelo autor coordenador desta nota e apoiada por esforço conjunto da APCSD, do OPET, da SPMS e da ACSS, contando ainda com o apoio do escritório de advogados BAS. Tal inovação veio a produzir o modelo CNAC (Certificação e Negociação Aberta para Catálogo), o qual se baseia no modelo de Quase-Mercado e que tira partido de inovações importantes constantes das Diretivas dos Mercados Públicos aprovadas em 2004 e em 2014 (Diretivas 2014/23/UE, 2014/24 /UE e 2014/25/ UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Fevereiro de 2014), as quais foram transpostas para o Direito nacional em 2008 e em 2017, respetivamente (Decretos-Lei 18/2008 e 111-B/2017).

Na verdade, o modelo de Quase-Mercado adapta-se especialmente bem a setores como o da Saúde, da Educação ou do Social em que as fases concorrenciais de contratação das empresas no que respeita à sua certificação, à sua qualificação e à própria negociação dos preços mais favoráveis devem estar a cargo do Estado central (neste caso, SPMS) mas em lugar de adjudicar o contrato a um só cocontratante prefere-se adjudicar tal contrato geral (Acordo-Quadro com plena especificação do objeto mas múltiplos cocontratantes) a todas as empresas que concorreram ao procedimento, satisfizeram as exigências estabelecidas e aceitaram os preços negociados.

Este contrato tem uma duração plurianual podendo abranger 4 anos e pode alongar-se até aos 7 anos no caso dos Setores Especiais por força da Diretiva 2014/25/UE. De facto, importa melhorar a longevidade contratual, permitindo uma maior estabilidade contratual tanto para a entidade estatal como para as empresas prestadoras de CRD.

Então, pôde constituir-se um Catálogo de Serviços oferecidos por tais empresas, com igual preço, e é o beneficiário final, neste caso, o doente/prescritor que irá selecionar a empresa a quem solicita o serviço e envia a ordem de encomenda, registada em PEM, criando-se, portanto, quadro concorrencial continuado na qualidade e na inovação dos serviços, entre tais empresas que assim se constituem em Quase-Mercado para os serviços em causa.

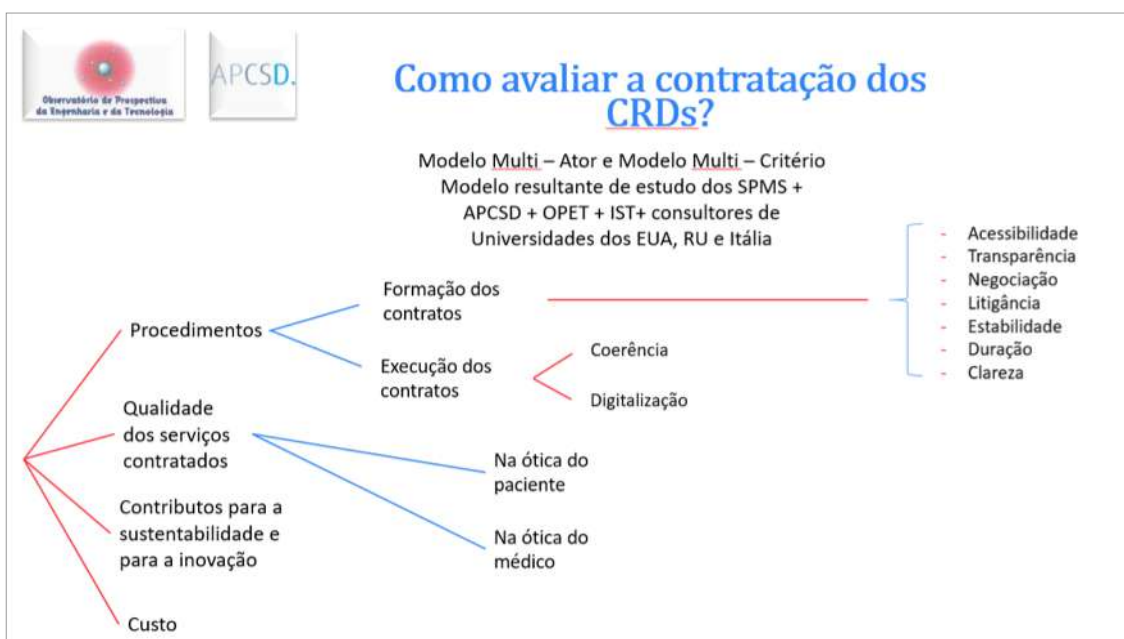
Em suma, a evolução conseguida traduz-se no esquema apresentado por (Tavares, Slide 21):



Slide 21

em que se evita a “compra” avulsa e descoordenada, e se consegue criar o Quase-Mercado pretendido. Neste esquema já se prevê o Registo Eletrónico dos Serviços Prestados (RESP) que complementa as funcionalidades da atual PEM e que poderá ser implementado na plataforma da SPMS que apoia a PEM. Esta solução permitiria a “bilateralidade” pretendida por clínicos e prestadores de CRD, dado que à data é inexistente uma metodologia que o permita.

Atendendo à importância da contratação das empresas, também foi possível desenvolver projeto de investigação OPET-APCSD-SPMS visando criar metodologia que permita a avaliação multicritério da formação e da execução dos contratos em causa, tendo-se obtido o modelo apresentado por (Tavares, slide 22):



Slide 22

e cuja aplicação à contratação de 2017 permitiu calcular os resultados muito positivos apresentados em (Tavares, slide 23):

		CRITÉRIO		SCORING				
V	(Q) INDICADOR DE QUALIDADE GLOBAL (2/3)	A Qualidade da contratação (1/4)	A formação do contrato (1/2)	IC(1) - 10	IC - 8	IPC - 6	IS - 6.95	V - 7.97
				IC(2) - 10				
				IC(3) - 10				
				IC(4) - 10				
				IC(5) - 10				
				IC(6) - 2				
				IC(7) - 4				
		A implementação do contrato (1/2)	IE(1) - 2	IE - 4				
			IE(2) - 6					
		A Qualidade do serviço prestado (1/2)	De acordo com os Doentes (2/3)	IQP - 9.5		IQ - 8.9		
De acordo com os Médicos (1/3)	IQC - 7.6							
(C) INDICADOR DE CUSTO(1/3)	As contribuições para a inovação e para a sustentabilidade (1/4)			IN - 4				
	O desempenho do custo			CB - 10				

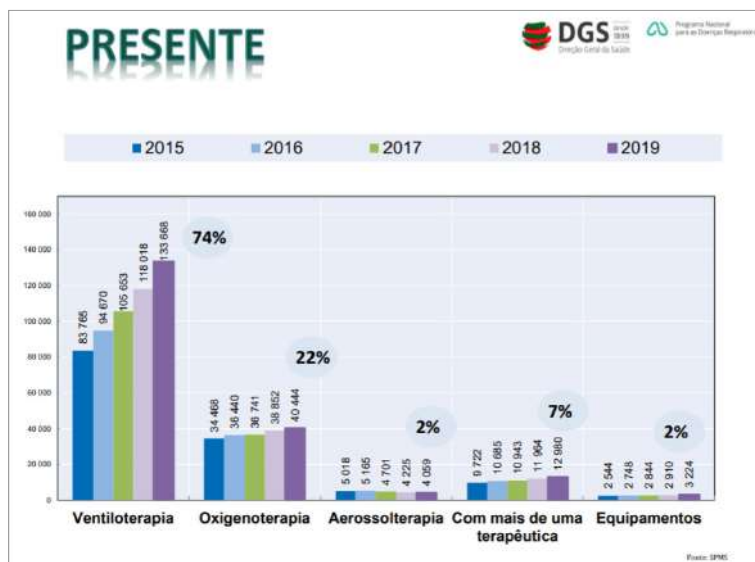
Slide 23

já que a avaliação global é de 7,97 numa escala de 0 a 10.

# #7 Tendências e Oportunidades

## 7.1. A Apneia do Sono

As patologias respiratórias têm vindo a aumentar, tal como já se observou (Bárbara, Slide 24):



Slide 24

sendo bem evidente o crescimento da apneia do sono a qual é responsável pelo acentuado crescimento da ventiloterapia, lembrando que o número prescrições emitidas com ventiloterapia passou de 78 000 para 133 000, entre 2014 e 2016 (o gráfico refere 2015 a 2019). Todavia, o número de doentes com tratamento de apneia estagnou entre 2014 e 2016, o que traduz o estrangulamento causado pela insuficiente capacidade de diagnóstico e encaminhamento tendo esta temática merecido especial atenção por parte da citada conferencista.

Eis porque recomendou o alargamento de tais capacidades de diagnóstico, começando-se sempre pela rede dos cuidados primários e estruturando os centros de diagnóstico segundo 3 níveis de complexidade, sendo desejável que haja um centro de nível 3 por cada 500 K habitantes e dispondo de pneumologista a tempo inteiro. Na sua intervenção referiu ainda a importância do acompanhamento e da Tele-monitorização, aplicável segundo critérios bem definidos (doentes complexos), apresentando resultados que confirmam os níveis de satisfação e de adesão da generalidade dos doentes.

Importa, pois, no âmbito da Tele-monitorização densificar o COMO, o para QUEM e a sua valorização na contratualização existente. Adicionalmente, também no diagnóstico, os prestadores de CRD poderão ter um papel relevante, não apenas pelo facto de terem nas suas equipas profissionais habilitados a dar este apoio, como também pela capilaridade das suas estruturas, significando uma *Reserva Estratégica* face às barreiras do estrangulamento de diagnóstico atualmente existente.

Adicionalmente, também para a complementaridade diagnóstica no domicílio com a realização de oximetrias e capnografias importa clarificar os critérios de prescrição de acordo com a aplicabilidade clínica, bem como estabelecer a sua devida valorização contratual.

## 7.2. As Potencialidades da Reabilitação Respiratória Domiciliária

A intervenção da Dra. Paula Simão incidiu sobre as potencialidades e as exigências da reabilitação respiratória (RR), nomeadamente aquelas introduzidas pelo Despacho nº92 de 12 de maio de 2016. Enfatizou as fortes evidências já publicadas sobre os múltiplos impactos positivos da RR, designadamente, sobre a melhoria da dispneia, aumentando a capacidade funcional no exercício, induzindo benefícios psicossociais e reduzindo o custo dos cuidados de saúde e da hospitalização. Porém, é por todos assumida a escassa capacidade do Serviço Nacional de Saúde para dar resposta aos doentes que dela beneficiam. Em 2014, por exemplo, apenas beneficiaram da RR cerca de 2500 doentes, representando menos de 1% da população que dela necessita. Adicionalmente, a evidência científica já existente, bem como a experiência dos prestadores de CRD na execução de programas seguros e eficazes de Reabilitação Respiratória Domiciliária (RRD) poderiam fazer com que a integração destas terapias no âmbito do concurso nacional de CRD pudesse ser efetuada de forma imediata, desde que clarificados os critérios técnicos e clínicos inerentes (que doentes referenciar; que especialidades médicas podem prescrever; por quanto tempo efetuar o programa; critérios de reintegração no programa). A conferencista sublinhou, o alto nível de exigência que deve ser garantido na prescrição de RR no âmbito dos CRD, defendendo que numa primeira fase a referência dos doentes para a RRD e, conseqüentemente, a prescrição médica, deve ser efetuada por pneumologista ou fisiatras com a necessária competência especializada.

No âmbito da terapia de alto fluxo, foi referido que, não obstante a evidência e maior experiência existente na sua utilização a nível hospitalar, estudos adicionais são requeridos no âmbito domiciliário.

## 7.3. Problemas e Propostas

### 7.3.1. A necessidade de alargar o espectro dos serviços e de melhorar a acessibilidade aos serviços de consulta e de diagnóstico

Tal como se evidencia em (Bárbara, Slide 25) e (Escoval, Slides 26 e 27):



Slide 25

## Projeto de investigação



### ▶ Modelo de organização CRD

#### Constrangimentos e desafios

- ▶ Perspetiva de crescimento da prevalência da doença respiratória poderá implicar um custo significativo para o sistema de saúde com os serviços de CRD;
- ▶ Sustentabilidade do Sistema de Saúde;
- ▶ Alterações nos acordos com os subsistemas e necessidade de melhorias nos pagamentos efetuados – diferenças de comparticipação do SNS e subsistemas;
- ▶ Tempo de espera para a primeira consulta referenciada da especialidade ou para a realização de meios complementares de diagnóstico (MCDT);
- ▶ Melhorar a interação entre os diferentes níveis de cuidados; hospitalares, primários e domiciliários, em especial na partilha de informação clínica (relatórios de adesão à terapêutica) e renovação de prescrição;
- ▶ Exigência de prescrição, validação e revalidação num determinado período, o que acarreta grandes dificuldades de execução;
- ▶ Inexistência de um sistema de auditoria que permita uma adequada avaliação clínica das prescrições.

Slide 26

## Projeto de investigação



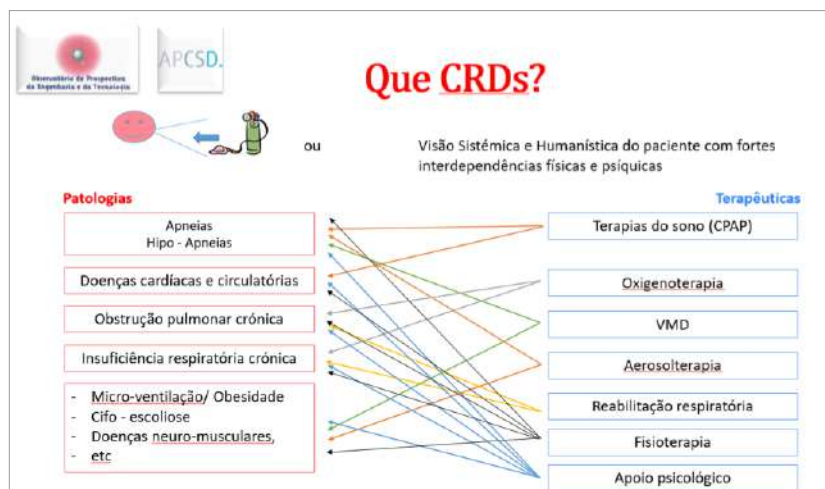
### Sugestões de melhoria

- ▶ Realização de auditorias externas de adequação clínica das prescrições e, aos cuidados prestados no domicílio;
- ▶ Alargamento do modelo, para as regiões autónomas e subsistemas de saúde;
- ▶ Implementação de programas estruturados de ensino e literacia em saúde para as pessoas com doença, sua família e cuidadores;
- ▶ Melhoria da articulação entre os profissionais dos CSP e Hospitalares, em especial no âmbito da renovação de prescrições;
- ▶ Revisão do percurso da pessoa, em especial em pessoas multitratamentos de CRD, dado que têm prescrições a terminar em datas distintas e com renovação em distintos locais (Hospital e CSP);
- ▶ Garantir a monitorização da adesão à terapêutica;
- ▶ Refletir sobre o papel da telemonitorização nos CRD;
- ▶ Identificação de um painel de indicadores que permita avaliar a qualidade do serviço prestado (indicadores clínicos, **outcomes**, indicadores contratuais, mas também indicadores que importem à pessoa, baseados na experiência da pessoa). *A tendência será a evolução para um sistema baseado em Valor (Value-based Healthcare, VBHC).*

Slide 27

o futuro exige ultrapassar graves limitações e introduzir múltiplas melhorias.

Na verdade, é necessário introduzir o alargamento do espectro dos serviços não só para “melhor adaptar as terapêuticas a cada doente”, mas também para potenciar a sua “complementaridade” e “melhorar os níveis de adesão” já que a relação entre patologia e terapêutica se deve estruturar por grafos complexos tal como se observa em (Tavares, Slide 28):



Esta diversidade deve ser considerada nos procedimentos de contratação construindo-se catálogos mais completos e diversificados, mas também exigirá melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados e bem assim a melhoria de acesso às primeiras consultas e aos meios de diagnóstico.

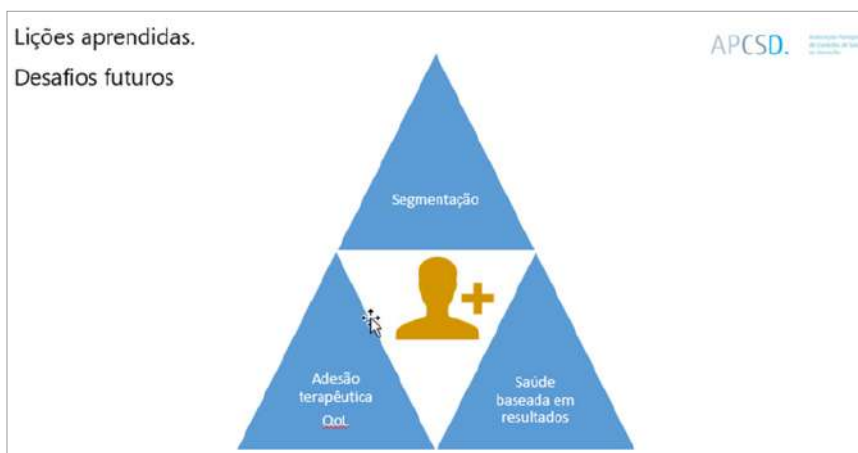
Na verdade, em média, a espera pelas primeiras consultas para todas as especialidades apresentava mediana acima dos 90 dias (3 meses) no ano de 2019 tal como consta do Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e das Entidades Convencionadas não se conhecendo dados mais atuais, mas é evidente que esta estatística se terá agravado significativamente em 2020 e 2021 devido ao processo pandémico.

Esta questão relaciona-se, como é evidente, com o número de pneumologistas disponíveis no SNS (em 2013: 482 segundo o interessante Relatório sobre a “Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Pneumologia” de 2015 elaborado pelo Grupo de Trabalho coordenado pela Profa. Cristina Bárbara), e com o número de consultas externas hospitalárias em pneumologia que foi próximo de 390 000 em 2019 segundo o Relatório Anual já citado, presumindo-se que também se terá agravado significativamente a sua disponibilidade e oferta para as patologias não COVID-19 no passado mais recente.

Ora, o autor coordenador recomenda que se estude a evolução previsível da população de pneumologistas tendo em conta a sua pirâmide etária, a fim de verificar se o número de vagas para o internato está ou não adequado às necessidades futuras pois, atualmente, segundo o Aviso 17702-D/2020 da ACSS de 30 de Outubro, tal número é de 1,7% do total enquanto que o número de consultas desta especialidade é de cerca de 4% do total e não se crê que a importância relativa do serviço de consulta externa seja superior em pneumologia face às restantes.



Adicionalmente, importa relembrar a importância de trabalhar nos 3 principais Desafios a futuro elencados pela APCSD: (1) Segmentação de doentes; (2) Adesão à terapêutica; (3) Saúde baseada em resultados.



Slide 29

### 7.3.2. A necessidade de ter uma ferramenta digital que permita uma comunicação clínica bilateral

Diversos conferencistas sublinharam a necessidade de ter uma ferramenta digital que permita uma comunicação clínica bilateral entre o médico prescritor hospitalar, médico de acompanhamento (medicina geral e familiar) e prestador de CRD.

Esta aplicabilidade é de extrema relevância dado que atualmente o médico prescritor não tem forma de disponibilizar informação clínica relevante para o prestador de CRD efetuar o melhor serviço de saúde (ex: doentes neuromusculares ou outros de elevada complexidade).

Adicionalmente, o prestador de CRD não apresenta uma ferramenta uniforme a nível nacional que permita disponibilizar informação clínica ao médico, como por exemplo os relatórios de monitorização da terapia ou limitações de segurança na prestação de serviço prescrito (ex: oxigénio líquido).

Foi sugerido por alguns conferencistas que o referido registo seja adicionado à PEM passando a ser usada e designada por PEM bidirecional, ou seja, a PEM evoluiria para ser o suporte completo da informação digital relativa à história de cada doente.



Slide 30

### 7.3.3. A personalização dos cuidados prestados: a necessidade de tele-monitorizar e estabelecer novos canais de comunicação com os doentes

Foi partilhado pelos palestrantes a necessidade de manter e reforçar o papel dos prestadores de CRD como sistema de apoio às pessoas com doença respiratória crónica, nomeadamente pelo acompanhamento que lhes é disponibilizado de forma contínua, e de forma colaborativa com o restante sistema de saúde.

As experiências realizadas no âmbito da Tele-monitorização dos doentes confirmam o seu elevado contributo para a melhoria da adesão, para o estado de saúde psíquico e físico do doente e para o médico melhor adaptar as terapêuticas prescritas até porque convém ter presente que alguns destes doentes poderão não ter outros apoios médicos disponíveis, designadamente, o próprio médico de família. Como é evidente, no extremo oposto a evitar tem-se o caso -infelizmente não raro - de o doente não conseguir facilmente ter consulta de continuidade em tempo útil.

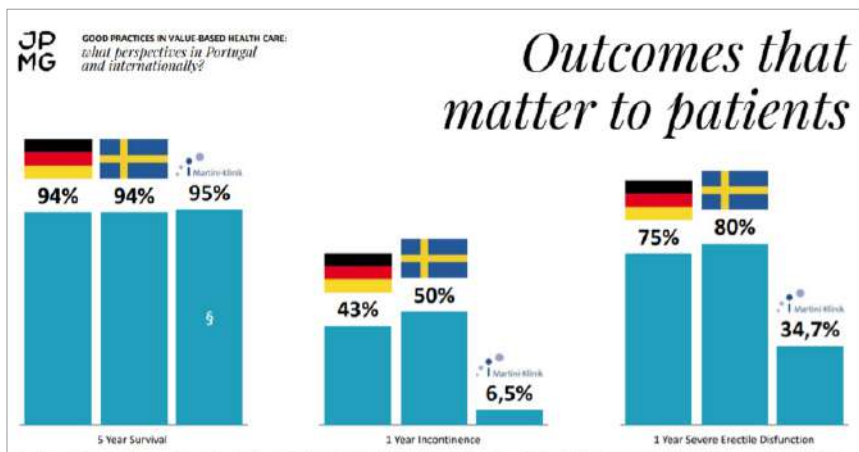
A verdadeira transformação do sistema é a “Personalização dos Cuidados prestados”, a qual implica reforço da introdução de múltiplos canais de comunicação com os doentes no âmbito dos CRD (ex: presencial, telefónico, Tele-chamada, centros de atenção ao doente, Tele-monitorização, entre outros). A Tele-monitorização é mais uma ferramenta que deverá ser aplicada de acordo com critérios devidamente clarificados, nomeadamente em doentes complexos que dela beneficiem, como mencionado por C. Bárbara (slide 25). A personalização dos CRD deverá ser o “motor” transformador e otimizador dos cuidados e será abordada no capítulo seguinte ótimo.

### 7.3.4. A prossecução do paradigma de Value-Based Health Care (VBHC) e os CRD

Este ciclo incluiu 3 intervenções sobre o desafio da prossecução deste novo paradigma que tantos benefícios pode trazer para a prestação dos cuidados de saúde. João Marques-Gomes ilustrou a importância de priorizar este paradigma atendendo à alta variância dos resultados hospitalares obtidos (Marques-Gomes, Slides 31 e 32):

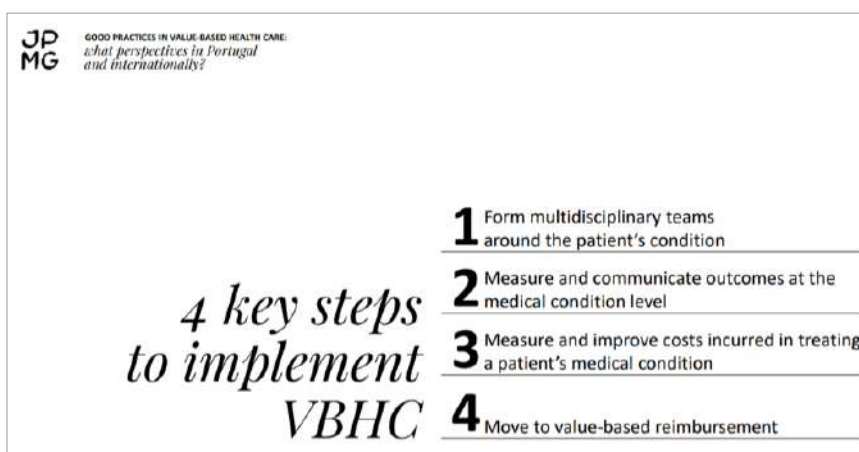


Slide 31



Slide 32

pelo que a avaliação em função dos resultados, o estabelecimento de metas e incentivos e a formulação de políticas remuneratórias e de afetação de recursos podem criar novos horizontes de esperança e equilíbrio permitindo avançar para o VBHC em 4 etapas (Marques-Gomes, Slide 33):



Slide 33

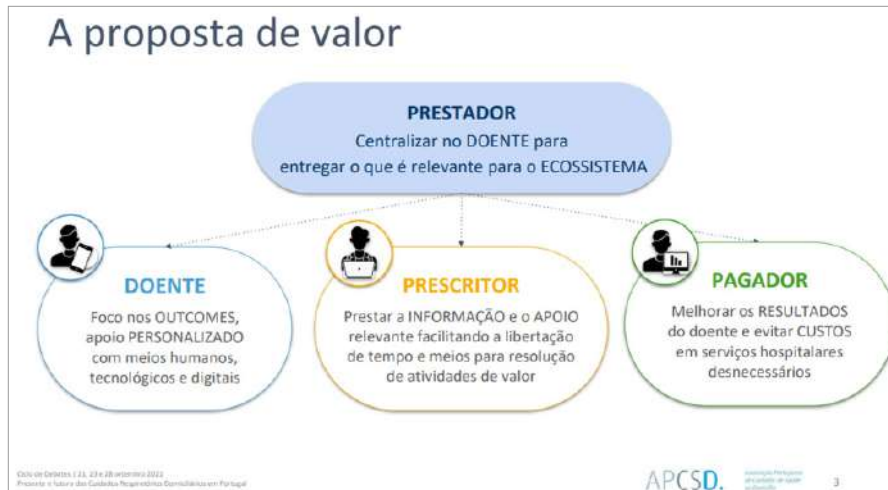
e segundo uma estratégia devidamente articulada (Marques-Gomes, Slide 34):



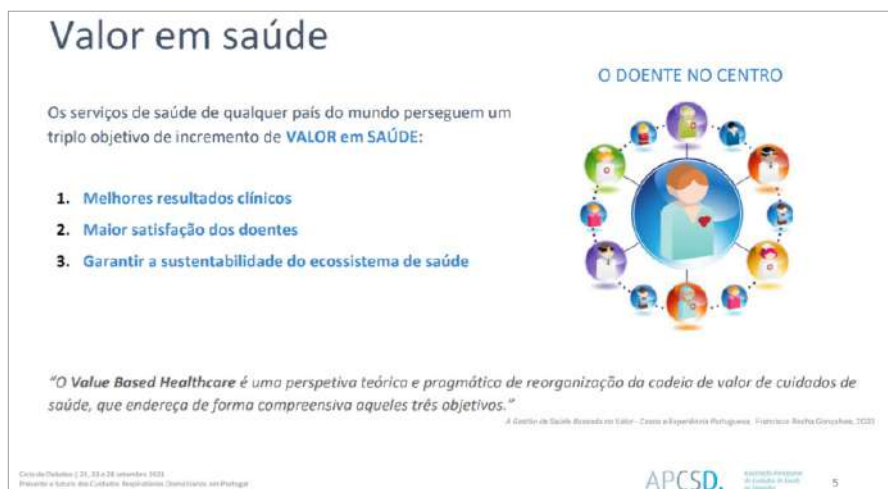
Slide 34

Aliás, as recentes notícias sobre disfunções e crises em hospitais do SNS confirmam, pela negativa, a importância de promover este processo de mudança.

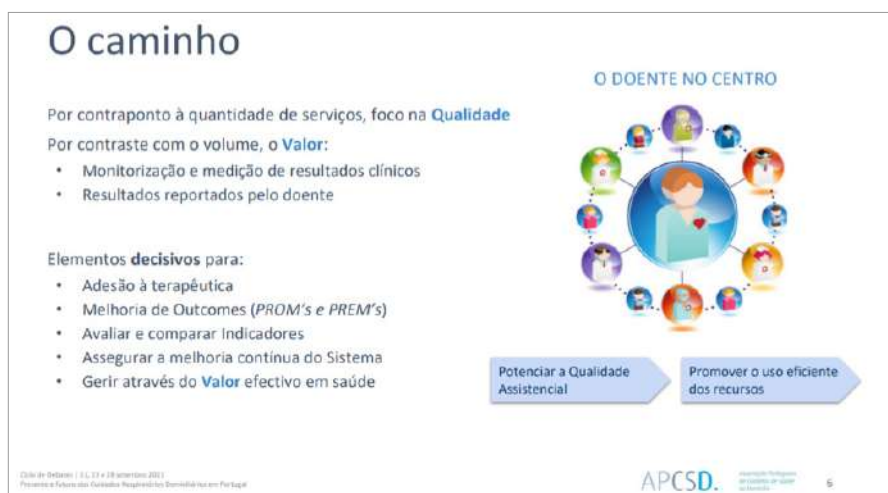
Jorge Correia apresentou a perspetiva dos prestadores de CRD incidindo sobre o desenvolvimento de propostas de valor, melhorando resultados e satisfação bem como a sustentabilidade deste ecossistema de Saúde (Correia, Slides 35, 36 e 37):



Slide 35



Slide 36



Slide 37

Como já mencionado previamente, a personalização de cuidados tem que incluir a estratificação dos doentes, a determinação do perfil do doente e a introdução de novos canais e a capacitação do doente (Slide 38 e 39):

## A personalização dos cuidados

The diagram shows three main components: 1. **ESTRATIFICAÇÃO de doentes**: A tree diagram with three levels labeled 'a', 'b', and 'c', representing patient stratification. 2. **Determinação do PERFIL do doente**: An icon of a clipboard with a patient's profile. 3. **PERSONALIZAÇÃO novos CANAIS, CAPACITAÇÃO**: An icon of a person with a stethoscope, surrounded by icons for a house, a phone, and a smartphone, representing communication channels and patient empowerment.

**ADESÃO | PROMS & PREMS | QUALIDADE DE VIDA**

17 de Maio de 2024, 10h30 a 11h30 | 2024  
Programa de Saúde em Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal

APCSD. Associação Portuguesa de Cuidados Respiratórios Domiciliários

Slide 38

## A personalização dos cuidados: Como ?

- **Estratificação** para personalizar o tratamento de cada doente
- **Telemonitorização** de acordo com as necessidades específicas
- **Relatórios** com a digitalização do fluxo de comunicação → eficiência
- Utilização dos **canais** que as empresas colocam à disposição do doente, para além da intervenção domiciliária: **Chamada telefónica, vídeo chamada, espaços das empresas**, outros

Critérios de **Adesão, Outomes e QoL**

17 de Maio de 2024, 10h30 a 11h30 | 2024  
Programa de Saúde em Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal

APCSD. Associação Portuguesa de Cuidados Respiratórios Domiciliários


Slide 39

Sendo que se propôs que se inicie este caminho pelas patologias do sono (slide 40) pelos seguintes motivos:

## Por onde começar ?

### SÍNDROME APNEIA SONO (SAS)

- > 50% dos CRD's
- Elevada Prevalência > 10% da população adulta
- Doentes de todas as faixas etárias
- Vida profissionalmente maioritariamente ativa
- Grande mobilidade e condutores
- Constrangimentos sistémicos no circuito doente
- Elevada especialização nesta área



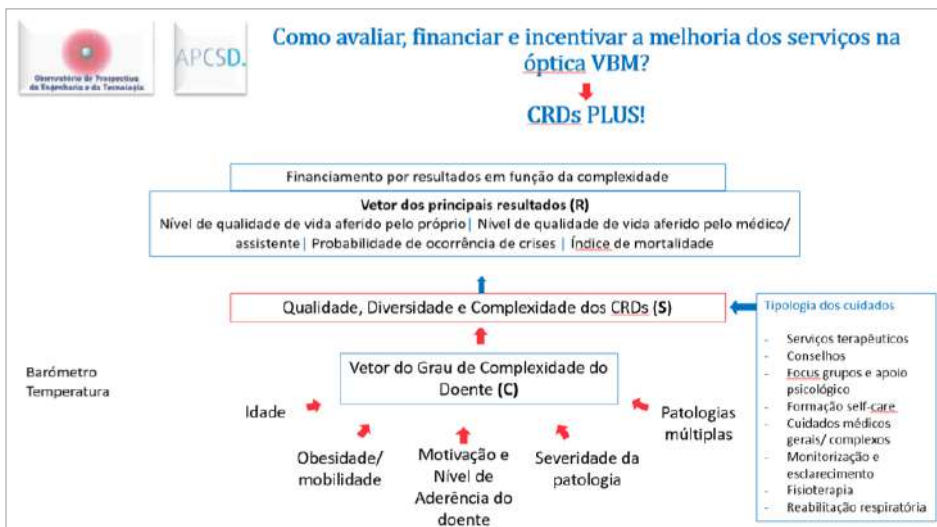
**Doentes não cumpridores do tratamento são altos consumidores de recursos, EVITÁVEIS**

Unidade de Referência em CPAP, 2014 a 2015 (dados de 2014)

**APCSD.**

Slide 40

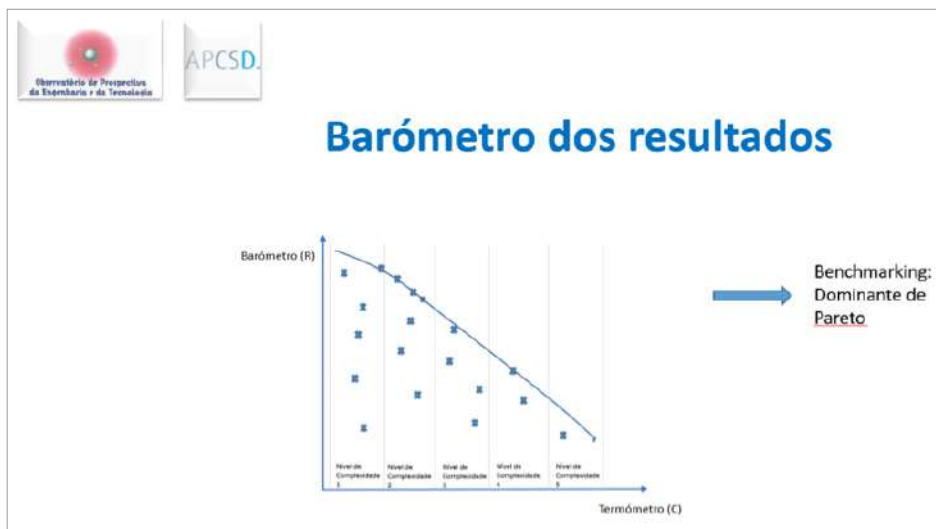
Luís Valadares Tavares referiu que a generalidade dos resultados conhecidos em VBHC respeitam ao contexto hospitalar e não ao quadro domiciliário, pelo que importa aumentar o conhecimento também neste ambiente. Também apresentou uma proposta metodológica para aplicação do VBHC aos CRD,



Slide 41

baseada num vetor (Termómetro), definido em função de 4 variáveis, o qual permitirá caracterizar o nível de complexidade do doente e outra proposta de vetor (Barómetro) o qual irá representar o nível de resultados atingidos (Tavares, Slide 41).

Consequentemente, será possível relacionar o nível atingido para cada doente com o nível ótimo para o seu nível de complexidade facilitando-se assim a aplicação do VBHC (Tavares, Slide 42):



Slide 42

# #8 Iniciativas Recomendadas



## A. Melhoria do Acesso aos CRD

Garantir a facilidade do acesso aos cuidados de saúde é, por certo, um dos paradigmas essenciais ao SNS pelo que também em relação aos CRD se deve prosseguir esta rota.

Devem, pois, ser desenvolvidas soluções que evitem as longas esperas pela primeira consulta e correspondente diagnóstico potenciando também os meios exteriores ao SNS sem perda de validade para efeitos de financiamento

público, e bem assim das necessárias consultas de continuidade.

Especial atenção deve ser dada aos distúrbios do sono já que as graves restrições relativas à capacidade do seu diagnóstico estão a limitar seriamente o necessário acesso ao seu tratamento.

## B. Melhoria do Acompanhamento e da Monitorização dos Doentes

O modelo de êxito dos cuidados de saúde domiciliária permitem quebrar com o isolamento do doente através das wearable technologies, dos instrumentos de compensação e terapêutica e dos meios de comunicação e monitorização a distância pelo que importa também relativamente aos CRD

melhorar o acompanhamento, definir a aplicabilidade da Tele-monitorização em doentes complexos para os doentes complexos e implementar a personalização de cuidados através de novos canais de comunicação (Tele-visita, centros de apoio ao doente).

## C. Diversificação das Tipologias de Serviços e Potenciação da Reabilitação Respiratória

A eficácia dos CRD é muito acrescida pela complementaridade de diversos tipos de serviço, pelo que as próximas contratações a iniciar pela SPMS deverão ter âmbito mais alargado de modo a que as prescrições futuras também possam considerar este espectro mais completo de serviços.

Ora, exemplo importante é o da reabilitação respiratória domiciliária cujo contributo para a saúde do doente está claramente demonstrado pelo que deve passar a estar incluída no Acordo-Quadro e bem assim alargar as capacidades de diagnóstico e da sua prescrição.





## D. Aplicação da Value Based Health Care (VBHC) à Contratação dos CRD iniciando-se pelos CRD Relativos aos Distúrbios do Sono

Os Cuidados de Saúde Domiciliários, pela sua preparação, capacidade de inovação e proximidade com a pessoa com doença e seus cuidadores, devem ser exemplo no próximo paradigma, inscritos no movimento cultural e de boa gestão da Saúde orientado por esta nova abordagem de Value Based Health Care (VBHC). Mais importante do que praticar e remunerar atos de saúde, será obter, incentivar e

compensar resultados expressos pela qualidade de vida da pessoa com doença. Ora, os CRD dedicados aos distúrbios do sono podem constituir-se em experiência piloto de VBHC tendo em conta a complexidade do doente (nível de patologia e nível de adesão) e exprimindo os resultados pela sua evolução clínica e de acordo com um painel de indicadores a determinar.

## E. Constituição de Grupo de Trabalho para Prossecução das Iniciativas Proposta

Atendendo ao interesse manifestado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Serras Lopes, e à representatividade dos participantes neste Ciclo, propõe-se que seja constituído um Grupo de Trabalho para os CRD, que integre representantes da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS, Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, Direção-Geral da Saúde – DGS, e a Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao

Domicílio - APCSD e demais entidades que aportem valor ao sistema, para prosseguir com as iniciativas identificadas como prementes para melhor preparar o futuro dos CRD em Portugal. Pretende-se manter um percurso de melhoria contínua de qualidade, inovação e de sustentabilidade futura e, principalmente, alinhada com as necessidades clínicas e melhor evidência científica, com foco na qualidade de vida e benefícios em saúde dos doentes e de todo o sistema.

# Anexos

## Ciclo de debates

### O Presente e Futuro dos Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal

**#1** Debate  
Set 21 | 17h

### Os Cuidados Respiratórios Domiciliários no presente. Que inovação e quais os resultados? Cinco questões em debate

#### ABERTURA DA SESSÃO

Dr. Miguel Guimarães – Bastonário da Ordem dos Médicos

#### Que prospetiva das doenças respiratórias para as próximas décadas?

Prof. Carlos Robalo Cordeiro – European Respiratory Society

#### Que modelo inovador temos em Portugal e quais os seus benefícios?

Profª Cristina Bárbara – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - DGS

#### Que potenciação do digital em favor dos serviços e da sustentabilidade?

Profª Ana Isabel Santos – Escola Nacional de Saúde Pública

#### Que melhorias foram introduzidas no acesso, na equidade e no tratamento das doenças crónicas?

Profª Ana Escoval – Escola Nacional de Saúde Pública

#### Que contributo dos CRD como reserva estratégica para os cuidados de saúde?

Engª Maria João Vitorino – Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

#### Organização

OPET - Observatório de Prospetiva da Engenharia e da Tecnologia,  
Instituto Superior Técnico | Universidade de Lisboa  
APCSD - Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

#### Contactos

opet@opet.pt  
secretariado@apcsd.pt



Ciclo de debates  
**O Presente e Futuro dos  
Cuidados Respiratórios  
Domiciliários em Portugal**

**#2** Debate  
Set 23 | 17h

## **Os Cuidados Respiratórios Domiciliários: que avaliação e como melhorar? Cinco questões em debate**

### **ABERTURA DA SESSÃO**

Prof. Doutor António Morais – Sociedade Portuguesa de Pneumologia \*

### **Que modelo multicritério de avaliação?**

Prof. Luís Valadares Tavares – Observatório de Prospetiva da Engenharia e da Tecnologia

### **Como avalia o doente e o médico a qualidade da prestação do serviço dos CRD?**

Profª Cátia Caneiras – Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

### **Qual a perspetiva do doente e como melhorar a prestação de cuidados respiratórios domiciliários?**

Drª Isabel Saraiva – Associação RESPIRA

### **Que melhorias e otimização de recursos nos CRD tendo em conta as necessidades nos Distúrbios Respiratórios do Sono?**

- Apoio ao diagnóstico no domicílio.
- Aplicabilidade da oximetria e da capnografia no acompanhamento do tratamento.

Profª Paula Pinto – Associação Portuguesa do Sono

### **Que melhorias a introduzir nos CRD tendo em conta as necessidades?**

- Reabilitação Respiratória e Terapia de Alto Fluxo, no domicílio.

Drª Paula Simão – Serviço de Pneumologia - ULS Matosinhos

\* A confirmar

Organização  
OPET - Observatório de Prospetiva da Engenharia e da Tecnologia,  
Instituto Superior Técnico | Universidade de Lisboa  
APCSD - Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

Contactos  
opet@opet.pt  
secretariado@apcsd.pt



Ciclo de debates

**O Presente e Futuro dos  
Cuidados Respiratórios  
Domiciliários em Portugal**

**#3** Debate  
Set 28 | 17h

**Os Cuidados Respiratórios Domiciliários:  
que Futuro? Por um novo paradigma,  
da quantidade ao valor para o doente.**

**ABERTURA DA SESSÃO**

Dr. Luís Goes Pinheiro - Presidente do Conselho de Administração da SPMS

**As boas práticas da medicina baseada em valor: que perspetivas nacional e internacional?**

Prof. João Marques Gomes - Nova School of Business and Economics

**Que visão dos prestadores de CRD na aplicação da medicina baseada em valor?**

Dr. Jorge Correia - Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

**Que implicações deste processo de mudança para a contratação pública dos CRD? Que roadmap?**

Prof. Luís Valadares Tavares - Observatório de Prospetiva da Engenharia e da Tecnologia

**Organização**

OPET - Observatório de Prospetiva da Engenharia e da Tecnologia,  
Instituto Superior Técnico | Universidade de Lisboa  
APCSD - Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio

**Contactos**

opet@opet.pt  
secretariado@apcsd.pt

