

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REFORMA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Área dos Cuidados de Saúde Primários

Relatório Final

Dezembro 2015 - Outubro 2019

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO E OPERACIONAL	5
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	7
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
ANEXO.....	22

*“Tudo o que sonho ou passo,
O que me falha ou finda,
É como que um terraço
Sobre outra coisa ainda.
Essa coisa é que é linda.”*

Fernando Pessoa

NOTA INTRODUTÓRIA

Um dos compromissos inscritos no Programa do XXI Governo Constitucional, na área da Saúde, foi o relançamento da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A prossecução desse objetivo, conduziu à nomeação do Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área dos Cuidados de Saúde Primários e da sua Equipa de Apoio (CNCSP), na dependência do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde ([despacho nº 200/2016, de 7 de janeiro](#)) e posteriormente na dependência da Secretária de Estado da Saúde ([despacho nº 695/2019 de 15 de janeiro](#)).

O [Plano Estratégico e Operacional da CNCSP](#) foi aprovado em janeiro de 2016 pelos Ministro da Saúde e Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, tendo sido divulgado em sessões públicas em todas as ARS.

A CNCSP foi criada enquanto estrutura técnico-estratégica, sem funções executivas, pelo que o exercício das suas atividades se pautou por 2 grandes linhas orientadoras: i) definição e disseminação de políticas de saúde e seu enquadramento estratégico; ii) conceção e desenvolvimento dos instrumentos que permitam a sua operacionalização.

A efetividade da sua atividade foi, assim, claramente determinada pelo grau de articulação conseguido com os organismos centrais e regionais do Ministério da Saúde (MS), a quem se agradece, não podendo ser dissociada do contexto político da governação no período em que decorreu.

Este Relatório Final, representando a natural e obrigatória prestação de contas da CNCSP na avaliação da execução do seu Plano Estratégico e Operacional, tenta refletir de forma clara essa dupla vertente:

Cumprimento adequado do plano proposto;

Grau de apropriação pelas estruturas do MS das propostas da CNCSP, bem como a sintonia executiva e funcional daí decorrente.

O presente documento é constituído por 4 partes:

- **Plano Estratégico e Operacional.** A visão, missão, valores e eixos estratégicos.
- **Atividades desenvolvidas.** Destaque dos principais resultados conseguidos, bem como do que não foi concretizado.
- **Considerações finais.** O que se aprendeu e as principais recomendações para o futuro, decorrentes da leitura e análise crítica da atividade desenvolvida e do contexto de exercício.
- **Anexos:**
 - Pareceres / Recomendações / Pronúncia / Outros

ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO E OPERACIONAL

O XXI Governo Constitucional legitimou a prioridade de defender o SNS em todas as suas áreas de intervenção e, em particular, considerou fulcral concretizar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde do país.

Foi reconhecida a premência em promover a articulação entre os vários níveis de cuidados, quer pelo reforço da capacidade de intervenção específica dos CSP, com a criação de mais unidades de saúde, nomeadamente unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados na comunidade (UCC), como com o plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência, otimizando os procedimentos relativos ao acesso e utilização integrada da rede de serviços do SNS nos seus diversos níveis.

Com este objetivo foi nomeado, como já referido, pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e a sua Equipa de Apoio (Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro de 2016), definidas as suas funções e competências, bem como a exigência de necessária articulação com os Institutos e serviços centrais e regionais do ministério da saúde.

Decorridos três anos do mandato do Coordenador Nacional e da Equipa de Apoio, e acautelando a continuação do trabalho que vinha a ser realizado, foi renomeado o Coordenador através do Despacho n.º 695/2019 de 15 de janeiro de 2019, pela Secretária de Estado da Saúde, procedendo também reformulação da Equipa de Apoio.

O Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, e a sua Equipa de Apoio, constituem-se como uma estrutura técnico-estratégica, sem funções executivas, com 2 grandes linhas orientadoras no exercício das suas atividades:

- a) Definição e disseminação de políticas de saúde e seu enquadramento estratégico;
- b) Conceção e desenvolvimento dos instrumentos que permitam a sua operacionalização.

Estas linhas orientadoras foram pensadas com a finalidade de criar contextos organizacionais favoráveis que conduzam e potenciem o aperfeiçoamento do desempenho das pessoas, das organizações e estimulem a capacidade adaptativa aos desafios e circunstâncias que a sociedade coloca.

Neste contexto, a CNCSP definiu o seu Plano Estratégico e Operacional, tendo como base a Missão, a Visão, os Valores e quatro Eixos Estratégicos a seguir apresentados:

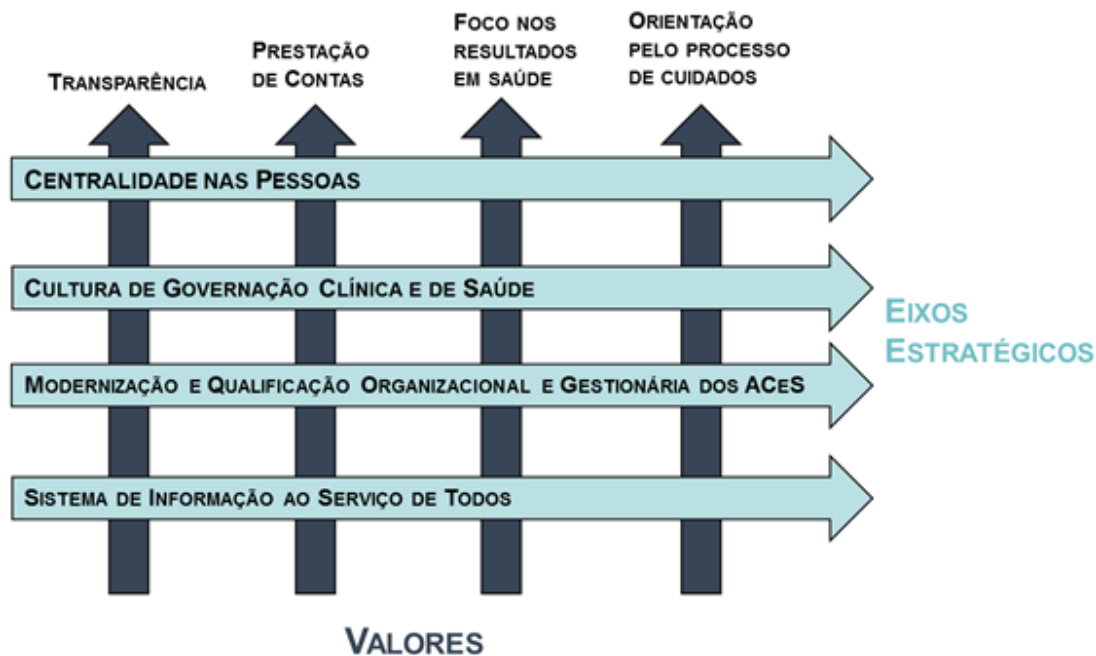
MISSÃO

Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, dando início a um novo ciclo para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS.

VISÃO

Um SNS baseado nos cuidados de saúde primários, promotor de Equidade e garantindo Acesso a cuidados de Proximidade, com Capacidade Resolutiva, Continuidade, Qualidade e Eficiência.

EIXOS ESTRATÉGICOS E VALORES



O [Plano Estratégico e Operacional da CNCSP](#) foi aprovado em janeiro de 2016 pelo Ministro da Saúde e pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

A sua apresentação e discussão pública foi feita a nível nacional, em reuniões regionais amplamente participadas e em proximidade com os dirigentes e profissionais de todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), num total de cerca de 400 profissionais.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Assumindo os valores essenciais da transparência e da prestação de contas, e tendo como referencial os 4 eixos estratégicos definidos no Plano Estratégico e Operacional, destacam-se as principais intervenções e resultados obtidos, bem como os objetivos e medidas não concretizadas e os principais constrangimentos encontrados.

CENTRALIDADE NAS PESSOAS

Transparência e planeamento estratégico

A natural exigência de uma cultura de **transparência** e o reforço do **planeamento estratégico** foram assumidas pela criação e publicação do [“BI da Reforma”](#) no portal do SNS, com informação atualizada sobre:

- Recursos humanos, considerando a sua distribuição territorial e as necessidades em saúde;
- Acompanhamento da evolução de candidaturas e implementação de novas unidades funcionais, nomeadamente USF (modelos A e B) e UCC;
- Monitorização e *benchmarking* do desempenho dos diferentes modelos das unidades funcionais (UF) dos CSP.

A **qualificação dos recursos humanos**, através de uma **política das profissões**, foi centrada no trabalho em equipa, destacando-se neste âmbito a valorização da equipa de saúde familiar.

Na medicina geral e familiar:

- Abolição da prova de seriação nos concursos de recrutamento, dado estes profissionais estarem avaliados e classificados em provas públicas por júri nacional no contexto da obtenção da sua especialidade, nos meses anteriores;
- A realização, desde 2017, de concurso anual de mobilidade nacional, inédito até então;
- Como aspetos menos positivos, a incapacidade de assegurar uma normal calendarização e execução atempada destes concursos, bem como um planeamento estratégico das necessidades ainda incipiente, com a definição do mapa de vagas excessivamente centralizada.

Na enfermagem de saúde familiar:

- Determinação legal de que os enfermeiros que constituem as USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar ([n.º 4, art.º 7.º Decreto-Lei n.º 73/2017](#));
- Homologação (despacho de 8 de maio de 2018 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde) da Regulamentação da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, pela Ordem dos Enfermeiros do [Regulamento n.º 428/2018](#)
- Participação nos dois grupos de trabalho ([Portaria n.º 281/2016, de 26 de outubro](#) e [Despacho n.º 4162/2019 de 16 de abril](#)) para a implementação e acompanhamento de boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, no âmbito da equipa de saúde familiar e demais equipas dos cuidados de saúde primários.

No secretariado clínico:

- Definição do [perfil de competências e funções do Secretário Clínico](#) nos CSP de forma participada pelos profissionais e em parceria com a Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) e posterior discussão pública.

Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados - SNS + proximidade

No âmbito do desenvolvimento do “Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados” ([Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março](#)) e em conformidade com as atribuições do Núcleo de Apoio Estratégico (NAE - [Despacho n.º 5372/2016 de 20 de abril](#)), teve uma colaboração ativa na conceção e desenvolvimento de um quadro conceptual visionário e reformista do SNS, em torno de três eixos fundamentais - centralidade do cidadão, integração/proximidade de cuidados, gestão da mudança - tendo como finalidades últimas:

- Definição dos melhores percursos de vida, de saúde e de cuidados de saúde;
- Participação de todos os atores envolvidos, promovendo a vitalidade e sustentabilidade do SNS do futuro;
- Qualificação da resposta às necessidades em saúde dos cidadãos, famílias e comunidades.

Culminou na estratégia “[SNS + Proximidade](#)”, conjunto de experiências piloto, implementadas na região Norte e que, mediante a sua avaliação, seriam generalizadas a todo o país.

Com a descontinuidade da sua liderança e dispersão dos vários projetos, assiste-se a um progressivo retrocesso desta estratégia.

Envelhecimento Ativo e Saudável

Participação no Grupo de Trabalho Interministerial (Gabinetes dos Ministros Adjunto, das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde) [Despacho n.º 12427/2016 de 17 de outubro](#), que elaborou e apresentou a proposta de “ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL (ENEAS) 2017-2025”, em julho de 2017.

Este documento elaborado num processo amplamente participado, quer pelos importantes contributos das várias entidades especificamente consultadas, bem como, de diversas pessoas e instituições que responderam à consulta pública, encontra-se em análise nas várias tutelas, a aguardar decisão política e sua eventual publicação.

Cuidador Informal

Integração no Grupo de Trabalho para a conceção, análise e organização de “medidas de apoio a cuidadores informais e promoção da sua capacitação e literacia”.

Especial destaque para o desenvolvimento do [“Guia dos Cuidadores”](#) que suportou a construção da área dos Cuidadores no Portal *ePortugal*, e que divulga a informação útil sobre o cuidador e a pessoa cuidada, os seus direitos e benefícios, medidas de apoio e serviços, bem como respostas a vários níveis¹²

Saúde Mental

Participação ativa no Conselho Nacional de Saúde Mental e Comissão Técnica de acompanhamento da reforma da Saúde Mental, de que se destaca:

- A participação no grupo de trabalho (Despacho nº 17/2016, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde) que elaborou a Estratégia da Saúde na Área das Demências, aprovada e publicada pelo [Despacho n.º 5988/2018 de 1 de julho](#).
- A Integração na comissão executiva da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências que acompanhou a elaboração dos Planos Regionais para as Demências, e elaborou o plano nacional que os integra, bem como o seu modelo de governação e acompanhamento, que submeteu à Secretária de Estado da Saúde para decisão final.

CULTURA DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE

Uma contratualização inteligente

Contribuiu para a criação e desenvolvimento de um novo quadro de referência da contratualização, suportada pela [Portaria n.º 212/2017](#), que tem como aspetos inovadores essenciais:

- Avaliação do desempenho baseada numa matriz multidimensional – desempenho assistencial, serviços, qualidade organizacional, formação e investigação;
- Generalização da sua utilização por todas as unidades funcionais, salvaguardando as suas diferentes especificidades e os diferentes estádios de implementação. Existe ainda um caminho a percorrer nas Unidades de Recursos Assistências partilhados (URAP) e nas Unidades de Saúde Pública (USP), quer na criação do suporte documental eletrónico no âmbito do seu desempenho, como na construção dos instrumentos para monitorização e avaliação do mesmo;
- Operacionalização dos Incentivos Institucionais com as regras de um “orçamento participativo” e a extensão da sua aplicação às UCSP;
- Equiparação dos Incentivos Financeiros às Atividades Específicas e a definição da periodicidade mensal do seu pagamento nas USF B;
- Criação de uma Comissão Técnica Nacional, envolvendo as diferentes estruturas socio profissionais e da administração central e regional, responsável pela revisão e melhoria contínua dos

¹ A informação divulgada no Portal destina-se quer às pessoas envolvidas no processo de cuidados como aos profissionais que intervenham junto de cuidadores e pessoas cuidadas.

² Este é um projeto em desenvolvimento e dependente do que venha a ser regulamentado no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal ([Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro](#)).

instrumentos de suporte (indicadores e métricas) e operacionalização do processo de contratualização.

Para apresentação e discussão deste novo modelo, foram realizadas reuniões com todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com a presença do Diretor Executivo, Conselho Clínico e de Saúde (CCS), Coordenadores, Conselhos Técnicos e profissionais de todas as unidades, abrangendo um total de cerca de 1900 profissionais.

Face à ainda insuficiente e desigual apropriação dos conceitos e prática da nova metodologia, pelas equipas das UF pelos CCS e Diretores Executivos, foi elaborado e divulgado [documento orientador e de apoio, sobre as diferentes fases do processo de contratualização](#).

Portal BI CSP

A revisão do protocolo entre a USF AN e a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) permitiu a internalização do portal BI USF, no ecossistema de informação do ministério da saúde.

Em parceria com a USF-AN, ACSS e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), foram definidos os requisitos funcionais e operacionais que permitiram a transição e evolução do BI USF para [BI CSP](#) que teve o seu lançamento público a 15.12.2017.

Este portal assume-se como uma plataforma de gestão do conhecimento e peça fundamental no desenvolvimento da cultura de governação clínica e de saúde nos CSP.

Descrição mais detalhada do Portal no eixo – Sistema de informação ao serviço de todos.

Governação Clínica e de Saúde

Em estreita colaboração com o [Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde para os CSP](#), foi possível contribuir para:

- Criação da Comunidade (Rede) da Governação Clínica, envolvendo os CCS de todos os ACeS;
- Definição do quadro conceptual e técnico científico de referência;
- Desenvolvimento de Instrumentos (apoio e suporte) para a governação clínica e de saúde.

Os documentos e instrumentos referidos nos pontos anteriores encontram-se publicados e disponíveis na área da [“Biblioteca”](#), no portal BI CSP.

Resolutividade dos CSP

Participação no enquadramento estratégico e operacional para o desenvolvimento da oferta de cuidados em diferentes áreas, tendente à melhoria e aumento da capacidade resolutiva dos CSP:

- [Uma equipa de saúde familiar para todos](#). Aumento de cobertura da população por uma equipa de saúde familiar, com a [redução dos utentes sem médico de família](#), em cerca de 40% entre 2015 e 2019 (-415.000 utentes), apesar do aumento em 2%, do n.º de inscritos no RNU. Neste aumento, 47% dos utentes são estrangeiros, o que demonstra a dimensão inclusiva do SNS.
- [Saúde oral](#). Elaboração de [parecer sobre Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral](#) (PNPSO).

[Recomendação nº 5/2019](#) que propunha a criação, a nível local e regional e de acordo com tipologia dos ACeS ou ULS, de “Unidades de Saúde Oral” que assumiriam a coordenação e gestão do PNPSO, em toda a sua abrangência e especificidade dos diversos módulos que o constituem (“cheques dentistas” + Gabinetes de Saúde Oral nos CSP), ou de outros programas eventualmente a implementar.

Parecer de grupo de trabalho multiprofissional sobre o Projeto Saúde Oral: Experiências Piloto sobre a implementação dos 13 projectos-piloto de saúde oral e mecanismos de monitorização

Caracterização dos profissionais afetos aos [gabinetes de saúde oral e monitorização e gestão do PNPSO](#).

Regista-se a evolução positiva do nº de Gabinetes de Saúde Oral com Medicina Dentária nos CSP: os 18 existentes em 2015 passaram a 135 em outubro de 2019, continuando-se a prever o seu aumento até 2020 de acordo com Despacho nº 8861-A_2018 de 18 de Setembro.

- Nutrição. Colaboração na conceção do modelo de organização e funcionamento da Nutrição em núcleos/unidades/serviços de Nutrição no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em colaboração com a ACSS - [Despacho n.º 6556/2018, de 4 de julho](#);
- Psicologia. Colaboração com a ACSS pela integração no Grupo de Trabalho para análise, estudo e elaboração de propostas relativamente aos modelos de organização da prestação de cuidados na área da psicologia no Serviço Nacional de Saúde - [Despacho n.º 13278/2016, de 7 de novembro de 2016, Relatório do GT, ACSS julho 2017](#);
- Fisioterapia/reabilitação. Coordenação dos grupos de trabalho constituídos por enfermeiros especialistas de reabilitação e fisioterapeutas, dos quais resultou o Parecer n.º 03/2016 - [Propostas operacionais e estratégicas, a curto e médio prazo, para assegurar o “Aumento da resolutividade da Fisioterapia/Reabilitação nos CSP”](#), de 2016.08.12, entregue ao Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

Colaboração com a ACSS no grupo de trabalho de Análise da Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório, criado pela [Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro](#), com a finalidade de estudar a possibilidade de internalização no SNS desta prática de cuidados, cujo relatório final carece de publicação e posterior decisão política sobre a operacionalização das estratégias propostas.

- Cessação tabágica, espirometrias e tratamentos de reabilitação respiratória. Colaboração na conceção e implementação do normativo legal para promoção do acesso a consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, a realização de espirometrias e a tratamentos de reabilitação respiratória nos ACES/ARS - [Despacho n.º 6300/2016, de 12 de maio](#);
- Rastreios visuais. No âmbito do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), colaboração na implementação do rastreio de saúde visual infantil (RSVI) de base populacional e o rastreio oportunístico da degenerescência macular da idade (DMI), nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto iniciadas na ARS Norte - [Despacho n.º 5868-B/2016, de 2 de maio](#).

MODERNIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO ORGANIZACIONAL E GESTIONÁRIA DOS ACES**Revisão do “DL das USF”**

Procedeu-se à revisão do decreto-lei (DL) nº 298/2007 (regime jurídico das unidades de saúde familiar) e sua republicação pelo [decreto-lei nº 73/2017](#).

Aspetos essenciais e melhorias que foram consignados:

- Reforça o exercício responsável da autonomia das USF;
- Exige a especialidade de Enfermeiro de Família e cria período de transição;
- Assume o critério de unidades ponderadas para o dimensionamento das listas;
- Define o regime de incompatibilidades funcionais do coordenador e esclarece operacionalização da sua escolha;
- Reforça e clarifica atribuições/competências do Conselho Geral, explicitando a paridade de voto;
- Inclui Secretário Clínico no Conselho Técnico e reforça e clarifica as competências deste;
- Clarifica as situações para a extinção da USF;
- Nas USF modelo B reforça e explicita:
 - Serem de adesão voluntária;
 - Regime de incompatibilidades, exigindo declaração de inexistência de incompatibilidade perante o conselho geral, anexa à carta de compromisso;
 - A responsabilidade e obrigação dos Conselhos Gerais definirem e aprovarem anualmente o valor do incremento da carga horária de médicos, enfermeiros e secretários clínicos, decorrentes do aumento da dimensão das listas;
- Atribui ao Diretor Executivo competência para autorizar mobilidade interna dos profissionais, bem como horas extraordinárias e em que casos;
- Em articulação com nova portaria da contratualização, associa Incentivos Financeiros a Atividades Específicas e determina o seu pagamento mensal.

Qualificação dos modelos das UF

Neste âmbito, a CNCSP coordenou a elaboração de conjunto de orientações e procedimentos para processos chave na qualificação organizacional das UF, designadamente:

- Assumindo a necessidade de harmonização de competências, recursos e metodologia de trabalho foi criado o dispositivo nacional das Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento (ERA) pelo [Despacho n.º 14723/2016 de 6 de dezembro](#);
- Elaboradas várias propostas de procedimentos de normativo técnico-legal dos quais se destacam:
 - Processo de candidatura a USF modelo A e B: Recomendação n.º 3/2019 de 2019.02.20 - Proposta de despacho normativo - *Regulamento do processo de constituição de USF (Modelos A e B)*. Esta proposta foi aprovada pela Secretária de Estado da Saúde e

endereçada à ACSS para construção do respetivo regulamento, com a recomendação de audição das ARS e CNCSP;

- Extinção de USF: Recomendação n.º 02 de 2019.01.22 - *Orientação para extinção de USF - Aplicação do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 73/2017* - foi submetida à ACSS pela Secretária de Estado da Saúde, para elaboração de “orientação” e que, por terem sido suscitadas algumas dúvidas jurídicas, aguarda a sua resolução;

Incrementos horários das USF: PARECER 01 / 2018.06.17 - Regulamentação do Artigo 23.º do DL 73 / 2017 de 21 de junho - Ajustamento de Horário nas USF modelo B

Autonomia das USF e Incremento de Horário nas USF Modelo B - Entre a exigência de um direito e o exercício de um dever - Ago/2018 que sustentou o [Despacho n.º 5803/2019 de 21 de junho](#), da Secretária de Estado da Saúde;

- Quadro referência dos princípios enquadramentos do regulamento do registo biométrico: Recomendação 04/2017 de 2017.12.29 - Registo Biométrico / Controlo Assiduidade Divulgado para todas as ARS, ACeS e suas UF;
- Princípios para a constituição da lista de utentes: Recomendação 02 /2017 de 2017.08.25 - Constituição de listas de utentes por Médico de Família que foi integrada no documento da ACSS: [Critérios e procedimentos de organização e atualização das listas de utentes, de agosto 2017](#).

Criação de USF e transição das USF modelo A para USF modelo B

O cabal cumprimento da meta do programa do Governo - criação de 100 novas USF modelo A - foi superada em 3 USF, considerando que no seu total iniciaram atividade durante o período de 2016-2019, 103 destas unidades.

Este facto não releva, no entanto, as dificuldades deste processo.

No atual contexto, que assume como prioridade a universalização do modelo USF, e sendo um imperativo legal a publicação de despacho conjunto dos ministérios da saúde e das finanças, com a definição do nº de USF a criar, bem como as que transitam para modelo B, neste período, verificamos o seguinte:

- A recorrente da não aceitação da proposta da CNCSP de uma formulação que permita a definição de:
 - Um compromisso das ARS, com um nº mínimo de USF a criar, em vez do nº máximo a atingir;
 - Uma “época” fixa de transição para modelo B, de todas as USF que numa determinada data, cumprissem o critério de terem Parecer Técnico favorável, homologado pela ARS.
- Não publicação do referido despacho em 2017;
- Não conclusão, na presente data, do cumprimento do [Despacho nº 1174-B/2019, de 1 de fevereiro](#), que permita a transição em 2019 de 20 USF modelo A para modelo B.

Avaliação comparativa das USF modelo B

Face à persistente dúvida sobre a eficiência das USF modelo B, constituía-se como prioridade a produção de evidência que suportasse a tomada de decisão política no processo de desenvolvimento deste modelo organizacional e sua universalização no país.

A CNCSP realizou a [1ª avaliação nacional comparativa de custos-consequências das USF B e UCSP](#), em que analisa as UF como centros de resultados. Este estudo utilizou dados oficiais, consolidados de 2015, existentes nas BD SIM@SNS.

As principais conclusões são claras:

- As USF modelo B têm um custo por inscrito e por utilizador, significativamente inferior ao das UCSP, respetivamente, menos 32€ e menos 80€;
- Considerando uma “UF padrão”, as USF modelo B:
 - Têm mais ganhos em saúde imediatos e a médio/longo prazo;
 - São mais eficientes, com custo global inferior em 352.832€.

A publicação no [Portal do SNS](#), possibilitando a sua análise e discussão pública em vários fóruns, confirmaram o seu rigor metodológico e consistência dos resultados.

Aparentemente, esta evidência não foi considerada, já que o despacho nº 1174-B/2019, condiciona a passagem das USF A para modelo B, à realização da “avaliação favorável do modelo de indicadores, incentivos e resultados associados às USF do modelo B”.

Este estudo, “Avaliação de Indicadores, Incentivos e Resultados Associados às USF do modelo B”, realizado pela EMSPOS e ACSS, foi atempadamente entregue ao Ministério da Saúde e homologado, tem como principais conclusões:

- O modelo USF, é um modelo virtuoso e a existência de um processo de transição entre modelos é gerador de valor, pela melhoria de desempenho que induz;
- Existe um (natural) efeito de *plateau* na melhoria do desempenho das unidades quando são USF modelo B;
- O modelo remuneratório sensível ao desempenho dos profissionais das USF B é:
 - Um estímulo para a evolução das outras unidades funcionais;
 - Pouco sensível à “performance” (pelo efeito de *plateau*).
- É necessário rever o modelo remuneratório nas componentes variáveis e sua forma de cálculo. Esta revisão inscrita no DL n.º 298/2007 para ser feita ao fim de 2 anos, o que não aconteceu, assume particular relevância ao fim de 12 anos.

Verifica-se assim, que com diferente metodologia, as conclusões apontam globalmente no mesmo sentido do estudo realizado pela CNCSP.

Lamenta-se o não cumprimento integral, até ao presente, do estipulado no despacho nº 1174-B/2019, de 1 de fevereiro quanto à transição de 20 USF para modelo B.

Desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade

O Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade (GT-UCC) [Despacho nº 7539/2017 de 25 de agosto](#), produziu o [“Relatório de Atividades 2017-2019”](#) que foi aprovado pela Secretária de Estado da Saúde, em 16 de junho de 2019.

Este relatório foi publicamente divulgado, analisado e debatido, em reuniões nacionais, com a presença da Secretária de Estado da Saúde, ACSS, SPMS, Coordenações para a reforma do SNS, ERA, AUCC, Conselhos Diretivos das ARS, órgãos de gestão dos ACES, Coordenadores de UCC e de URAP.

As suas recomendações estão, na sua grande maioria, em fase de implementação (e.g. TIC/SI), exceto as que como a revisão do Regulamento da Organização e Funcionamento das UCC, carecem de alterações jurídicas suplementares, pelo que o processo não poderá ser encetado sem que haja alterações ao diploma legal dos ACeS.

De todo o trabalho desenvolvido relativamente a estas unidades funcionais destaca-se:

- Plano de universalização destas unidades funcionais no continente, de que resultou:
 - 263 UCC em atividade a nível nacional;
 - Taxa atual de cobertura da população residente em Portugal (continente) por UCC de 93%;
 - Iniciaram atividade no período 2016-2019: 21 UCC.
- Conceção da matriz de contratualização e desenvolvimento dos Bilhetes de Identidade (BI) de indicadores nacionais para estas unidades, em parceria com a ACSS e AUCC;
- Início do processo de contratualização com todas as UCC, a nível nacional, a partir de 2016, sua integração na plataforma BI-CSP e integração da AUCC na Comissão Técnica Nacional para a Contratualização;
- Elaboração da proposta de revisão do enquadramento conceptual das UCC e despacho 10143/2009 (anexa ao relatório do GT-UCC).

Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

Organização, em 2017, de um Grupo de Trabalho multiprofissional das URAP que elaborou uma proposta para a implementação da Contratualização para as estas UF, com base na revisitação e consensualização da sua carteira básica de serviços.

O documento após apresentação ao Secretário de Estado e Adjunto da Saúde, foi submetido a discussão pública, de que resultou um elevado número de contributos de entidades públicas e privadas a título individual ou coletivo, e a realização de várias reuniões sectoriais com organizações socio profissionais.

Num processo demasiado prolongado no tempo, foram analisados e agregados todos os contributos, tendo em fevereiro de 2019, com uma equipa multiprofissional mais restrita, sido elaborada proposta de um conjunto de indicadores passíveis de contratualização consoante os recursos disponíveis em cada URAP.

Ouvidas várias entidades, como a Associação Portuguesa de Higienistas Orais (APHO), Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) e Associação Portuguesa dos Médicos Dentistas dos Serviços Públicos (APOMED-SP), foram elaborados os seguintes documentos:

- *Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP*, em que se propõe a criação em cada ACeS, de uma “Unidade de Saúde Oral” englobando os Médicos Dentistas, Higienistas Orais e Assistentes Dentários, tendo por base a universalidade, recorrência e magnitude específica das necessidades em Saúde Oral, nos diferentes níveis de prevenção primária, secundária e terciária

Foi feita a [caracterização profissional das URAP](#).

Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP)

Em estreita colaboração com o [Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde para os CSP](#), procedeu-se à revisão e reorganização da grelha DiOr-USF, e respetivo guia de suporte à sua aplicação, por forma a atualizar o seu conteúdo face ao normativo técnico-científico e legal vigente e alargar o âmbito da sua aplicação a toda a rede de CSP (órgãos de gestão DOS ACeS e todas as unidades funcionais).

Metodologicamente, o percurso de revisão da grelha contou com a participação ativa das ERA de cada ARS e associações de unidades funcionais, USF-AN e Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC), integrando ainda a colaboração/audição de um grupo de peritos nesta área, e culminou com um processo de validação exaustivo de âmbito nacional junto de uma amostra de todas as UF e ACeS.

O seu modelo de governação, elaborado pela ACSS, já se encontra homologado pela Secretária de Estado da Saúde, assim como, todo o acervo documental orientador e de suporte que aguarda publicação pela ACSS.

Autonomia e redimensionamento dos ACeS

Colaboração e apoio à ARS Norte, na candidatura no âmbito do Sistema de Incentivos à Inovação na Gestão Pública (SIIGeP), de um projeto de autonomia gestionária, enquanto poder reconhecido pela administração de tomar decisões nos domínios estratégico, funcional, administrativo, financeiro e organizacional em função das competências e dos meios que lhe estão consignados. Sem alterar a natureza jurídica e o enquadramento organizacional dos ACeS, sustentado num modelo de contrato programa, a ARS mantém-se responsável pelo planeamento, coordenação estratégica, serviços partilhados e promoção da inovação.

Este projeto já aprovado ([Decreto-Lei nº 126/2019 de 2 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros - Implementação de projetos experimentais desenvolvidos com recurso ao mecanismo do «direito ao desafio»](#)) irá decorrer durante 12 meses, abrangendo os ACeS Porto Oriental e Póvoa de Varzim/Vila do Conde e tem 4 componentes essenciais:

- Definição de um modelo de Contrato-Programa;
- Definição de modelos e níveis de serviço das áreas de suporte numa lógica de serviços partilhados;

- Desenvolvimento de um modelo sustentado de Governação Clínica e de Saúde;
- Criação da Rede das Redes (internas e externas).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AO SERVIÇO DE TODOS

Registo Nacional de Utentes (RNU)

Procedeu-se à revisão e atualização conceptual e operacional dos termos de referência do Registo Nacional de Utentes, [Despacho n.º 1774-A/2017 de 24 de fevereiro](#), num trabalho conjunto com a ACSS e SPMS que culminou com a elaboração do [Regulamento do RNU](#) pela ACSS em agosto 2017.

Era expectável um elevado impacto positivo na gestão e dimensionamento da lista de utentes e no consequente reforço da oferta de uma equipa de saúde familiar a todos. Passados 2 anos, ainda não está concluída a atualização da plataforma transaccional que suporta o RNU, não permitindo assim a plena implementação do mesmo.

Portal BI CSP

O portal [BI CSP](#) teve o seu lançamento público a 15.12.2017, e tem como principais características:

- Representação identitária de todas as UF dos ACeS;
- Integração de toda a informação necessária à caracterização e qualificação das UF nas áreas: Contexto, Desempenho, Recursos Humanos e Financeira;
- Suporte de todo o processo da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários;
- Operacionalização dos instrumentos de melhoria continua e monitorização da Qualidade Organizacional das UF;
- Ecosistema de suporte ao desenvolvimento da cultura de Governação Clínica e de Saúde, nos CSP;
- Um perfil de acesso público e um perfil de acesso profissional, para todos os profissionais dos CSP, com autenticação pelo seu email institucional.

Para contribuir para uma maior e efetiva apropriação desta plataforma pelos profissionais, foi realizada a “Volta a Portugal BI CSP” - reuniões com todos os ACeS, (55 reuniões) que contaram com a presença do Diretor Executivo, CCS, Coordenadores e Conselhos Técnicos e profissionais em nº variável de todas as unidades, envolvendo cerca de 2 800 profissionais.

O desenvolvimento desta plataforma de gestão do conhecimento foi um processo enriquecedor, pela necessidade de uma diferente e naturalmente muito exigente colaboração e articulação funcional entre ACSS e SPMS.

A sustentabilidade do BI CSP está, no entanto, claramente dependente da criação de uma equipa de gestão do projeto, integrando a ACSS e a SPMS, bem como profissionais com experiência clínica e gestonária que deveria ser liderada por profissional externo às estruturas executivas do ministério.

Esta equipa teria como missão garantir a inclusão deste projeto no contrato programa da SPMS, de forma explícita e individualizada, a definição dos seus requisitos funcionais e cronograma de desenvolvimento e monitorização da sua execução.

SIMPLEX

No contexto do programa SIMPLEX, num processo de auscultação de organizações de doentes, associações socio profissionais e científicas, órgãos centrais e regionais do ministério, foi elaborada lista de oportunidades de melhoria e simplificação de múltiplos processos na saúde, [SIMPLEX - CSP - 12.09.2017-V3.xls](#).

A certificação da saúde/doença, foi onde se conseguiu uma maior sistematização das propostas e processos a modificar, [SIMPLEX CSP - Certificação Saúde Doença.xls](#).

Apesar do reconhecimento da importância destas medidas de simplificação na saúde e com ganhos evidentes para os cidadãos e profissionais, poucas das medidas propostas se encontram implementadas ou, mesmo, em desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evidência científica disponível a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários³.

A reforma dos CSP em Portugal, cuja génese remonta aos anos 90 com o “Livro Azul” da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), atual Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), com um primeiro momento de descongelamento e afrontamento do *status quo* da administração pública na legislatura de 1996 a 1999, e a sua concretização efetiva a partir de 2006/7, foi e é verdadeiramente um “Acontecimento Extraordinário”.

A adequação dos seus princípios foi reconhecida pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde no seu relatório “Primary care in the driver’s seat” de 2006.

Este é, no entanto, um processo dinâmico com uma evolução não linear, dada a conjugação da sua natureza incremental com factos e momentos disruptivos.

Importa ter a lucidez de identificar e destacar as melhorias, reconhecer os insucessos e sobretudo retirar ensinamentos para, de forma sustentada, construir o futuro.

A capacidade de aprender e o desejo de melhorar será o fator distintivo das organizações e sistemas inteligentes.

Assumimos assim o desafio e a exigência de partilhar, de forma sucinta, os aspetos positivos e negativos deste trajeto de quase 4 anos, bem como o que aprendemos e propostas de melhoria.

Como principais **aspetos positivos**:

- A aposta definitiva na transparência, promotora da cidadania e um compromisso ético:
 - O Portal do SNS que iniciou uma nova era para a informação, a educação, a literacia e a participação dos cidadãos;
 - As áreas dedicadas à reforma do SNS no âmbito dos CSP, e o BI-CSP, como ferramentas fundamentais para o planeamento, monitorização, melhoria contínua e a prestação de contas;
- A melhoria sustentada, embora ainda com longo caminho a percorrer, da acessibilidade e dos resultados na gestão da saúde e da doença crónica;
- O maior aumento sustentado de sempre, da cobertura da população por uma equipa de saúde familiar, reforçando a dimensão inclusiva do SNS;
- O aumento da resolutividade dos CSP com a cobertura nacional por UCC, a inclusão de profissões como os psicólogos, nutricionistas, a oferta da saúde oral na vertente preventiva e curativa e as experiências piloto de gestão integrada dos percursos de cuidados dos doentes;

³ Starfield B. *Primary Care. Balancing health needs, services and technology.* Oxford University Press;1998

- O início do desenvolvimento de uma cultura de governação clínica, de que é exemplo o novo modelo de contratualização:
 - A visão multidimensional do desempenho de uma UF que valoriza, pela primeira vez, a Qualidade Organizacional, Governação Clínica, Formação, e Investigação, para além do Desempenho Assistencial nas suas componentes do acesso, gestão da saúde e da doença;
 - A sua aplicação a todas as unidades funcionais;
 - A negociação de um plano de ação, com um compromisso de resultados, processos e recursos.
- A produção de evidência científica, demonstrando que o modelo USF é virtuoso e que:
 - O processo de transição entre modelos, conduz a uma melhoria do desempenho assistencial;
 - O modelo remuneratório, embora necessitando de ser revisto e atualizado é, em si mesmo, um “motor” para a evolução das equipas e melhoria dos cuidados prestados.
- O lançamento do projeto de autonomia gestonária de 2 ACeS na ARS Norte, através do “direito ao desafio”, no âmbito do SIIGeP;

Como principais **aspetos negativos**:

- A incapacidade de conseguir uma gestão estratégica dos recursos humanos, sendo este o maior ativo do SNS;
- A relação disfuncional entre a liderança estratégica e executiva nacional e o exercício das autonomias e competências dos órgãos nacionais e regionais;
- A dissociação entre as várias reformas organizacionais e a importante e significativa transformação digital em curso na saúde;
- O foco da governação estar muito centrado nas organizações, espartilhadas por níveis de cuidados que comunicam mal entre si e muito orientado por programas de saúde ainda demasiado verticais.

O que aprendemos? Como podemos melhorar?

Hoje, e no contexto da aplicação de uma nova Lei de Bases da Saúde, que exige a modernização e qualificação do SNS, os principais desafios que nos confrontam são:

- Qualificação do acesso e a gestão integrada dos percursos de saúde/doença e dos cuidados, num contexto de multimorbilidade;
- Uma política das profissões centrada na sua qualificação, na afirmação das suas hierarquias técnicas, com desenvolvimento progressivo de modelos remuneratórios sensíveis ao desempenho, garantindo uma relação contratual estável;
- A garantia de que a transformação digital em curso está ao serviço desta estratégia de saúde;
- A definição de uma estratégia orçamental orientada para os resultados em saúde;
- Um dispositivo de governação que garanta a gestão do conhecimento para a mudança.

Neste enquadramento e suportados na experiência dos últimos anos, é essencial a criação de uma “**direção estratégica e executiva**”, uma equipa de missão, com um mandato explícito e temporalmente finito, para responder aos desafios referidos.

O seu mandato deve ter como quadro de referência as dimensões da boa governação:

- Transparência – Decisões explícitas, a sua base de evidência, e seus decisores;
- Prestação de contas – Que recursos, como foram usados, que resultados;
- Participação – Garantir os mecanismos para “dar voz” a todos os atores;
- Integridade – Descrição clara das responsabilidades, dos diferentes conteúdos funcionais e dos processos chave;
- Capacidade – A competência necessária para decidir, prevenir, acompanhar, monitorizar e avaliar.

Nota final:

Loucura, é fazermos as coisas da mesma maneira e esperar resultados diferentes

(Autor desconhecido)

Lisboa, 25 de outubro de 2019



Henrique Botelho

(Coordenador para a Reforma do SNS na área dos CSP)

Equipa de Apoio:

Alcindo Maciel Barbosa

Álvaro Pereira

Ana Ferrão

Carlos Nunes

Cristina Correia

José Frias Bulhosa

José Luís Biscaia

Manuel Oliveira

Patrícia Barbosa

ANEXO

PARECERES

RECOMENDAÇÕES

PRONÚNCIA

OUTROS DOCUMENTOS

Dezembro 2015 – Outubro 2019

Os documentos compilados neste bloco (ANEXO) que se apresentam com as designações de Pareceres, Recomendações, Pronúncia e Outros..., constituem documentos de trabalho, raramente definitivos, outras vezes próximos de tal, preparados no seio da Equipa de Apoio ao Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários (Dez 2015 – Out 2019) destinados aos Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (Dezembro – Outubro 2018) e da Secretária de Estado da Saúde (Outubro 2018 – Outubro 2019).

Evidentemente que seria pouco sensato pensar que da acção isolada de uma equipa deste tipo, se esgotassem a cada pedido, a totalidade das soluções das quais o nosso SNS necessita.

Aqui se apresentam todavia algumas dessas peças de trabalho que traduzem um percurso, uma experiência, uma vontade, um pensamento factível ou, tão-só... Transparência!

INDICE

PARECERES 2016.....	26
PARECER n.º 01 – Proposta da ARS Centro – Transição da USF Montemuro para Modelo B.....	27
PARECER n.º 02 – Critérios nacionais sobre a passagem das USF de modelo B a modelo A.....	28
PARECER n.º 03 – Propostas operacionais e estratégicas, a curto e médio prazo, para assegurar o “Aumento da resolutividade da Fisioterapia/Reabilitação nos CSP”	30
PARECER n.º 04 – Passagem de USF de Modelo A para Modelo B	38
PARECER n.º 06 – Última versão da Proposta de Lei da Saúde Pública	41
RECOMENDAÇÕES 2016	43
RECOMENDAÇÃO 01 – Recomendação Nacional para a colocação dos novos assistentes da área de medicina geral e familiar por Unidade Funcional (USF / UCSP) dentro de cada ACeS.....	44
RECOMENDAÇÃO n.º 2 – Pagamento mensal da compensação pelo desempenho aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B.....	46
RECOMENDAÇÃO n.º 03 – Publicação dos Relatórios Regionais de Contratualização referentes a 2015	47
RECOMENDAÇÃO n.º 04 – Modelos de USF e normas de transição e/ou extinção	50
PARECERES 2017.....	58
PARECER n.º 2 – Integração de Médicos Dentistas - UNIDADE FUNCIONAL ONDE ALOCAR	59
PARECER n.º 4 – SIM – Unidades Ponderadas.....	62
PARECER n.º 5 – Proj. Lei n.º 565/XIII/2. ^a - "Direitos das pessoas doentes em fim de vida" – (CDS-PP).....	66
PARECER n.º 6 – Procedimento concursal para Mobilidade no âmbito da Carreira Especial Médica na área da Medicina Geral e Familiar – 2017	68

PARECER n.º 6-A – Relatório Segurança do Doente (RSD) 2015 - Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários (DGS / APDH)	70
RECOMENDAÇÕES 2017	73
RECOMENDAÇÃO n.º 01 – Padronização / Ponderação das listas de utentes dos médicos de família	74
RECOMENDAÇÃO n.º 02 – Constituição de listas de utentes por Médico de Família	79
RECOMENDAÇÃO n.º 02-A – Orientações para o Desenvolvimento de actividades domiciliárias em Unidades Funcionais	83
RECOMENDAÇÃO n.º 03 – Proposta de CIRCULAR NORMATIVA CONJUNTA ACSS/SPMS - Marcação de Consultas nos Cuidados de Saúde Primários através do Centro de Contacto do SNS – SNS 24.	86
RECOMENDAÇÃO n.º 04 – Registo Biométrico / Controlo Assiduidade	89
PARECERES 2018.....	92
PARECER n.º 01 – Regulamentação do Artigo 23.º do DL 73 / 2017 de 21 de junho - Ajustamento de Horário nas USF modelo B	93
PARECER n.º 02 – ORIENTAÇÃO PARA EXTINÇÃO DA USF	95
PARECER n.º 03 - A – Procedimento concursal para recrutamento de pessoal médico recém especialista - 2.ª época de 2018 - Área de Medicina Geral e Familiar	100
RECOMENDAÇÕES 2018	103
RECOMENDAÇÃO 02 – DESPACHO n.º 1194-A/2018 – Critérios de transição para USF modelo B.....	104
PRONÚNCIA 2018	106
PRONÚNCIA – Solicitação de análise relativo a dois diplomas remetidos ao Gabinete do SEAS pela SEAEP.....	107
PARECERES 2019.....	109
PARECER n.º 01 – Parecer sobre PEDCP biénio 2019-2020.....	110
PARECER n.º 02 – Proposta de diploma sobre “normas com incidência nos trabalhadores enfermeiros abrangidos pelo âmbito de aplicação subjectivo definido nos Decretos-Lei n.º 247/2009 e 248/2009, ambos de 22 de Setembro”	112

PARECER n.º 03 – “Tomada de Posição da Ordem dos Enfermeiros sobre Cuidados de Saúde Primários” -pedido de informação da Secretaria Regional da Saúde da Região Autónoma da Madeira.....	114
PARECER n.º 04 – “Relatório final do Grupo de Trabalho para implementação da Reabilitação Cardíaca em Portugal”	116
PARECER n.º 06 – Adenda ao PT da USF <i>ALMA MATER</i> (Alargamento da Equipa Multiprofissional).....	119
PARECER n.º 07 – PNPSO - Audição Pública	123
PARECER n.º 08 – Respostas insuficientes do SNS em Ginecologia / Obstetrícia e Pediatria.....	130
RECOMENDAÇÕES 2019	132
RECOMENDAÇÃO n.º 01 – Proposta de Despacho Conjunto 2019 – Abertura de USF-A e Transição de USF-A para USF-B.....	133
RECOMENDAÇÃO n.º 02 – ORIENTAÇÃO PARA EXTINÇÃO DE USF.....	136
RECOMENDAÇÃO n.º 03 – Proposta de despacho normativo - Regulamento do processo de constituição de USF (Modelos A e B).	141
RECOMENDAÇÃO n.º 04 – Proposta de posição da CNCSP sobre regulamento da fase 1 do VAI e processo de auscultação das várias entidades.....	151
RECOMENDAÇÃO n.º 05 – UNIDADES de SAÚDE ORAL nos CSP	153
OUTROS DOCUMENTOS	173
Proposta de Medidas SIMPLEX para os CSP – 2107.09.12 – v3	174
Proposta de Medidas SIMPLEX para os CSP – Certificação da Saúde/Doença	180
PERFIL DE FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS SECRETÁRIOS CLÍNICOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	183
Parecer do Grupo de Trabalho para a reforma do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Projeto Saúde Oral Experiência Piloto.....	218
Autonomia das USF e Incremento de Horário nas USF Modelo B	224
RECOMENDAÇÃO – Fases da Contratualização Interna – Cuidados de Saúde Primários.....	227

PARECERES 2016

**PARECER N.º 01 – PROPOSTA DA ARS CENTRO – TRANSIÇÃO DA USF
MONTEMURO PARA MODELO B**

2016.08.11

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

No quadro das funções e competências fixadas para o *Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários* e sua *Equipa de Apoio* fixadas através do Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro e na sequência do pedido de parecer solicitado pelo Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a propósito do assunto supracitado, verificamos que:

- Foi produzido Parecer Técnico (PT) favorável pela Equipa Regional de Apoio (ERA) da Administração Regional de Saúde do Centro I.P. (ARS), datado de 15 de fevereiro de 2016;
- O PT foi homologado pelo Conselho Diretivo da ARS em 19 de maio;
- O cálculo de impacto financeiro realizado pela ARS foi aprovado pelo Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e *que considerou o início de funcionamento da USF Montemuro em Modelo B desde 1 de junho de 2016;*
- Adicionalmente foi analisada a ficha de caracterização da USF produzida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) que nada opôs ao processo em análise que considera ter as *condições legais e técnicas para transição para Modelo B.*

Assim sendo a CNCSP considera terem sido cumpridos todos os procedimentos administrativos previstos no Despacho 6739-A/2016 de 20 de maio, necessários à transição da USF Montemuro de Modelo A para Modelo B nos termos do Despacho do Ministro da Saúde n.º 24101/2007 de 22 de outubro.

Com os melhores cumprimentos,

O Coordenador

**PARECER N.º 02 – CRITÉRIOS NACIONAIS SOBRE A PASSAGEM DAS USF DE
MODELO B A MODELO A**

2016.08.11

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

(O sistema remuneratório não deve ser confundido com a *Marca-USF*, mas apenas integrar uma das suas componentes)

No quadro das funções e competências fixadas para o *Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários* e sua *Equipa de Apoio* fixadas através do Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro e na sequência do pedido de parecer solicitado pelo Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a propósito do assunto supracitado, é nosso entendimento que:

- Não deve ser equacionado, no quadro definido para os diferentes modelos organizacionais, plasmados no Despacho ministerial n.º 24101/2007 de 22 de outubro, qualquer interpretação qualitativa entre modelos A e B. O posicionamento entre modelos é apresentado e deve constituir cada vez mais uma opção tomada pela equipa em função do grau de risco de actividade e retributivo que está disponível para assumir em função duma maior exigência e disponibilidade contratualizada, mantendo-se uniformes os princípios básicos organizacionais e de compromisso (identidade comum de todas as USF). Nunca um *ranking* no qual se sobe e desce.
- O Modelo B não pode ser encarado como um prémio ou como um patamar superior no quadro das USF. É uma opção e deverá estar sujeito a um modelo retributivo melhor adaptado àquilo que dele se exige – incentivar maior disponibilidade e flexibilidade para atingir níveis avançados de acessibilidade, desempenho e resultados com conseqüente acréscimo de risco e responsabilidade.
- O que importa é rever, nos termos legais, o modelo retributivo tornando-o mais explícito na partilha de risco. O que se ganha é função do nível de compromisso, dedicação e desempenho em função duma contratualização inteligente. Ou seja, a *componente variável* da remuneração em Modelo B deverá aperfeiçoar-se no sentido dos resultados indexados e passar a constituir uma parcela mais relevante neste sistema misto. Ganhar mais ou menos

do que o salário base da categoria profissional terá de ser função do desempenho/resultados (individual e da equipa consoante o indicador).

- O próprio processo de contratualização terá obrigatoriamente de se encarregar de fazer este ajuste e essa passará a ser uma das características autorreguladoras do Modelo B.
- De acordo com os trabalhos que a CNCSP tem vindo a preparar e se encontram em fase avançada de desenvolvimento dentro do grupo técnico preparado para o efeito, estes princípios já se encontram implícitos no novo modelo de contratualização a propor para o triénio 2017-19.

O Coordenador

PARECER N.º 03 – PROPOSTAS OPERACIONAIS E ESTRATÉGICAS, A CURTO E MÉDIO PRAZO, PARA ASSEGURAR O “AUMENTO DA RESOLUTIVIDADE DA FISIOTERAPIA/REABILITAÇÃO NOS CSP”

2016.08.12

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

O Despacho n.º 200/2016, de 07 de janeiro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde estipula na sua alínea i) do ponto 2: *“O reforço das capacidades de intervenção dos cuidados de saúde primários, através do aumento de recursos próprios e apoio complementar, seja na prestação direta de cuidados seja em atividades de consultoria, em áreas como a psicologia, nutrição, saúde oral, a oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria, a fisioterapia e a medicina física e de reabilitação”*.

Na consecução desta tarefa a Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos CSP (CNCSP) constituiu um **Grupo de Trabalho com Fisioterapeutas (FT) e Enfermeiros de reabilitação (ER)**, profissionais que nos CSP desenvolvem as atividades de *“fisioterapia e de reabilitação”*, para o qual convidou: a) profissionais que trabalham nos ACeS das ARS e de ULS de norte a sul do país, que conhecem a realidade como ninguém; b) profissionais das Instituições de Ensino Superior que formam estes profissionais e ministram os respetivos *Mestrados de Fisioterapia na Comunidade e de Enfermagem de Reabilitação*, como garante da melhor e mais atual evidência científica disponível sobre a efetividade das intervenções dos FT e dos ER; c) e um representante das respetivas associações de profissionais - Associação Portuguesa dos Fisioterapeutas, Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação e Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade - como representantes formais dos citados profissionais.

Os profissionais indicados foram agrupados em dois subgrupos de trabalho (FT e ER) a quem **a CNCSP solicitou:**

- 1- Que efetuassem um **diagnóstico de situação** sobre a atual prestação dos referidos cuidados de saúde de fisioterapia/reabilitação na rede dos CSP do país;
- 2- Que apresentassem **propostas** concretas quanto aos seguintes cenários:
 - a. *O que se pode passar a fazer e melhorar, a curto prazo, em termos de prestação de cuidados de fisioterapia/reabilitação nos CSP, quer nas instalações dos centros de saúde, quer na comunidade ou nos domicílios dos utentes, sem necessidade de grandes investimentos;*

- b. *O que se pode passar a fazer em termos de prestação de cuidados de fisioterapia nas instalações dos Centros de Saúde/CSP se forem feitos investimentos em recursos humanos, espaços e equipamentos;*
- c. *Que ganhos em saúde e que custos podem estar associados a estes dois tipos de intervenções;*
- d. *Que evidência existe e é conhecida das experiências internacionais em termos de efetividade das intervenções de fisioterapia/reabilitação nos CSP, que possam ser transpostas para o país.*

Os subgrupos de trabalho iniciaram o seu trabalho em 21 de abril e apresentaram as suas propostas finais em 30 de junho.

A leitura dos **relatórios finais** dos dois subgrupos (FT 156 páginas e ER 113) completada com as apresentações efetuadas para apresentação dos seus documentos **permite-nos inferir:**

- 1- Que a **metodologia de trabalho** definida pela CNCSP para a constituição do GT **resultou muito bem**, como comprova a qualidade dos relatórios e das suas propostas, que nos remeteram num tão curto período de tempo e que vão anexos a este parecer. O subgrupo dos FT conseguiu, designadamente responder a todos os cenários que havíamos colocado no repto para que os convocamos.
- 2- Com os contributos e esforço dos dois subgrupos de trabalho FT/ER **o Ministério da Saúde dispõe de um excelente e atual diagnóstico de situação relativo à prestação de cuidados de saúde em fisioterapia/reabilitação nos CSP em todo o país**, construído com informações recolhidas diretamente aos profissionais de todos os ACeS e ULS onde, neste momento, se prestam este tipo de cuidados.
- 3- Que se verifica uma **enorme diversidade de soluções organizativas e funcionais no país**, bem como **uma irregular, insuficiente e heterogénea alocação destes dois grupos profissionais no território nacional**, o que denota a **total ausência verificada até agora de uma estratégia relativa à prestação de cuidados de saúde de fisioterapia/reabilitação nos CSP, que urge colmatar e de que politicamente foi dado público sinal dessa intenção.**
- 4- Que nas comparações internacionais **Portugal é o país com menos FT nos serviços públicos de saúde, um dos três com menor rácio de FT por 100.00 habitantes** de entre os 28 da Europa (12,2 por 100.000 habitantes em Portugal contra 87,3 por 100.000 habitantes na média Europeia) e **é o que tem menos FT no SNS quando comparado com países de idêntica densidade populacional** (pág. 25).
- 5- Que foram contabilizados 150 fisioterapeutas e 253 enfermeiros de reabilitação a trabalhar em CSP. **25 % dos ACeS não tem FT e 17% não tem ER.** Existem nomeadamente 63 UCC que não dispõem de ER nas respetivas ECCI, facto que se torna relevante se atentarmos que 97% dos utentes referenciados para estas equipas para cuidados de reabilitação têm necessidade

- concomitante de cuidados de enfermagem geral, aos quais o ER pode também garantir esta resposta.
- 6- A **insuficiente, sem critério e díspar alocação destes recursos humanos nos CSP/SNS**, a dispersão da carga horária atribuída aos profissionais pelas diferentes unidades funcionais e pelos diversos projetos no terreno, as diferentes tipologias, por exemplo, de organização da prestação de cuidados pelos FT à população, **induz uma evidente perda de oportunidade para que os CSP prestem os cuidados de qualidade que devem assegurar em proximidade, nomeadamente nos locais isolados de baixa densidade demográfica**, que não dispõem de alternativas complementares como a dos convencionados. Enfim, **mantêm-se as graves limitações no acesso à MFR** que já haviam sido **identificadas pela ERS** nos seus relatórios.
 - 7- Que esta ausência de uma decisão estratégica de política de saúde na organização, distribuição e funcionalidade dos recursos humanos está associada à **insuficiente prestação de cuidados de fisioterapia/reabilitação**, bem como ao desperdício de recursos financeiros pelo SNS e pelos cidadãos, como foi objetivamente demonstrado pelos estudos económicos desenvolvidos pelos FT.
 - 8- Que foi identificado por ambos os subgrupos a **evidência científica** existente atualmente que suporta a sua prática profissional. O grupo FT optou por apresentar um documento baseado, sempre que possível, em tipos de artigos como **revisões sistemáticas e meta-análises, que sustentam o papel de prestador de cuidados de saúde do FT, os ganhos em saúde associados e relação custo-eficácia e/ou custo-utilidade em 14 diferentes áreas clínicas**.
 - 9- Que o grupo FT ilustrou a **potencialidade da reorganização dos recursos humanos em fisioterapia poder ser autossustentável financeiramente**, sugerindo ganhos muito significativos, tanto diretos (preço por assistência) como indiretos (prescrição de fármacos, consultas de MFR ou outras especialidades, requisição de meios complementares de diagnóstico, tempo e custo gasto em transportes, custo do tempo de inatividade).
 - 10- Foram também identificadas **uma série de boas práticas** por parte dos FT e dos ER que se encontram implementadas no terreno, e **que facilmente e sem custos se podem generalizar aos restantes profissionais e expandir nas respetivas áreas**. Algumas destas boas práticas já foram metodologicamente bem avaliadas e são manifestamente custo-efetivas e custo-eficientes com resultados comunicados em congressos e publicados em revistas científicas *peer review*, outras há que ainda necessitam de avaliação mais rigorosa e global. Na área de Fisioterapia foram apresentados alguns projetos com metodologia e dimensão amostral relevante e com estratégias de implementação inovadoras.
 - 11- Como **principal limitação** comum aos dois grupos de profissionais foi identificada a ausência de um **Sistema de Informação** integrado e que garanta a produção de indicadores sensíveis ao desempenho profissional dos FT/ER.

O grupo dos ER demonstrou que nesta fase a implementação do *SCLínico* é uma realidade nacional, pelo que estão disponíveis para contribuir no curto-prazo para melhorias de estrutura e funcionalidades que terão impacto na qualidade da informação a recolher e no contributo para o desenvolvimento do processo de contratualização já a decorrer para as UCC.

O grupo dos FT informou que já foram despoletadas **experiências piloto** no terreno em 3 ACeS com o envolvimento de profissionais e de técnicos dos SPMS para o desenvolvimento de soluções integradas no *SCLínico*, mas que estão paradas por falta de decisão superior de lhes atribuir prioridade nacional, não dispondo, por isso, de uma aplicação nacional (98% dos FT fazem registos, dos quais 77% são em papel e as UCC usam 4 aplicações).

O aplicativo da RNCCI na sua versão para Fisioterapeutas permite apenas funções de agenda, apenas permitindo o registo em texto livre, sem especificidade para FT ou ER, o que impossibilita a documentação devida das suas intervenções específicas e necessária à avaliação, monitorização e produção de evidência dos resultados/ganhos em saúde que decorrem do seu desempenho profissional.

12- Foram ainda identificadas como essenciais a:

- a. A necessidade de **revisão da organização da prestação de cuidados pelos FT** em CSP para o que propõem:
 - i. A **integração de todos os FT na URAP** (ou a constituição de uma UF própria nos ACeS com grande número de FT, como previsto na legislação), o que permitirá um ganho de escala, uma maior preocupação com as necessidades dos utentes e uma melhor gestão dos sempre limitados recursos;
 - ii. Uma **organização funcional baseada numa cultura horizontal de partilha, de consultadoria multiprofissional**, que permita decidir, por exemplo, entre o MGF e o FT que tratamentos a casos agudos e aos doentes com doença crónica possam/devam ser realizados nos CSP ou que tenham que ser referenciados para um serviço de MFR hospitalar, ou mesmo para um *Centro Regional de Reabilitação*, ou para a convencionada. Pelas experiências estudadas e descritas no relatório dos FT, esta prática propicia mais ganhos em saúde, de um modo mais rápido, com menos custos diretos e indiretos para o SNS e para o próprio doente **e a sua generalização será autossustentada do ponto de vista financeiro.**
- b. A necessidade de **normalização nacional dos programas/projetos prioritários das UCC**, que deverão integrar a sua **nova carteira básica, a ser objeto de contratualização com o ACeS**, particularmente na área da fisioterapia /reabilitação que já envolve 131 destas unidades.

- c. A necessidade de se organizarem **experiências piloto** no país (para as quais os FT e os ER apresentaram **propostas concretas de locais**), que devam ser **transparentemente monitorizadas e avaliadas por entidades idóneas** quanto aos ganhos em saúde que proporcionam, ao custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade quer para o SNS quer para o utente, **após o que se deve alargar progressivamente a prestação de cuidados de fisioterapia/ reabilitação pelos demais ACeS e ULS de todo o país.**
- d. Os FT solicitaram apoio ao Ministério da Saúde no acesso a mais informação e com mais detalhe e a apoio de peritos em economia da saúde, para poderem completar e aprofundar os estudos já iniciados, já que daí poderão resultar melhores e mais sólidas conclusões quanto a mais amplos ganhos financeiros, que tudo indicia estarem associados à prestação de cuidados de fisioterapia nos CSP.
- e. Os ER sugeriram a realização de um estudo exaustivo, de âmbito nacional, incidindo na **avaliação económica** (custo-benefício; custo-efetividade; custo-utilidade) dos cuidados de **Enfermagem de Reabilitação**, preferencialmente a ser elaborado por uma unidade de investigação idónea.
- f. Foi, ainda, identificada pelos ER a **falta de equipamento e de espaços** nos centros de saúde que possam ser convertidos em locais mais adequados para prestar cuidados de fisioterapia/reabilitação e de **viaturas** para as deslocações aos domicílios dos doentes.
- g. A necessidade de **garantir a todos os FT e ER formação contínua e de serviço**, para manter a diferenciação desejável entre os vários elementos de uma equipa e o permanente estado da arte na prestação de cuidados de saúde, **o que nunca o SNS lhes facultou e nem sempre os serviços facilitaram a obtenção da comissão gratuita de serviço**, apesar de a formação ser a total expensas dos profissionais e com custos muito elevados.
- h. O interesse em **promover uma cultura de investigação/ação que envolva os profissionais dos serviços de saúde e das instituições de ensino superior**, de cuja sinergia poderá resultar uma imediata **translação do conhecimento** para a prestação de cuidados a nível nacional, para o bem-estar dos doentes, para a melhor gestão dos CSP e para a sustentabilidade do SNS.
- i. Que se desenvolvam **grupos de trabalho transdisciplinares que permitam consensualizar qual/como/onde deve ser o contributo de cada profissional envolvido no processo assistencial integrado concebido na ótica do interesse do doente**, para o que foi sugerido que um primeiro tema deveria ser a **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**, até porque vai de encontro e se complementa com a iniciativa do governo de promover a realização das espirometrias nos CSP (Despacho 6300/2016), para o que os FT e os ER já apresentaram sugestões concretas de profissionais a integrar.

Considerando este volume e qualidade de informação disponibilizada pelos FT e ER, e as próprias propostas do Grupo de Trabalho, **a CNCSP é de parecer que o Ministério da Saúde deve incrementar a seguinte estratégia:**

- 1- Decidir que os SPMS devem assumir como prioritária a conclusão dos trabalhos das experiências piloto relativos ao Sistema Informação, integrado e com garantia de interoperabilidade com os demais, que permita registar o desempenho específico dos FT e dos ER e medir os resultados que lhe estão associados, sem o qual não se pode monitorizar e avaliar a prestação dos cuidados de saúde, a própria decisão de aumentar a resolutividade dos CSP em fisioterapia, muito menos a indispensável contratualização e gestão destas atividades/serviços.
- 2- Decidir incrementar nos ACeS experiências piloto em cuidados de fisioterapia em CSP, sugeridas pelos FT e em UCC propostas pelos ER, que deverão ser acompanhadas e avaliadas com divulgação pública dos resultados, por um Grupo de Trabalho nomeado para o efeito e liderado pela CNCSP. Os locais para as experiências-piloto e a constituição do GT serão oportunamente propostos pela CNCSP ao Senhor SEAS para os homologar.
- 3- As experiências-piloto (E-P) devem ter a seguinte calendarização:
 - a. setembro a dezembro de 2016 devem funcionar as primeiras E-P com FT e ER nos locais a indicar;
 - b. janeiro/fevereiro de 2017 serão efetuadas as respectivas avaliações;
 - c. março a dezembro de 2017 deverão ser alargadas as E-P a todas as ARS (3 a 5 EP por ARS para FT e ER) e serão contratados 2 FT por cada um dos ACeS que ainda os não possuem;
 - d. janeiro/fevereiro 2018 serão efetuadas as respectivas avaliações das E-P;
 - e. março de 2018 contratação de FT e de ER que garantam os cuidados de fisioterapia pelos FT em todos os ACeS e assegurem ER em todas as UCC, cujo desempenho siga as boas práticas que foram identificadas nas E-P.
- 4- Elaboração pela CNCSP, até 15 setembro de 2016, de recomendações sobre a organização e funcionamento das E-P a incrementar nos ACeS/ULS, para serem homologadas pelo Senhor SEAS.
- 5- Elaboração pela CNCSP, como apoio da APF, de um resumo descritivo das “boas práticas” identificadas pelos FT, já avaliadas e com garantia de positivo custo-efetividade, a serem generalizadas pelos demais ACeS onde há FT, a divulgar por todas as ARS em outubro de 2016.
- 6- Definição de um Grupo de Trabalho, com apoio da APER e da AUCC e outros técnicos, liderado pela CNCSP, que monitorize e avalie as experiências que os ER recomendam como boas

- práticas**, mas que ainda carecem de uma avaliação externa, robusta e global, cuja conclusão dos trabalhos deverá estar terminada em **dezembro de 2016**.
- 7- **Definição de um Grupo de Trabalho, com apoio da APF, liderado pela CNCSP, para a conceção e redação de documento relativo à organização e funcionamento da consultadoria multiprofissional que deverá enquadrar o desempenho dos FT nos ACeS, a sua *carteira básica de serviços* e respetivo processo de contratualização, a apresentar ao Senhor SEAS para homologar até novembro de 2016.**
 - 8- **Definição de um Grupo de Trabalho, com apoio da APER e da AUCC, liderado pela CNCSP, para a análise do que devem ser os programas prioritários a desenvolver pelas UCC e conceber uma nova *carteira básica de serviços* a partir da qual se desenvolverá a respetiva contratualização das UCC com os ACeS, a apresentar ao Senhor SEAS para homologar até novembro de 2016.**
 - 9- **Elaboração pela CNCSP, até 22 de agosto, de uma proposta para a constituição do Grupo de Trabalho transdisciplinar para a análise da prestação de cuidados de fisioterapia/reabilitação na DPOC, que deve concluir os seus trabalhos no prazo de três meses após o início de funções.**
 - 10- **Elaboração de uma proposta de estudo, por entidade externa ao MS, sobre os ganhos em saúde e sobre as variáveis económico-financeiras e implicações para o SNS e para os utentes, associadas à prestação de cuidados de fisioterapia nos CSP, nas EP.**
 - 11- **Elaboração de um protocolo a ser assinado pelo Ministério da Saúde e pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (que ministram *Mestrado de Fisioterapia na Comunidade*) e com as Escolas Superiores de Enfermagem/ Saúde (que ministram *Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*) para se assegurar um **programa de formação/atualização anual** para os FT e para os ER dos CSP.**
 - 12- **Elaboração de um protocolo a ser assinado pelo Ministério da Saúde e pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (que ministram *Mestrado de Fisioterapia na Comunidade*) e com as Escolas Superior de Enfermagem/Saúde (que ministram *Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*) para o **desenvolvimento de projetos de investigação/ação** relacionados com as necessidades em saúde da população, e que garantam a imediata translação do conhecimento na qualidade e sustentabilidade da prestação de cuidados de fisioterapia/reabilitação em CSP.**
 - 13- **Dar conhecimento ao NAE das boas experiências do envolvimento dos FT e ER na “*gestão da doença crónica*” e na “*literacia em saúde*”.**
 - 14- **Sugerir à DGS o envolvimento de FT dos ACeS no *Programa Prioritário de Promoção da Atividade Física* para os CSP.**

- 15- Sugerir que o **aumento da resolutividade dos CSP**, designadamente através da ... **prestação direta de cuidados** ou em atividades de consultoria nas áreas como ... **a fisioterapia ... que têm manifesta evidência científica**, de proporcionarem: mais ganhos em saúde, mais ganhos em funcionalidade, na mobilidade e amplitude de movimentos, na força e performance muscular, no equilíbrio, na prevenção de quedas, na autonomia e na qualidade de vida, na gravidez e na recuperação pós parto, na prevenção da incontinência urinária, na prevenção de infeções respiratórias nas crianças prematuras, na educação postural, na saúde escolar, no relaxamento de crianças com necessidades educativas especiais, na saúde ocupacional, na prevenção de lesões músculo-esqueléticas, na prevenção da obesidade, na diabetes tipo2, na DPOC, na asma, na doença cardiopatia isquémica, na cerebrovascular, na doença oncológica, nas demências, na dor, nas lombalgias, cervicalgias e osteoartroses, na promoção do envelhecimento ativo ou na promoção da atividade física, ou, até, na sustentabilidade dos SNS, **deva seja objeto de uma apropriada política de comunicação por parte do Ministério da Saúde e de divulgação transparente e permanente, no portal do SNS/CNCSP, dos respetivos resultados que forem sido obtidos com a implementação da presente estratégia.**
- 16- Decidir que **decorridos três anos da implementação desta estratégica política, a mesma deve ser avaliada, os resultados públicos e readequada se necessário.**

O Coordenador

PARECER N.º 04 – PASSAGEM DE USF DE MODELO A PARA MODELO B

2016.08.25

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

No quadro das funções e competências fixadas para o *Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários* e sua *Equipa de Apoio* através do Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro e na sequência do pedido de parecer solicitado pelo Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a propósito do assunto supracitado, verificamos que:

Pressupostos:

- A diferenciação entre o modelo organizacional USF A e B resulta de 2 dimensões estruturantes:
 - a. grau de autonomia organizacional;
 - b. diferenciação de modelo retributivo e de incentivos para os profissionais (incentivos financeiros) conforme Anexo ao Despacho n.º 24101/2007 de 22 de outubro.
- O modelo B de USF é aquele em que equipas com maior amadurecimento organizacional e maiores exigências de contratualização, assumem com a administração uma remuneração sensível à carga de trabalho e ao seu desempenho, integrando além de uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (atividades específicas nos médicos ou incentivos financeiros nos enfermeiros e secretários clínicos).
- A transição de um modelo para outro é *permitida em qualquer momento desde que observados os termos de acesso e a metodologia bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, de acordo com o n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.*
- O Modelo B não pode ser encarado como um prémio. É uma opção e deverá estar sujeito a um modelo retributivo melhor adaptado àquilo que dele se exige – incentivar maior disponibilidade e flexibilidade para atingir níveis avançados de acessibilidade, desempenho e resultados com consequente acréscimo de risco e responsabilidade.

Definição de critérios:

- O estabelecimento de critérios para acesso ao modelo deverá sobretudo identificar aquelas equipas que maiores garantias apresentam de serem capazes de responder aos pressupostos atrás definidos.
- A metodologia usada deve avaliar o grau de cumprimento de um conjunto mínimo de requisitos estruturais e de funcionamento que demonstrem um nível organizacional estabilizado nos pressupostos que definem as USF e no cumprimento de intervalos de resultados previamente contratualizados nas seguintes dimensões:
 - i. acessibilidade;
 - ii. adequação de cuidados;
 - iii. efetividade ou resultados de saúde;
 - iv. eficiência e qualidade (quer a qualidade técnica dos processos assistenciais, quer a qualidade percebida) avaliada através a satisfação dos utentes.
- O critério para evolução para USF modelo B tem sido sempre o de se considerar **APROVADA** ou **NÃO APROVADA** a candidatura avaliada de acordo a grelha DiOr - que tem procurado responder, embora parcialmente, aos princípios anteriores. Quando o n.º de candidaturas ultrapassa o n.º de vagas disponibilizadas por despacho tem sido utilizado o critério decisório da **data do Parecer Técnico** e da sua **Homologação**.
- A proposta de **utilização do IDG** resultante da contratualização interna das USF candidatas a modelo B como elemento decisório das candidaturas, **não pode ser aceite** pelas razões seguintes: O IDG da contratualização avalia os resultados referentes à evolução temporal das metas contratualizadas. Um melhor IDG não é sinónimo de melhor resultado, mas apenas mostra que a equipa melhorou o seu resultado anterior em relação à meta. Equipas com resultados acima do percentil 80 em que contratualizam a manutenção dos mesmos resultados obtêm piores IDG do que equipas com resultados em percentis abaixo de 50% em que a contratualização proposta é de subida para o percentil seguinte ou seguintes.

Assim, e tendo decorrido quase uma década após a publicação do Despacho n.º 24101/2007, verifica-se a necessidade de colmatar insuficiências normativas detetadas, designadamente quanto aos critérios de acesso e de transição entre os modelos organizativos A e B. Essa é uma tarefa a iniciar desde já em conjunto com a ACSS e com as ERA de modo a poder ser usada a partir de 2017.

Parecer:

- **Até afinal de 2016**, e enquanto não estiverem aprovados os novos critérios de acesso e de transição entre os modelos organizativos, deverá continuar a usar-se a metodologia actualmente em vigor - **priorização pela data do Parecer Técnico e da sua Homologação**.
- Atendendo a que o processo de avaliação das candidaturas tem pressupostos nacionais e que se corre o risco de termos candidaturas a modelo B numa região que não podem iniciar por se ter ultrapassado a respetiva quota ao mesmo tempo que não são preenchidas todas as vagas noutras **regiões, propor ao SEAS a emissão de despacho que permita a mobilização de vagas inter-regiões**.

O Coordenador

PARECER N.º 06 – ÚLTIMA VERSÃO DA PROPOSTA DE LEI DA SAÚDE PÚBLICA

2016.09.03

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

- 1- Verifica-se que os Serviços de Saúde Pública (SSP), afinal, continuam inseridos nos CSP (ACeS das ARS e das ULS), decisão com a qual concordamos.

É essencial que os SSP se encontrem próximos da população, conheçam bem a sua cultura e características, o porquê de certas atitudes e comportamentos das pessoas e da comunidade que determinam o seu estado de saúde, que trabalhem ombro a ombro com as equipas de saúde familiar e os demais profissionais de saúde dos CSP, bem como com as instituições da comunidade, o que facilita a melhor adequação das intervenções em saúde e a obtenção de sinergias entre todos os atores, designadamente o desejável envolvimento de todos os cidadãos no processo das decisões estratégicas que visam a melhoria do estado de saúde da população.

- 2- Consta-se que não foi previsto qualquer “novo impulso na organização dos serviços de saúde pública”, como havia sido divulgado ser intenção da *task-force* para o desenvolvimento de uma “nova ambição para a saúde pública” e que constava de documentos anteriores publicados sobre esta matéria, o que lamentamos.

O facto de os SSP continuarem a fazer parte dos serviços de CSP não invalida que não fosse previsto um modelo de evolução organizativa e funcional, com progressiva autonomia e responsabilidade. Uma contratualização mais exigente com mais risco para os profissionais das USP mas também os correspondentes incentivos constitui mais uma oportunidade perdida.

Seria desejável, do nosso ponto de vista, avançar com uma nova dinâmica de intervenção por parte dos SSP, em que, por exemplo, se impulsionassem as referidas “USP piloto” entre as USP mais dinâmicas e criativas, cuja evolução organizacional, prática e resultados fossem rigorosa e transparentemente monitorizados, funcionando como modelo de aprendizagem após o que seriam alargados às restantes USP do país.

Assim, vai permanecer o atual *status quo* das USP caracterizado por alguma ineficiência e pouca efetividade da sua existência e intervenção, muito limitado ao exercício das funções de autoridade de saúde no sentido tradicional de uma visão rotineira e muito administrativa.

- 3- Era importante que as funções observatório, de planeamento em saúde, de avaliação do impacto das diversas intervenções em saúde e dos outros serviços, como as intervenções designadas de “operações essenciais de SP” (OESP) em toda a Europa passassem a ter uma maior visibilidade como as principais estratégias dos SSP. Aliás, a tradução para português das OESP do documento original nem sempre foi feliz e precisa, pelo que deveria ser ajustada em termos técnicos e funcionais, clarificando para qualquer cidadão o que se pretende com cada uma das 10 estratégias europeias, consensualmente aprovadas por todos os países.
- 4- A nomeação das autoridades de saúde continua num registo de conceção muito vertical e centralizadora, plasmando a legislação em vigor, perdendo-se a oportunidade para implementar uma maior descentralização e responsabilidade de decisão nestas nomeações para os níveis regional e local, essencial para estimular uma maior criatividade e iniciativa regional e local, uma maior responsabilidade funcional e organizativa que uma “nova ambição para a saúde pública” pretendia incrementar.
- 5- Discordamos da redação do ponto 2 do artigo 37.º relativo à Vacinação que prevê que “... outras entidades do setor da Saúde possam celebrar protocolos com o Ministério da Saúde para esse fim”. Esta intenção e redação não salvaguarda que as vacinas do PNV sejam aplicadas e registadas em exclusividade nos serviços de saúde públicos, atitude que deixa de garantir o real conhecimento das taxas de cobertura da população e a identificação dos cidadãos que necessitam de ser vacinados em tempo útil, ao abrir ao sector privado e social a hipótese de prestarem este tipo de atos de saúde.

O Coordenador

RECOMENDAÇÕES 2016

RECOMENDAÇÃO 01 – RECOMENDAÇÃO NACIONAL PARA A COLOCAÇÃO DOS NOVOS ASSISTENTES DA ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR POR UNIDADE FUNCIONAL (USF / UCSP) DENTRO DE CADA ACES

2016.06.27

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

Uma vez concluído o procedimento concursal visando a celebração de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado ou de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado ao abrigo do Código do Trabalho, consoante se trate de, respetivamente, estabelecimentos do sector público administrativo ou entidades públicas de natureza empresarial, de acordo com o Despacho n.º 7709-A / 2016, de 9 de junho e respetivo mapa de vagas anexo, e na sequência do Aviso n.º 7530-B/2016, da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., (ACSS, I.P.), importa agora esclarecer e definir a forma como os profissionais médicos serão afetos às respetivas unidades funcionais dentro de cada ACeS, sejam elas Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Excecionalmente para 2016, e por existirem compromissos anteriores, formal e documentalmente assumidos relativamente a mobilidades, considera-se este ano como de transição exclusivamente para estas situações.

Assim, deverão ser aplicados os seguintes procedimentos pela ordem indicada:

1 – As carências de médicos de família nas USF são supridas, dentro do universo dos profissionais médicos colocados no respetivo ACeS e no respeito pelo princípio da auto e livre escolha dos profissionais, por uma de duas vias:

- a) formalizando eventual compromisso anteriormente estabelecido entre o profissional e a USF de acordo com o termo de aceitação rubricado pelas partes;
- b) permitindo à USF exercer o seu direito de convite e, aos médicos, a sua aceitação.

Qualquer das situações previstas nas alíneas anteriores pressupõe a homologação pelo Conselho Diretivo da respetiva ARS, I.P., da respetiva adenda ao parecer técnico emitido pela ERA.

Quando a escolha da USF recair sobre profissionais médicos de outro ACeS esta só poderá ser efetivada através dos mecanismos legais de mobilidade previstos na lei.

2 – Não existindo USF com carências de profissionais médicos ou não sendo exercido o princípio de convite e aceitação, a afetação dos profissionais pelas unidades funcionais (USF / UCSP) é feita pelo Diretor Executivo do ACeS, ouvido o respetivo Conselho Clínico e de Saúde, tendo por base o princípio da livre escolha dos interessados, exercida por ordem decrescente da nota final do internato. Contudo será concedida prioridade à eventual apresentação em grupo de projetos de constituição de novas USF.

3 – Questões não previstas na presente Recomendação são arbitradas e decididas pelo Conselho Diretivo da respetiva ARS, I.P., devendo das mesmas ser dado conhecimento ao membro do Governo responsável pela área da Saúde de forma a ser assegurada a uniformização das decisões.

O Coordenador

**RECOMENDAÇÃO N.º 2 – PAGAMENTO MENSAL DA COMPENSAÇÃO PELO
DESEMPENHO AOS ENFERMEIROS E ASSISTENTES TÉCNICOS DAS USF MODELO B**

2016.08.17

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

A inovadora remuneração mensal dos profissionais em USF de Modelo B comporta 3 componentes:

- 1 componente fixa, remuneração base, de acordo com o grau na carreira dos profissionais;
- 2 componentes variáveis, configurando a assunção mútua de risco pelos profissionais e pela administração de acordo com a carga de trabalho estimada - **suplemento pelo aumento da lista ponderada utentes inscritos** - e da qualidade da prestação de cuidados - **compensação pelo desempenho**.

Sendo as USF uma equipa multidisciplinar em que todos os profissionais - médicos, enfermeiros e secretários clínicos - subscrevem o compromisso assistencial configurado no Plano de Ação da USF e no Regulamento Interno, as várias componentes da remuneração mensal são comuns a todos com as adaptações próprias de grupo profissional. Acresce o facto que é o atingimento de resultados da equipa que determina as componentes da remuneração dos vários grupos profissionais.

Assim, e tendo em conta que a componente da compensação de desempenho dos enfermeiros e secretários clínicos, designada no DL 298/2007 de **incentivos financeiros**, tem sucessivamente sido paga em bloco e com atraso substancial ao desempenho a que respeitam, contrariando os princípios subjacentes ao referido DL, nomeadamente no seu artigo 31.º (remuneração dos enfermeiros) e artigo 33.º (remuneração do pessoal administrativo), **recomenda-se que a partir de 2017 se proceda ao seu pagamento mensal**.

Para tal, devem as ARS, enquanto não se terminar a avaliação do desempenho das USF, abonar os respetivos profissionais com [50% a 75%] do valor do ano anterior. Após a confirmação do valor real proceder-se-á aos respetivos acertos.

O Coordenador

**RECOMENDAÇÃO N.º 03 – PUBLICAÇÃO DOS RELATÓRIOS REGIONAIS DE
CONTRATUALIZAÇÃO REFERENTES A 2015**

2016.08.22

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

A Portaria n.º 377-A / 2013 de 30 de dezembro procedeu

... à primeira alteração à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que regula os critérios e condições de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiares (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

Através do seu artigo 5.º foi definido um conjunto de datas, de cujo cumprimento depende a sequência e o cumprimento dum compromisso bilateral entre o Estado e os profissionais que integram as USF - metodologia e referencial de metas, carta de compromisso firmada entre as partes, entrega dos relatórios de actividades por parte das USF, eventuais auditorias clínicas, comunicação às USF da decisão relativa à atribuição de incentivos caso o apuramento dos resultados assim o justifique, entrega de incentivos financeiros, plano para a aplicação dos incentivos institucionais e aplicação dos mesmos.

Data limite	Assunto <i>(texto da Portaria)</i>	Entidade responsável
15 de dezembro do ano anterior	<i>O peso dos indicadores nacionais, os critérios gerais para a definição das metas a contratar e o referencial das metas de cada indicador nacional para o processo de contratualização é determinado anualmente por despacho do membro do governo responsável pela área da saúde, a publicar até 15 de dezembro do ano anterior a que se refere.</i>	membro do governo responsável pela área da saúde
15 de dezembro do ano anterior	<i>A ACSS,IP publica no sítio da internet a metodologia de contratualização que operacionaliza a presente portaria até 15 de dezembro do ano anterior a que se refere.</i>	ACSS

31 de março	A carta de compromisso deve ser firmada pelas partes, até 31 de março do ano a que se refere.	USF - ACeS
31 de março	O ACeS apura os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição dos incentivos institucionais e financeiros .	ACeS
31 de março	A USF elabora um relatório de atividades , com base nas metas dos indicadores contratualizados e pelos dados fornecidos automaticamente pelo sistema de informação, que remete para o diretor executivo do ACES, até 31 de março do ano seguinte àquele a que respeita, que, após parecer do conselho clínico e de saúde, submete à aprovação do conselho diretivo da ARS,IP.	USF
15 de Maio	A ARS,IP e o ACES podem, <u>se assim o entenderem</u> , providenciar a realização de uma auditoria clínica para verificar o cumprimento das metas, que deve estar concluída até 15 de maio de cada ano.	ARS / ACeS
15 de Junho	A ARS,IP por intermédio do ACeS comunica à USF , até 15 de junho de cada ano, a decisão relativa à atribuição de incentivos .	ARS (ACeS)
15 de Julho	Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros , a ARS,IP procede à sua entrega, aos profissionais, até 15 de julho de cada ano.	ARS
15 de Julho	Caso haja lugar à atribuição de incentivos institucionais , a USF apresenta uma proposta de plano de aplicação de incentivos institucionais , que remete para o diretor executivo do ACES, até 15 de julho de cada ano, que, após parecer do conselho clínico e de saúde , submete à aprovação do conselho diretivo da ARS.	USF ACeS (15 a 31 de Julho)
31 de Julho	Até 31 de julho de cada ano, a ARS,IP aprova o plano de aplicação de incentivos institucionais remetido ou negocia com a USF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde.	ARS

Embora se compreenda que a mudança de governo ocorrida no final de Novembro de 2015 possa ter produzido algum atraso, a não apresentação às USF, até 15 de Junho, da decisão relativa à atribuição de incentivos, através dos respectivos relatórios regionais de contratualização, está a prejudicar fortemente todo o processo e a colocar em causa a credibilidade e respeitabilidade das instituições envolvidas através do incumprimento já com mais de 2 meses de atraso.

Nesse sentido a **Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários**, recomenda ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde que, junto das ARS, IP:

1 - **Desencadeie** os procedimentos que entenda adequados para que as mesmas cumpram o que está legalmente definido e que **publiquem nos seus portais, e através dos respectivos relatórios de contratualização a decisão quanto à atribuição de inventivos** relativos a 2015 (conforme Artigo 5.º da Portaria n.º 377-A / 2013 de 30 de Dezembro).

2 – **Questione** ou **recomende**, conforme a situação verificada em cada uma, a **realização aleatória de auditorias a USF** tanto de Modelo A como de Modelo B, tendo como objetivo verificar se se mantêm os pressupostos que levaram às respectivas aprovações e validar os resultados da contratualização. (n.º 2 do Artigo 5.º da Portaria n.º 377-A / 2013 de 30 de Dezembro).

A CNCSP publicitará as respectivas ligações no *Portal do SNS / Reforma do SNS / CSP*.

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 04 – MODELOS DE USF E NORMAS DE TRANSIÇÃO E/OU EXTINÇÃO

2016.10.11

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

No quadro das funções e competências fixadas para o *Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários* e sua *Equipa de Apoio* através do Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro e na sequência do pedido de parecer solicitado pelo Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a propósito do assunto supracitado, procedemos à análise do atual enquadramento legal, bem como da sua operacionalização e procedimentos a nível nacional e nas diferentes ARS, e propomos as Recomendações para 2016/17

Enquadramento legal:

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto de 2007

Despacho n.º 24101/2007 de 22 de outubro de 2007

Despacho n.º 6739-A/2016 de 20 de maio de 2016

Pressupostos:

As USF são unidades funcionais no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários que possuem as seguintes características:

- Equipas multiprofissionais, com autonomia funcional e técnica, que contratualizam com a administração um compromisso assistencial a população inscrita em lista, de acordo com carteira de serviços pré-definida.
- Estão definidos 3 modelos de USF: A, B e C (só estão operacionalizados os modelos A e B).
- A diferenciação entre o modelo organizacional USF A e B resulta de 2 dimensões estruturantes: (1) grau de autonomia organizacional; (2) diferenciação de modelo retributivo: sensível à carga de trabalho e ao desempenho e com partilha de risco para os profissionais.

O modelo B de USF é aquele em que equipas com maior maturidade organizacional e maiores exigências de contratualização (objetivos e metas mais rigorosos), assumem com a administração uma remuneração sensível à carga de trabalho e ao seu desempenho, integrando além de uma

remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (atividades específicas nos médicos ou incentivos financeiros nos enfermeiros e secretários clínicos).

A transição de um modelo para outro *é permitida em qualquer momento desde que observados os termos de acesso e a metodologia bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, de acordo com o n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto (Despacho n.º 24 101/2007 de 22 de outubro de 2007).*

O Modelo B não pode ser encarado como um prémio ou posicionamento num *ranking* no qual se progride ou decresce. É uma opção da equipa em função do grau de risco, exige um processo de candidatura e deverá estar sujeito a um modelo retributivo melhor adaptado àquilo que dele se exige – incentivar maior disponibilidade e flexibilidade para atingir níveis avançados de acessibilidade, desempenho e resultados – com o conseqüente acréscimo de risco e responsabilidade e manutenção uniforme dos princípios básicos organizacionais e de compromisso (identidade comum de todas as USF). O quadro definido para os diferentes modelos organizacionais, plasmados no Despacho ministerial n.º 24101/2007 de 22 de outubro, claramente não pressupõe uma interpretação qualitativa entre modelos A e B.

Situação Atual

1. Criação de USF (*para ser USF*)

A) USF modelo A

I - Processo de candidatura:

Candidatura subscrita por toda a equipa multiprofissional;

Compromisso assistencial;

Plano de ação;

Avaliação pela Grelha *DiOr* – nível A.

II – Parecer técnico favorável da ERA.

III – A decisão de criação das USF modelo A é previamente comunicada pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS IP), ao membro do Governo responsável pela área da saúde e à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS IP).

B) USF modelo B

I - Processo de candidatura:

Candidatura subscrita pela equipa multiprofissional;

Compromisso assistencial;

Plano de ação;

Regulamento interno;

Cumprimento grelha *DiOr* – nível B (auditado pelas ERA ou sob sua supervisão);

Compromisso de adesão a programa de acreditação no período de 3 anos seguintes à transição de modelo.

II – Parecer técnico favorável da ERA.

III – Homologação e apresentação de proposta pelas respetivas ARS IP à ACSS IP.

IV – Emissão de parecer pela ACSS IP, nomeadamente no plano orçamental que submete a membro do Governo responsável pela área da saúde (SEAS), para sua homologação.

2. Monitorização das USF (acompanhamento e avaliação)

I – Pelo menos 1 visita anual de acompanhamento pela ERA (com auto e hétero avaliação segundo metodologia da grelha *DiOr*).

II – Avaliação do cumprimento da Carta de Compromisso contratualizada anualmente

A) Consequências nas USF modelo A

I – Acompanhamento (metodologia da grelha *DiOr*). A identificação de não cumprimentos ou insuficiências imputáveis à USF implica plano de melhoria, respetivo cronograma e acompanhamento e apoio contínuo pelas ERA e Conselhos Clínicos e de Saúde.

II – Cumprimento da Carta de Compromisso. O incumprimento da carta de compromisso, designadamente o não atingimento das metas contratualizadas, avaliada em sede de contraditório, implica não ter direito à atribuição dos Incentivos Institucionais.

III – Extinção da USF - O incumprimento reiterado e sucessivo por 2 anos da Carta de Compromisso, implica a extinção da USF, salvaguardando o princípio do contraditório, de acordo com o nº 3, artigo 19º, DL 298/2007 de 22 de agosto e nos termos do anexo I a esta recomendação.

B) Consequências nas USF modelo B

I – Acompanhamento (metodologia da grelha *DiOr*). A identificação de não cumprimentos ou insuficiências imputáveis à USF implica plano de melhoria com respetivo cronograma e acompanhamento e apoio contínuo pelas ERA e Conselhos Clínicos e de Saúde. O incumprimento reiterado e sucessivo por 2 anos, implica a sua transição para modelo A ou extinção da USF, salvaguardando o princípio do contraditório, de acordo com o nº 3, artigo 19º, DL 298/2007 de 22 de agosto e nos termos do anexo I a esta recomendação.

II – Cumprimento da Carta de Compromisso. O incumprimento da carta de compromisso, designadamente o não atingimento das metas contratualizadas, avaliada em sede de contraditório, implica não ter direito à atribuição dos Incentivos Institucionais e/ou dos Incentivos Financeiros e Atividades Específicas.

III – Transição ou extinção da USF modelo B - O incumprimento reiterado e sucessivo por 2 anos consecutivos, implica a sua transição para modelo A ou extinção da USF, salvaguardando o princípio do contraditório, de acordo com o n.º 3, artigo. 19.º, DL 298/2007 de 22 de agosto e nos termos do anexo I a esta recomendação.

Recomendação

Neste contexto, assumindo com clareza o modelo organizacional USF como mais adequado e virtuoso no âmbito dos CSP é no entanto evidente que uma década após a publicação do DL n.º 298/2007 de 22 de agosto e do Despacho n.º 24101/2007 de 22 de outubro de 2007, se verifica a necessidade de colmatar insuficiências normativas e processuais.

É igualmente necessário dar sequência aos resultados e recomendações presentes quer, no Relatório da ERS (março 2016) como na Auditoria do TdC (março 2016).

Assim a CNCSP propõe ao SEAS as seguintes Recomendações:

Recomendações para 2016

1. Até **15 de novembro**, as ARS IP devem publicar na sua página:
 - As cartas de compromisso de todas as USF e UCSP;
 - Os relatórios globais das visitas de acompanhamento efetuadas pelas ERA ou sob sua supervisão, com listagem das USF e respetivo grau de cumprimento (grelha *DiOr*), bem como as medidas corretoras propostas e avaliação das mesmas (no caso das não cumpridoras);
 - Os relatórios de avaliação da contratualização anual.
2. As USF A e B que, de forma reiterada, nos últimos 2 anos, não tenham obtido aprovação de acordo com a metodologia *DiOr* por questões imputáveis à USF:
 - Têm um prazo de 3 meses para, em conjunto com os Conselhos Clínicos e de Saúde do seu ACeS, apresentarem um relatório de cumprimento dos critérios em causa;
 - A não verificação da condição anterior tem como consequência nas USF A a passagem a UCSP e nas USF B a passagem a modelo A ou a extinção da equipa/unidade funcional, nos termos do anexo I, com possibilidade de eventual reformulação da USF e apresentação de nova candidatura;

3. Até final do corrente ano deverão ser realizadas **auditorias** (organizacionais e de desempenho) às USF:
 - Critérios de seleção: as 5 USF com "melhor" IDG e as 5 USF com "piores" IDG na contratualização de 2015, e outras 5 selecionadas aleatoriamente nas 3 maiores ARS IP (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo);
 - A componente organizacional da auditoria deverá ser realizada ou supervisionada pelas ERA utilizando como instrumento a atual grelha *DiOr*;
 - A componente desempenho da auditoria deverá ser realizada pelo Departamento de Contratualização através de auditoria aos registos;
4. Baseado na experiência e aprendizagem deste processo, as ERA e os Departamentos de Contratualização, deverão em conjunto com a ACSS e com a CNCSP definir a metodologia, critérios, métricas, para enquadrar e instituir um processo de auditoria clínica e organizacional, que será objeto de despacho do SEAS, a publicar até final do 1º trimestre de 2017.
5. A gestão das candidaturas a USF modelo A e B de acordo com o atual enquadramento legal deverá obedecer aos seguintes critérios
 - Para USF modelo A - Verificação dos pressupostos e critérios previstos no ponto 1. A)
 - Para USF modelo B – Verificação dos pressupostos e critérios previstos no ponto 1. B)
 - Havendo número superior de candidaturas em relação ao nº definido no despacho anual a priorização é dada pela data da homologação pela ARS do respetivo parecer técnico da ERA;
 - Atendendo a que o processo de avaliação das candidaturas tem pressupostos nacionais e que se corre o risco de termos candidaturas a modelo A e B numa região que não podem iniciar por se ter ultrapassado a respetiva quota, ao mesmo tempo que não são preenchidas todas as vagas noutras regiões, propõe-se a emissão de despacho que permita a mobilização de vagas inter-regiões.
6. Até ao final de 2016 deverá ser feita a revisão e atualização da grelha *DiOr* (critérios e metodologia) por grupo de trabalho (GT), constituído pela CNCSP, que coordena, ACSS, ERA e USF-AN, formalizado por despacho do SEAS. A sua operacionalização deverá ser feita através do dispositivo BI CSP, no seu componente *E-Qualidade*, de modo a garantir uma maior simplificação, efetividade e ganhos de eficiência.

Recomendações para 2017

1. **Gestão de candidaturas a USF:**
 - Transparência: publicação e atualização no Portal SNS / BI da Reforma das candidaturas, seus estádios de avaliação, constrangimentos apresentados e calendário para a abertura;

- Normalização de “2 épocas” de transição para modelo B (janeiro e julho de cada ano);
- Plano previsional anual (elaborado pelas ERA) que permita orçamentar regionalmente os diferentes modelos de USF a constituir.

2. Acompanhamento e monitorização:

- Todas as USF devem ter uma visita de acompanhamento anual efetuada pela ERA ou sob sua supervisão (segundo metodologia da nova grelha DiOr). Os relatórios devem ser publicados nas páginas da própria ARS;
- A não adoção pelas USF das medidas corretoras (no caso de existirem não conformidades), o não cumprimento dos critérios em áreas ou questões imputáveis às USF conducente ao incumprimento reiterado e sucessivo por 2 anos da sua carta de compromisso, implica nas USF A passagem a UCSP e nas USF B a passagem a modelo A ou sua extinção, salvaguardando o princípio do contraditório, de acordo com o nº 3, art.º. 19º, DL 298/2007 de 22 de agosto e nos termos do anexo I a esta recomendação.

3. Auditorias:

- Realização anual de auditorias organizacionais e de desempenho, de âmbito nacional e garantindo proporcionalidade regional, de acordo com os critérios e metodologia definidos pelo GT;
- A escolha das USF obedece aos seguintes critérios:
 - 10 USF modelo B aleatoriamente escolhidas das 50 com melhor desempenho;
 - 10 USF modelo B aleatoriamente escolhidas das 50 com pior desempenho;
 - 20 USF aleatoriamente selecionadas;
- As USF com auditorias que apresentem incumprimento têm um prazo de 3 meses para, em conjunto com os Conselhos Clínicos e de Saúde do seu ACeS, apresentarem um relatório de cumprimento dos critérios em causa, a validar com nova auditoria, realizada pelas ERA e Departamentos de Contratualização, da respetiva ARS IP;
- A não verificação da condição anterior tem como consequência nas USF A passagem a UCSP e nas USF B passagem a modelo A ou a extinção da equipa/unidade funcional, nos termos do anexo I a esta recomendação, com possibilidade de eventual reformulação da USF e apresentação de nova candidatura;

4. Modelos retributivos das USF:

- Proceder à revisão do modelo retributivo das USF, designadamente o modelo B, de modo a garantir uma mais efetiva partilha de risco associado à carga de trabalho e qualidade do desempenho, através da diminuição da componente fixa e do aumento da

componente variável, tornando-a mais sensível ao desempenho nas suas várias dimensões (acesso, qualidade, eficiência, disponibilidade formativa, etc.);

- Normalizar os modelos retributivos para as diferentes profissões, acabando com a atual disparidade existente entre as atividades específicas, nos médicos, e incentivos financeiros, nos enfermeiros e secretários clínicos.

5. **Contratualização 2017-19:**

- Implementação e acompanhamento do novo modelo de contratualização 2017-2019, mais inteligente, que visa operacionalizar e reconhecer, de forma clara, transparente e efetiva, a exigência de uma melhoria e sustentabilidade do desempenho com atribuição de incentivos, quer os de índole institucional quer os ligados ao sistema remuneratório.

O Coordenador

Anexo I

(RECOMENDAÇÃO n.º 4 / 2016.10.11)

USF modelo A e B - incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, salvaguardando o respeito pelo princípio do contraditório.

1 — Considera-se incumprimento reiterado e sucessivo da carta de compromisso das USF de modelo A e B, a verificação de alguma das seguintes condições:

a) Apresentação, em dois anos consecutivos, de um desempenho inferior a 65% da pontuação máxima possível, após ter sido objeto do processo de acompanhamento pelo conselho clínico e de saúde do respetivo ACES com supervisão da ERA respetiva;

b) Abandono superior a 50% dos membros da equipa em qualquer um dos subgrupos profissionais ou, no total da equipa, em número superior a um terço.

c) Manutenção de uma situação de conflito ou disfunção na equipa multiprofissional que, pela sua gravidade, inviabilize o normal funcionamento da USF.

d) Falsificação de registos, devidamente comprovada, no sistema de informação no âmbito da equipa.

2 — No caso previsto na alínea *b)* do número anterior, e sem prejuízo de uma análise casuística, a extinção da USF não ocorrerá, caso se mostre possível proceder à substituição dos elementos em falta, em tempo que não comprometa a dinâmica assistencial e o desempenho global da unidade.

3 — Para efeitos do disposto no n.º 1, a proposta de extinção de USF de modelo A ou B deve ser apresentada pelo diretor executivo do ACES, com parecer do conselho clínico e de saúde e da respetiva equipa regional de apoio (ERA), após apuramento dos resultados da avaliação de desempenho e do processo de acompanhamento realizado, ao conselho diretivo da respetiva ARS.

4 — A extinção da USF de modelo A ou B deve ser comunicada ao ACES com a antecedência mínima de 60 dias, salvo motivo de força maior, caso em que pode ser comunicada com a antecedência mínima de 30 dias.

5 — Caso ocorra a extinção de uma USF de modelo A ou B, os profissionais ali integrados são reorganizados em função das necessidades da população, podendo haver lugar à constituição de uma nova candidatura a USF de modelo A ou B, nos termos da legislação em vigor.

PARECERES 2017

**PARECER N.º 2 – INTEGRAÇÃO DE MÉDICOS DENTISTAS - UNIDADE FUNCIONAL
ONDE ALOCAR**

2017.03.28

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

MATÉRIA EM ANÁLISE:

A solicitação do SEAS em 10/03/2016:

*Serve o presente para colocar uma questão e solicitar orientações, relativamente à **integração dos Médicos Dentistas**, englobados no atual alargamento do projeto de saúde oral.*

*Na ARSLVT dos 14 profissionais envolvidos 2 estão na dependência da **Unidade de Saúde Pública** do respetivo ACES, sendo que os restantes estão na dependência da **URAP**, em linha com o preconizado no despacho do Senhor SEAS para o projeto piloto.*

Assim, solicito orientações sobre qual a Unidade Funcional à qual os Médicos Dentistas devem estar integrados.

Ana Isabel Silva

(Administradora Hospitalar, Assessora do CD)

ENQUADRAMENTO:

DL 28/2008, de 22 de fevereiro

Artigo 1.º

Objecto

... **cria os agrupamentos de centros de saúde** do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACeS, e **estabelece o seu regime de organização e funcionamento.**

(...)

CAPÍTULO II

Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde

(...)

Artigo 7.º

Unidades funcionais

1 — Os ACeS podem compreender as seguintes unidades funcionais:

- a) Unidade de saúde familiar (USF);
- b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- d) **Unidade de saúde pública (USP);**
- e) **Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);**
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

2 — (...).

3 — Cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP.

(...)

Artigo 12.º

Unidade de saúde pública

1 - À USP compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, **elaborar informação e planos em domínios da saúde pública**, proceder à **vigilância epidemiológica**, **gerir programas** de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da **população em geral ou de grupos** específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de **autoridade de saúde**

2 — A equipa da USP é composta por **médicos de saúde pública**, **enfermeiros de saúde pública** ou de **saúde comunitária** e **técnicos de saúde ambiental**, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários **na área da saúde pública**.

3 — (...)

4 — (...)

5 — (...)

Artigo 13.º**Unidade de recursos assistenciais partilhados**

1 — A URAP presta **serviços de consultoria e assistenciais** às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

2 — A equipa da URAP é composta por **médicos de várias especialidades**, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, **técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais**.

PARECER:

- De acordo com a legislação em vigor desde há onze anos (DL 28/2008) os **médicos dentistas**, bem como todos os outros que não sejam médicos de família ou de saúde pública, **devem estar integrados na URAP**, unidade funcional única por ACeS, na qual podem prestar serviços de consultadoria e assistenciais.

- Assim sendo as ARS, I.P. devem assegurar-se que os Médicos Dentistas e suas equipas assistenciais são, do ponto de vista funcional, alocados às URAP podendo, de acordo com as necessidades e características geodemográficas onde se inserem, virem a constituir-se numa equipa ou unidade funcional por centro de saúde.

- Integrados em Unidade de Saúde Pública (USP) é que não se encontra qualquer enquadramento legal.

O Coordenador

PARECER N.º 4 – SIM – UNIDADES PONDERADAS

2017.04.14

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

MATÉRIA EM ANÁLISE:

O Sindicato Independente dos Médicos pretende, em termos negociais, “estabelecer como padrão de referência das listas de utentes dos MF as **unidades ponderadas** e o cumprimento máximo de 2.000 UP, acabando também com o conceito de “**utente não utilizador**”.

ENQUADRAMENTO LEGAL:

DL 298 / 2007 de 22 de agosto

Artigo 9.º**Listas de utentes e famílias**

1 — ...

2 — ...

3 — A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma **dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas**, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional.

4 — As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm-se pela aplicação dos seguintes factores:

a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5;

b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2;

c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5.

5 — ...

DL 28/2008, de 22 de fevereiro

Artigo 10.º

Unidade de cuidados de saúde personalizados

- 1 — A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.
- 2 — A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

Aviso n.º 17239/2012 de 27 de dezembro – Alteração ao Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009

Cláusula 11.ª

Área de medicina geral e familiar

- 1 —
 - a) Prestar cuidados de saúde globais e continuados a uma lista de utentes inscritos com uma dimensão de **no máximo 1900 utentes**, correspondentes a **2358 unidades ponderadas**, pela qual é responsável, individualmente e em equipa, bem como desenvolver atividades de prevenção das doenças e, ainda, promover a gestão da sua lista;

Decreto-Lei n.º 266-D/2012 de 31 de dezembro

Preâmbulo

(...) Por seu turno, no que respeita à área profissional de medicina geral e familiar, prevê-se o **aumento da dimensão da lista de utentes inscritos**, por médico, dos atuais 1550 utentes para **1900 utentes ou 2358 unidades ponderadas**, o que permite garantir a cobertura dos cuidados de saúde primários, assegurando, com o recrutamento de mais médicos nos próximos dois anos, o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos.

Artigo 1.º

Objeto

- 1 -O presente decreto-lei procede à **primeira alteração aos Decretos-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, e n.º 177/2009, de 4 de agosto, ...**
- 2 -

Artigo 7.º-B**Área de medicina geral e familiar**

1 - Na área de medicina geral e familiar, ao assistente são atribuídas, nomeadamente, as seguintes funções:

a) Prestar cuidados de saúde globais e continuados a uma lista de utentes inscritos com uma dimensão de **no máximo 1.900 utentes, correspondentes a 2.358 unidades ponderadas**, individualmente, no âmbito de uma equipa, bem como desenvolver atividades de prevenção das doenças e, ainda, promover a gestão da sua lista;

Despacho n.º 1774-A/2017, de 24 de fevereiro**Artigo 1.º****Objeto**

O presente despacho define as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao **Registo Nacional de Utentes (RNU)**, bem como estabelece os critérios e os procedimentos de organização e atualização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e nas suas unidades funcionais.

PARECER:

1 - Desde 2007 que a Legislação (DL 298/2007 de 22 de agosto), estabelece como padrão de referência e de forma muito precisa que, no que se refere às Unidades de Saúde Familiar (USF), **a dimensão das listas de utentes dos médicos de família se avalia em Unidades Ponderadas (UP)**, de acordo com a métrica definida no n.º 4 do Artigo 9.º fixando o seu valor mínimo em 1.917 UP.

Seis meses depois, o DL 28/2008 de 22 de fevereiro, através do seu Artigo 10.º, estabelece que as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), estruturas às quais compete, para além das USF, a prestar cuidados de saúde familiar, possuem **idêntica estrutura** e garantem idênticos objectivos no que diz respeito ao tipo de cuidados a prestar.

Daqui se infere, **no que diz respeito ao padrão de referência das listas de utentes dos MF, que as unidades ponderadas constituem o instrumento de medida** das mesmas em todas as suas vertentes fixadas na lei (dimensão, valores máximo e mínimo, sensibilidade remuneratória, comparabilidade, ...).

2 – A **dimensão máxima** das listas de utentes, que na legislação específica das USF (DL 298/2007) era já sugerida, por via das regras de cálculo para a remuneração em Modelo B em 2.412 UP [1917 UP + (9 x 55UP)] encontra-se fixada na legislação em vigor desde Dezembro de 2012 e subscrita

pelas estruturas sindicais médicas, em 2.358 UP, através de redacções tecnicamente pouco felizes onde, ora se explicita que 1900 utentes correspondem a 2358 UP, o que do ponto de vista técnico e operacional não quer dizer nada e para nada serve, ora utilizando a disjunção “ou” entre o valor absoluto e a valor ponderado, permanecendo a dúvida sobre o seu real significado.

A redacção correcta deveria ter sido **2.358 unidades ponderadas correspondentes a 1.900 utentes**. Só assim faria sentido uma vez que é o valor absoluto que traduz o ponderado e não o contrário e assim estaria em coerência com o DL 298/2007.

Relativamente à proposta do SIM para que se fixe em 2.000 UP o valor máximo para a constituição de listas de utentes essa proposta poderia fazer sentido caso fosse nosso objectivo manter a actual métrica de ponderação / padronização da lista de utentes.

Contudo, conforme apresentado em 24 de fevereiro de 2016, é nosso objectivo proceder a uma revisão dos critérios e valores fixados no DL 298/2017 para ponderação / padronização da lista de utentes, o que implicará uma alteração ao referido DL, nomeadamente e entre outros ao seu Artigo 9.º.

Nota: 2.000 UP, ajustadas à população residente estimada em 2015 corresponde a aproximadamente 1.555 cidadãos numa lista-padrão nacional.

3 – Quanto ao conceito de **não utilizador** relembra-se que foi abolido através da publicação do **Despacho n.º 1774-A/2017, de 24 de fevereiro** que define o RNU

Qualquer utente com inscrição ativa só pode ter uma classificação: inscrição **primária** ou inscrição **secundária** (n.ºs 1 e 5 do Artigo 7º)

Para efeitos de dimensão e constituição de lista e de impacto de trabalho o utente é sempre contabilizado no médico de família onde tem a sua inscrição, seja ela primária ou secundária (n.º 6 do artigo 7º)

A classificação de inscrição primária e temporária só se aplica a utentes com médico de família (Artigo 7º).

Conceito de **contato esporádico** aplica-se a:

Utentes com médico de família que recorreram pontualmente a outra unidade funcional.

Utentes sem médico de família que recorreram pontualmente a outra unidade funcional fora dos moldes definidos pelo respetivo ACeS.

O regulamento referido no presente despacho (a publicar até 90 dias), explicita de forma clara os procedimentos para assegurar a sua completa e transparente operacionalização.

O Coordenador

PARECER N.º 5 – PROJ. LEI N.º 565/XIII/2.ª - "DIREITOS DAS PESSOAS DOENTES EM FIM DE VIDA" – (CDS-PP)

2017.07.05

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

ASSUNTO:**ENQUADRAMENTO LEGAL:**

Constituição da República Portuguesa,
Lei de base dos Cuidados Paliativos,
lei do Testamento Vital,
códigos deontológicos dos profissionais de saúde

PARECER:

1. Ressalvando a natural legitimidade e liberdade de propostas legislativas por parte de qualquer grupo parlamentar, esta proposta legislativa não poderá ser desenquadrada da discussão pública na sociedade portuguesa sobre a “eutanásia”, em curso e promovida, nomeadamente pelo [Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida](#) (CNECV) que funciona junto da Assembleia da República.
2. Muito embora se verifique referência à lei do Testamento Vital no preâmbulo do documento e se considere o direito a realizá-lo *em contexto de doença avançada e em fim de vida* (Artigo 8.º), a ausência a forma e dispositivos de integração deste direito na proposta legislativa constitui, do nosso ponto de vista, omissão grave e limitativa do mesmo. Sendo este último, com força legal, uma manifestação pessoal da vontade de qualquer cidadão sobre distanásia, cuidados em fase terminal entre outros não pode ser omissa qualquer proposta legislativa sobre este tema que não o contemple.
3. Constituindo esta matéria um imperativo de consciência individual, o disposto no preâmbulo do projeto de lei poderá colidir com preceitos constitucionais, considerando o seguinte conteúdo: *“A resposta do coletivo será sempre de intervir ativamente nesse sofrimento determinado por doença avançada, grave e incurável, eliminando ou reduzindo o problema para níveis razoáveis e suportáveis, mas não eliminando a pessoa que o*

experimental. Entendemos que esta última é uma forma redutora, arcaica, pobre e desumanizada de tentar resolver a questão do sofrimento humano, qualquer que seja a circunstância que o provoque. Para nós, o problema do sofrimento resolve-se cuidando e não retirando a vida.”, pp 2-3 e (...) o CDS, reafirmando-se a favor da proteção da vida e contra a eutanásia (...), pp 4.

4. O disposto no número 4, do artigo 3º, não respeita a norma da DGS para o mesmo efeito.
5. Artigo 5º é redundante face à norma da DGS para o mesmo efeito.
6. Recomenda-se que este projeto de lei seja anexo às demais iniciativas legislativas análogas em sede de Assembleia da República a fim de que prossiga a sua discussão de forma integrada e global, num quadro de respeito pelo Regime dos direitos, liberdades e garantias inscritos na Constituição da República Portuguesa.

O Coordenador

PARECER N.º 6 – PROCEDIMENTO CONCURSAL PARA MOBILIDADE NO ÂMBITO DA CARREIRA ESPECIAL MÉDICA NA ÁREA DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR – 2017

2017.08.31

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

ASSUNTO:

O procedimento concursal de mobilidade aberto através do Despacho 5554/2017 de 26 de junho possui como objectivo principal ir de encontro à pretensão legítima dos profissionais médicos da respectiva carreira, área de medicina geral e familiar, poderem, anualmente e em qualquer fase do seu percurso profissionalmente, **alterar o seu lugar de trabalho** através dos **mecanismos gerais da mobilidade** previsto na lei.

A motivação e satisfação dos profissionais constitui elemento fundamental favorecedor da fixação dos profissionais ao SNS e do seu desempenho.

Nesse sentido:

1 – Determina o referido despacho que é **condição obrigatória** que só podem ser opositores a este procedimento destinado a garantir a **mobilidade no território nacional os médicos que sejam detentores do grau de especialista na área de Medicina Geral e Familiar e detentores de uma relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado previamente constituída**. Ou seja, o concurso é restrito a médicos inseridos na carreira especial médica, estatuto adquirido através de dois concursos complementares - o de obtenção do grau e o de recrutamento para a carreira. **Concursos esses pelos quais foram avaliados e previamente aprovados de acordo com a legislação aplicável ao ingresso na carreira especial médica.**

2 – O **procedimento de mobilidade** agora em apreço destina-se exclusivamente, verificados os requisitos de admissão, a **seriar** os opositores ao procedimento de mobilidade no sentido de estabelecer uma **ordem de priorização** na escolha das vagas colocadas a concurso.

3 – Entende a CNCSP que a ACSS, uma vez homologadas as atas do Júri, deve publicar **exclusivamente** a lista final ordenada **dos 92 candidatos admitidos** (por ordem decrescente de 1 a 92...). Da mesma forma deverá identificar os **16 opositores excluídos** com a respectiva justificação que apenas poderá ocorrer por incumprimento de algum dos requisitos de admissão.

4 - Em caso algum o resultado obtido através da avaliação curricular pode constituir critério de exclusão uma vez que ele não se destina a proceder a qualquer tipo de aprovação.

O Coordenador

PARECER N.º 6-A – RELATÓRIO SEGURANÇA DO DOENTE (RSD) 2015 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (DGS / APDH)

2017.07.28

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

No âmbito das suas atribuições e por solicitação do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP), procedeu à análise sumária do [RSD 2015-ACSD/CSP](#) e passa a apresentar o seu parecer relativo ao *Relatório da Avaliação da Cultura de Segurança*, realizada através de questionário pelo Departamento da Qualidade na Saúde e em parceria com a Associação Portuguesa para o desenvolvimento Hospitalar, aplicado aos Cuidados de Saúde Primários em 2015.

Nota introdutória:

No âmbito da concretização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 (Despacho n.º 5613/2015, D.R, II, de 27 de maio) e Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2020, Despacho n.º 1400-A/2015, D.R., II, de 10 de fevereiro), que afirmam a cultura de segurança como uma prioridade *“na política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, respeitando a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009.”* considera-se que o devido investimento à sua implementação e operacionalização deverá ser garantido nos CSP, com a finalidade estratégica de promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde neste contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nesse sentido, releva-se a importância da inclusão dos CSP na ACSD a partir de 2015, pelas potencialidades que esta aporta a um sistema integrado de gestão da qualidade em saúde, potenciador de melhor acesso, eficiência, efetividade e segurança de cuidados, e confiança dos cidadãos no SNS em geral e em particular nos CSP.

Reconhecendo esta área de intervenção como decisiva para a qualificação, governação e sustentabilidade do SNS, a CNCSP integrou-a no seu Plano Estratégico e Operacional que tem vindo a operacionalizar, nomeadamente na conceção e implementação do novo modelo de contratualização onde a qualidade organizacional é uma das áreas a observar na avaliação do Índice de Desempenho Global (IDG) do ACeS e de todas as suas unidades funcionais, assim como a

formação profissional e atividade científica, áreas também consideradas fundamentais para este desiderato.

Importa também lembrar que a reforma dos CSP coloca desde 2005 um grande enfoque na governação clínica que, pela natureza da sua missão multidimensional, integra esta área de intervenção cujo reforço está em curso, concretamente pela criação do Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde para os CSP.

Considerações/Recomendações gerais que decorrem da análise do RSD 2015-ACSD/CSP:

- Das principais conclusões do relatório destaca-se: “a cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como uma prioridade, pelos profissionais e pelas instituições; a cultura de notificação e aprendizagem nas unidades de saúde de cuidados primários é fraca.” Deste conteúdo expresso pelos profissionais de saúde, infere-se a necessidade de uma maior formação/capacitação destes no sentido da apropriação da importância e responsabilidade ética e social na implementação da cultura supra-referida, decisiva para a melhoria contínua da qualidade do seu desempenho profissional, assistencial e organizacional;
- Atendendo à baixa taxa de adesão nacional constatada, 20%, e considerando a meta 1 definida em sede do PNSD/2015-2020 para o seu objetivo estratégico 1 -Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno -“*Atingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança $\geq 90\%$.*” é entendimento da CNCSP que urge a definição de uma estratégia nacional de melhoria deste resultado, para a qual o *benchmarking* do percurso realizado até ao presente será fundamental para esta aspiração focalizando na experiência das organizações onde se obtiveram os melhores resultados. Esta estratégia deverá ser implementada a nível regional e local, de forma integrada, pelas ARS e ACeS, nomeadamente pelo seu Conselho Clínico e de Saúde, Comissão de Qualidade e Segurança, Conselho Técnico das suas unidades funcionais (UF) e demais dirigentes;
- Considerando a data de colheita de informação (2015) que suporta este relatório e que a ACSD decorreu novamente em 2017, não se pode deixar de evidenciar o atraso na publicação deste relatório (2 anos depois) que, seguramente, impediu no presente ano implementar as medidas conducentes à correção da baixa taxa de adesão e identificação de oportunidades de melhoria nas várias dimensões avaliadas;
- Da análise dos resultados relativos às várias dimensões (D) avaliadas destaca-se a necessidade de uma atenção particular e acrescida para as: D10 - Pressão e ritmo de trabalho; D6 - Apoio pela gestão de topo; e D5 - Formação e treino dos profissionais;
- No sentido de melhorar a adesão dos profissionais ao “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”, denominado “Notific@”, para comunicação e gestão de

incidentes e eventos adversos, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, com base numa filosofia não punitiva, deverá ser reforçada a campanha de sensibilização para o efeito;

- Por último, recomenda-se ainda:
 - Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente nos contratos-programa dos ACeS e Cartas de Compromisso das suas UF, conforme proposta do PNSD 2015-2020;
 - Priorizar nos planos de formação das ARS/ACeS e suas UF ações sobre a segurança dos doentes, a valorizar a nível da contratualização no âmbito das áreas da formação e atividade científica;
 - Rever o questionário da ACSD no sentido da sua atualização, no que concerne à acessibilidade dos cidadãos, conforme Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos cidadãos do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio), o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS e Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) – Despacho n.º 6170-A/2016, de 9 de maio;
 - Assegurar que todos os ACeS/ULS procedem à sua inscrição para participarem na ACSD em 2019 e anos seguintes.

O Coordenador

RECOMENDAÇÕES 2017

RECOMENDAÇÃO N.º 01 – PADRONIZAÇÃO / PONDERAÇÃO DAS LISTAS DE UTENTES DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA

2017.05.04

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

CONTEXTO:

O contexto de desenvolvimento dos centros de saúde, aliado às decisões estratégicas e políticas que conduziram à criação das USF em 2006, constituíram o momento propício para que as listas de utentes dos Médicos de Família passassem a incorporar fatores de comparabilidade para além da sua dimensão em números absolutos (n.º de inscritos).

Escrevia-se em janeiro de 2006:

A. Existe uma tendência para analisar unilateralmente as listas apenas sob o ponto de vista da sua dimensão. Contudo, este é um aspecto que, embora importante, é parcelar ...

B. (...)

C. O estabelecimento de padrões e ratios destina-se a estabelecer racionalidade e equidade no sistema mediante medidas de comparação. Se os instrumentos de medida e comparação não forem os mais adequados os resultados poderão induzir medidas perversas.

(...)

(Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários - Missão para os Cuidados Primários de Saúde, janeiro de 2016)

Com a criação das USF, foi então efetuada uma tentativa de dar corpo a esta ideia fazendo-a alinhar com a forma como a estrutura etária das mesmas iria influenciar a **carga de trabalho** induzida pela lista de utentes de cada médico, tomando como padrão os 1.500 - 1.550 utentes inscritos, estabelecida com a criação da carreira médica de clínica geral em 1982, que os anos se encarregaram de demonstrar que não espelhava com rigor o volume de trabalho que era exigido e praticado pelos respetivos médicos de medicina geral e familiar e respetivas equipas, em função variabilidade das características das comunidades em que se inseriam. Foi então definida a “*dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas*” como o valor mínimo admitido para uma lista de utentes.

Face à deficiente qualidade e diversidade dos dados disponíveis na altura, a nível nacional, o DL 298/2007 só pode ponderar a lista de utentes padrão segundo a sua estrutura etária, atribuindo ao peso relativo do grupo dos utentes dos 0-6 anos o fator 1,5, ao dos 65-74 o fator 2 e ao dos igual ou superior a 75 o fator 2,5.

O valor de 1.917 UP resultou da aplicação destes factores a uma lista de 1.550 pessoas padronizada pela distribuição etária da população residente em Portugal, à data do Censos de 2001.

Com as alterações demográficas ocorridas nesta última década (diminuição da natalidade, migração da população adulta jovem das regiões de interior para o litoral ou para o estrangeiro e o acentuado envelhecimento da população) e porque hoje detemos um extraordinário volume de dados, com qualidade, passíveis de recolher *on-line*, nomeadamente a codificação ICPC superior a 95% nos CSP e até determinantes do atual estado de saúde da população, a CNCSP propôs-se no seu período de mandato estudar a melhor forma de padronizar / ponderar as listas de utentes, introduzindo na reforma dos CSP mais rigor científico e maior sensibilidade e especificidade nos instrumentos de gestão dos recursos humanos.

Adicionalmente, o governo anterior na tentativa de diminuir a população “sem médico de família” acordou com os sindicatos um aumento da dimensão das listas de utentes por MGF, através de textos legais que fixaram o valor máximo em 1.900 utentes, deixando as unidades ponderadas de ter qualquer valor no estabelecimento deste limite, “explicando” apenas que, para uma lista padronizada de acordo com o que tinha sido fixado no DL 298/2007, tal corresponderia a 2.358 UP (o que até já não era verdade uma vez que continuava a tomar como referência os valores do Censo de 2001 que se tinham entretanto alterado consideravelmente). Tal decisão política veio acentuar a necessidade de rever os critérios de ponderação das listas de utentes dos MGF, dado o manifesto risco de perda de qualidade dos cuidados que são assegurados nos CSP associada a dimensões exageradas das listas, como a que foi introduzida, que só por si induz desperdício, menos efetividade e eficiência e aumenta o risco de iatrogenia. Convém, contudo, lembrar que muitas das listas de grande dimensão foram tomadas por opção de médicos das USF dado daí poderem obter impacto financeiro significativo.

Com a intenção de garantir rigor técnico, transparência e credibilidade ao processo, a CNCSP propôs que tal estudo fosse adjudicado a uma instituição universitária, o que, por diversas intercorrências conjunturais, ainda não está concretizado.

Perante a hipótese apresentada pela ACSS de poder avançar com uma ferramenta que, na sua opinião, permite medir o risco de saúde em CSP, medida que se poderia utilizar para colmatar a atual deficiente ponderação das listas de utentes dos MGF, e porque os sindicatos médicos colocaram na mesa das negociações e como medida prioritária a “diminuição do número de utentes por lista de MGF” este problema da ponderação ganhou prioridade política.

O sistema proposto pela ACSS de estratificação do risco em função das patologias existentes na população, e que a CNCSP teve oportunidade de analisar na passada semana - *Clinical Risk Groups* (CRG) permite, numa primeira fase, a classificação de cada utente em mais de mil categorias homogéneas (CRG) em função da complexidade resultante da “carga de doença” associada a cada indivíduo de *per si* como utilizador dos cuidados de saúde no período de um ano ou da ausência de doença ou mesma da ausência de utilização. Cada CRG terá, de acordo com a ferramenta, a mesma complexidade, a mesma carga previsível de trabalho, o mesmo risco, o mesmo custo, etc.

Numa segunda fase estas diversas “classes/grupos” são objeto de ponderação por vários critérios que desconhecemos, já que não foram disponibilizados, nem aplicados neste exemplo.

Para obviar a esse facto, a ACSS estimou o peso de cada CRG (= carga de trabalho) baseada em grande parte no histórico, leia-se número médio de consultas que os utentes de cada categoria tiveram no ano anterior.

ANÁLISE E COMENTÁRIOS:

Esta ferramenta dos *clinical risk grouping* (CRG) que é vendida pela 3M/Universidade *John Hopkins*, deriva da experiência adquirida com os GDH em meio hospitalar e tem como principal objetivo o financiamento dos serviços de saúde e a sua maior adequação ao risco clínico, baseado nos diagnósticos das doenças e respetiva carga de trabalho.

Primeiro comentário: em face da estrutura do algoritmo da aplicação ser baseada em diagnósticos de doença não se afigura nada útil para ser usado em CSP, que devem privilegiar a saúde e não a doença, e não podem “esquecer-se” de avaliar a carga de trabalho que a promoção da saúde, a prevenção da doença / cuidados antecipatórios e a comunicação em saúde, prestados quer nas instalações dos serviços, quer no domicílio dos doentes ou na comunidade, induzem numa avaliação global das energias despendidas no dia-a-dia numa unidade de saúde de proximidade.

Desconhecemos a existência de trabalhos publicados sobre a utilização dos CRG nos CSP, mas tão só sobre a análise do risco em saúde e sua utilização na gestão dos serviços de saúde em termos genéricos e como garantia da qualidade dos mesmos - “*The Process of Risk Assessment and Risk Management*”.

Segundo comentário: esta cultura de gestão (essencialmente hospitalar) que consubstanciou a evolução dos CRG não parece ser uma boa ferramenta para identificar e caracterizar que fatores de ponderação que devem ser utilizados, em que variáveis e em que “pontos de corte” devem ser aplicados, que permitam inferir qual a dimensão mais apropriada para uma lista de utentes de um MGF.

Por outro lado, o cálculo do “*peso de cada CRG*”, feito pela ACSS, resulta da simples multiplicação da média nacional pela média por classe de diagnóstico de doença. Todos sabemos que os valores da “média” e que o produto de médias pode induzir resultados quantitativos sem qualquer significado estatístico e muito menos em saúde, que permita inferir carga de trabalho de um MGF.

Estes critérios de ponderação criados pela ACSS, e que utilizaram entre outros, os números médios de consultas médicas, de enfermagem e também o custo médio com medicamentos e outros, são interessantes, mas necessitam de clara e efetiva validação.

De notar que conforme referido na aplicação experimental desta ferramenta feita pela ACSS, só foi disponibilizada a “classificação” da população nos diferentes grupos de risco. Não são conhecidos, nem foram objeto de qualquer teste, os critérios de ponderação próprios da ferramenta (*CRG*) em causa.

Terceiro comentário: os dados técnicos que nos foram apresentados sobre o constructo do peso de cada *CRG*, necessitam de validação e não dão garantia de que permita medir com rigor o que precisamos conhecer, ao ponto de o incluir numa norma legal sobre o funcionamento dos serviços de saúde e dos seus profissionais.

Esta ferramenta só “foi testada” a nível de gabinete e não a sua aplicação prática no cálculo do seu impacto na ponderação das listas dos MGF e na repercussão que isso possa ter nos vencimentos dos profissionais (alteração do DL 298/2007), sua justeza e/ou sensibilidade da sua utilização.

Quarto comentário: face à atual fase em que se encontra o conhecimento sobre esta ferramenta e sua eventual aplicação prática, o bom senso aconselha a que se aprofunde a sua eventual adequação aos objetivos que perseguimos, se experimente primeiro em algum ACeS e se meçam todos os resultados a que a mesma possa conduzir, para evitar desagradáveis surpresas. Deve acrescentar-se que a ACSS contem um importante manancial de informação, pelo que não será difícil fazer essa validação.

Quinto comentário: Entendo que o MS pode tornar pública a intenção de aprofundar esta ferramenta que já se encontra em teste e se mostre aberto a que os sindicatos acompanhem a sua implementação exploratória.

Sexto comentário: Que o MS deixe claro que é sua preocupação garantir as melhores condições para que a qualidade dos Cuidados de Proximidade seja a melhor possível, nomeadamente que a carga de trabalho associada à dimensão das listas bem como às características da população que nela se encontra incluída e respetivas variáveis de contexto será devidamente tida em conta, segundo estudos isentos, rigorosos e cientificamente robustos.

RECOMENDAÇÕES:

Face à necessidade de possuímos uma ferramenta orientada de forma muito objetiva para a nossa realidade organizacional e para os objetivos da política do Governo e do Ministério da Saúde:

- Em primeiro lugar, devem ser claramente definidos e validados os **critérios de ponderação**.
- Em segundo lugar, e após este estudo prévio, deverá ser preparado um caderno de encargos orientado para o lançamento de um **concurso público** para aquisição e utilização da ferramenta que melhor resposta dê aos critérios definidos e validados.

Somos ainda de opinião que, tal como se estabeleceu um valor mínimo, de igual modo, se deverão fixar regras que desincentivem a constituição de listas para além dum racional que os estudos a realizar identifiquem como podendo colocar em causa a qualidade dos cuidados a que estão associadas.

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 02 – CONSTITUIÇÃO DE LISTAS DE UTENTES POR MÉDICO DE FAMÍLIA

2017.08.25

DESTINATÁRIO:

Ministro da Saúde / Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

I. INTRODUÇÃO

Desde a criação da especialidade de medicina geral e familiar que, em Portugal e em muitos outros países, a regra tem sido a de **atribuir a cada médico (equipa de saúde) uma lista de utentes organizada, preferencialmente, por famílias.**

É consensual que a qualidade dos cuidados de proximidade prestados aos cidadãos depende de dois factores fundamentais no que diz respeito à constituição das listas de utentes - a **dimensão** e as **características específicas** das mesmas naquilo que implica a demanda de cuidados (taxa de utilização) e, por conseguinte, a quantidade de trabalho associada.

A importância de uma boa gestão destas características decorre daquilo que a sociedade, o sistema de saúde em geral e o SNS em particular pretende obter destes especialistas e correspondentes unidades de saúde – **acesso** fácil aos cidadãos, sejam sãos ou doentes, **continuidade** ao longo dos percursos de vida, cuidados **personalizados** em função das **necessidades em saúde** de cada pessoa, de preferência pelo **mesmo MF** a toda a família, considerando a inter-relação e interdependência que cada um dos seus elementos tem na saúde e no bem estar dos restantes, assim como a gestão e a garantia da **articulação** e **integração** de cuidados com os restantes prestadores (cuidados hospitalares, cuidados continuados, a comunidade, os privados e o sector social).

A dimensão das listas de utentes por MF apresenta variações, por vezes assinaláveis de país para país, consoante o número de profissionais em exercício, o modelo de organização do sistema de saúde, mas também da maior ou menor disponibilidade de outros profissionais, enquadrados nos CSP, com competências e intervenções complementares das dos MF.

II. PONDERAÇÃO DAS LISTAS *VERSUS* VALOR ABSOLUTO

Como é sabido, existe uma ... *tendência para analisar unilateralmente as listas apenas sob o ponto*

de vista da sua dimensão⁴, desvalorizando o conceito de *unidades ponderadas* (UP) e os critérios, cientificamente validados, que devem nortear o cálculo dessa mesma ponderação (demográficos, literacia, dispersão geográfica, variáveis de contexto socioeconómico, nacionalidade dos imigrantes e os problemas de comunicação associados, etc.).

No nosso país a dimensão das listas de utentes por MF e os critérios para a constituição das mesmas tem variado ao longo do tempo conforme se pode constatar através da legislação produzida:

O DL 310/82 descrevia que: *A cada médico (de clínica geral) em exercício de funções é confiada uma população definida não inferior a 1500 utentes, nominalmente designada em listas;*

o DL 73/90: *A cada médico é confiada uma população de cerca de 1500 utentes, nominalmente designada em lista;*

o DL 117/98 introduz pela primeira o **conceito de unidades ponderadas** (UP) a aplicar aos médicos aderentes ao Regime Remuneratório Experimental (RRE).

o DL 298/2007 introduz: *A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional;*

a definição do atual DL 73/2017 mantém que - *A lista de utentes inscritos por cada médico e enfermeiro de família tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas.*

Por outro lado, a alteração ao Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009, efectuado através do Aviso n.º 17239/2012, publicado em 27 de dezembro de 2012, estabelece na sua Cláusula 11.ª - *uma lista de utentes inscritos com uma dimensão de no máximo 1900 utentes, correspondentes a 2358 unidades ponderadas.*

Embora este valor se aplique apenas às listas dos MF sindicalizados com contrato de 40 horas e enquanto **limite máximo**, as administrações, na maioria dos casos, têm feito dele a regra atribuindo listas de 1900 utentes sem qualquer respeito pelo valor ponderado⁵.

⁴ Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos CSP, Missão dos CSP, janeiro de 2006.

⁵ Importa ainda relevar o **erro técnico** contido na redacção da citada Cláusula 11.ª do ACT. Sendo as **UP** definidas como a **componente fixa** da lista e que estabelece a regra, o **v.a.** constitui a **componente variável** que a explica em função das características da mesma. Ou seja, a redacção adoptada inverteu a ordem dos factores e dessa forma retirou qualquer lógica e efeito à frase violando o sentido da construção inovadora das listas de utentes estabelecido através dos DL 117/98, 298/2007 e 73/2017. A redacção contida na Cláusula 11.ª, para ter sentido, deveria ter sido redigida da seguinte forma: - “uma dimensão de no máximo XXXX unidades ponderadas, correspondentes a YYYY utentes de uma lista padrão nacional”.

A constituição das listas de utentes é uma questão que tem sido objeto de ampla discussão e algum estudo ao longo de anos na tentativa de encontrar as melhores soluções que harmonizem a legítima pressão social quanto ao acesso a este tipo de cuidados com os recursos disponíveis e os direitos laborais dos profissionais.

Uma lista de utentes induz uma determinada **carga de trabalho** que varia em função de múltiplos factores que obrigam a que a sua dimensão tenha de ser ponderada em função das suas características e do contexto em que se insere.

Quando essa dimensão ponderada é excessiva verificam-se repercussões negativas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados e também na satisfação dos utentes e profissionais e na saúde destes últimos.

Esta situação - **dimensão excessiva das listas de utentes** - deve ser corrigida o mais urgentemente possível, de preferência já nos próximos concursos de mobilidade e de provimento, propondo-se que o valor máximo a atribuir aos novos MF seja de 2100 UP, valor intermédio e arredondado entre o mínimo e o máximo de UP fixados na legislação em vigor. Com esta estratégia pretende-se reverter a prática de atribuir, por regra, 1900 utentes por MF, ocorrida desde o início de 2013 até à data.

III. CONSTRUÇÃO DAS LISTAS PARA OS NOVOS MF A SEREM COLOCADOS OU MOBILIZADOS A PARTIR DO PRÓXIMO CONCURSO

Quando se pretende definir a forma *como se devem construir as listas dos novos MF*, é necessário levar em linha de conta que estes utentes serão todos desconhecidos do seu “novo” MF durante algum tempo. Cada contacto funcionará durante um período considerável como uma “primeira consulta”, que exige obrigatoriamente muito mais tempo para ser realizada segundo a *leges artis*. Não podemos igualmente ignorar que os valores acordados entre o Ministério da Saúde e os Sindicatos Médicos em 14 de outubro de 2012 são excessivamente altos e podem favorecer o risco de iatrogenia para os doentes, de *burnout* para os profissionais e de desperdício para o SNS.

Como tal, propomos:

1. A construção de novas listas de utentes por médico de família (MF), desencadeada por processos de recrutamento ou de mobilidade, pode ser enquadrada em 2 situações consoante o número de utentes com **inscrição ativa e sem médico de família** atribuído em cada ACeS seja:
 - a) igual ou inferior ao valor mínimo de dimensão de lista em unidades ponderadas em vigor (1917 UP), ou
 - b) quando excede o valor mínimo de dimensão de lista em UP em vigor.

Na situação a) os procedimentos serão os seguintes:

A lista é construída automaticamente, integrando a totalidade dos utentes com inscrição ativa e sem médico de família atribuído. Tratando-se de uma USF multipolo o MF poderá ter que completar a sua lista com utentes residentes na área de um outro polo.

Na situação b), os procedimentos são os seguintes:

A lista é constituída de forma centralizada no ACeS, com uma dimensão inicial de cerca de 50% do valor mínimo em UP atualmente em vigor (as 1917 UP).

A constituição desta lista deve obedecer aos seguintes critérios:

- privilegiar a inscrição familiar;
- priorizar famílias com utentes grávidas e crianças até aos 2 anos de vida;
- priorizar os utentes com multimorbilidade e/ou doença crónica.

2. Durante 30 dias é publicitada a possibilidade de inscrição nessa lista por livre escolha dos cidadãos sem MF;
3. Após os 30 dias, se a lista ainda não tiver a dimensão mínima prevista, proceder-se-á de forma centralizada no ACeS à inscrição de utentes, não podendo ultrapassar,
 - a) 1917 UP nos 6 meses iniciais;
 - b) 2100 UP após os 6 meses iniciais.

O não cumprimento destes procedimentos nos prazos definidos por parte dos ACeS determina que a responsabilidade pela sua concretização passa para alçada da ACSS que os deve executar de imediato no respeito pelos princípios e critérios atrás enunciados.

O Coordenador

**RECOMENDAÇÃO N.º 02-A – ORIENTAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE
ACTIVIDADES DOMICILIÁRIAS EM UNIDADES FUNCIONAIS**

2017.10.30

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

ORIENTAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE ACTIVIDADES DOMICILIÁRIAS EM UNIDADES FUNCIONAIS

Na sequência de diversas ações inspetivas da IGAS aos cuidados de saúde domiciliários realizados pelas USF modelo B, foram emitidas recomendações, baseadas nos princípios estabelecidos na Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, que define os conceitos de cuidados domiciliários, que podem colocar em causa a personalização da prestação de cuidados, e o direito à mesma, pelos cidadãos inscritos nas UF nas seguintes circunstâncias:

- 1 – Residirem fora da área de influência da UF onde estão inscritos;
- 2 – Residirem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e outros locais similares.

O atual enquadramento legal atribui aos ACeS a responsabilidade do apoio domiciliário na respetiva área geográfica e os cuidados personalizados aos cidadãos que livremente neles se inscrevam. Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever -se, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na respetiva área geográfica, sendo esta a única reserva.

Entende-se por domicílio, para efeitos do cumprimento da Portaria n.º 1368/2007, a habitação permanente do doente, excluindo-se lares, casas de repouso, IPSS, e outros locais semelhantes. O domicílio deverá estar na respetiva área geográfica de influência da USF.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto (republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho), determina que as USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

A Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei 27/2002, de 8 de novembro, confere ao utente o direito a “Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores”.

O SNS tem evoluído no sentido da escolha pelo cidadão do local de atendimento, inclusive para as consultas de referência hospitalar.

A prática clínica das equipas prestadoras de cuidados, USF e das UCSP, está assente em conceitos que reforçam a ligação com o utente, a família e a comunidade. Mais do que nunca, os cuidados de saúde devem ser personalizados e de proximidade à população, prestados por uma equipa multidisciplinar com autonomia, a trabalhar em rede com a comunidade.

Em todas as situações de vigilância da saúde ou da doença, de indivíduos ou famílias, em que não se possa assegurar temporária ou permanentemente a deslocação à sua Unidade Funcional, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, os cuidados no domicílio são a garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Assim, é necessário rever os instrumentos legais que criam constrangimento às boas práticas das equipas de saúde, adaptando-os aos conceitos atuais da melhor relação dos cidadãos com os serviços de saúde, que se centra neles e deles se aproxima tanto quanto possível.

Independentemente da revisão legal, devem as instituições, organizações, unidades funcionais, gestores e profissionais, imbuir-se desta nova forma de estar e olhar as fronteiras administrativas da sua área de influência, apenas e tão só como isso mesmo, uma delimitação puramente administrativa e não de intervenção em saúde, que, como já ficou demonstrado, se enquadra muito mais no relançamento da reforma do SNS, a proximidade aos cidadãos.

Neste contexto, a tomada de decisão e respetiva concretização da consulta no domicílio será da responsabilidade da equipa de saúde de inscrição do utente, prevalecendo o princípio da personalização dos cuidados sobre o da área geográfica de influência, qualquer que seja a área administrativa em que reside o cidadão, dentro ou fora do respetivo agrupamento de centros de saúde em que está inscrito, **sempre que o tempo necessário para a sua realização seja igual ou inferior ao que gastaria a unidade de residência.**

Naturalmente que na decisão sobre a efetivação do domicílio, a equipa de saúde de inscrição deverá considerar as características específicas do contexto domiciliário, nomeadamente as avaliações pontuais do estado de saúde e do contexto familiar, como é o caso da visita ao recém-nascido e à puérpera, ou a necessidade de intervenções sucessivas e prolongadas. O bom senso recomenda que se avalie a possibilidade de referência à RNCCI, **no rigoroso cumprimento das respetivas regras.**

Os cuidados domiciliários poderão ser assegurados, em alternativa, pela equipa da unidade mais próxima da área de residência do utente, com a qual a unidade de inscrição se deve articular, de acordo com critérios de eficiência na gestão recursos. Na eventualidade de existir mais do que uma unidade de saúde na área de residência, aplica-se as orientações em uso na respetiva ARS para as inscrições temporárias.

Ainda no contexto da proximidade e dos cuidados centrados no cidadão, quando a residência de um utente inscrito é uma ERPI, ou semelhante, **este não deve ser privado** de aceder a cuidados de saúde personalizados a prestar pela respetiva equipa de saúde, em regime de ambulatório, ou no domicílio, de acordo com critérios clínicos e de programação estabelecidos para cada situação, em articulação com os eventuais profissionais de saúde dessas instituições.

Os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS devem garantir que as unidades se organizam para uma prestação de cuidados de saúde de excelência e de proximidade.

O Coordenador

**RECOMENDAÇÃO N.º 03 – PROPOSTA DE CIRCULAR NORMATIVA CONJUNTA
ACSS/SPMS - MARCAÇÃO DE CONSULTAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
ATRAVÉS DO CENTRO DE CONTACTO DO SNS – SNS 24.**

2017.11.28

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Atendendo à proposta de circular normativa conjunta envolvendo a ACSS e a SPMS sobre a “Marcação de Consultas nos Cuidados de Saúde Primários através do Centro de Contacto do SNS – SNS 24”, a CNCSP entende dever manifestar a sua opinião relativamente a um conjunto de aspetos essenciais que, do nosso ponto de vista, devem ser alvo de profunda reflexão. Assim:

1 – A CNCSP está de acordo com a importância e mais-valia das novas tecnologias ao serviço dos cidadãos, e em particular da sua saúde. Devemos cada vez mais pugnar por processos desburocratizados, simples e que efetivamente facilitem a vida das pessoas;

2 – Reconhecemos a importância do acesso, e em particular do acesso telefónico, como instrumento fundamental na gestão e operacionalização de um serviço de saúde. Isso mesmo é refletido na Matriz de Desempenho Multidimensional proposta para o novo modelo de Contratualização, mais concretamente na Área Desempenho, Subárea Acesso, Dimensão Atendimento Telefónico. Mesmo considerando que, até hoje, ainda não foi possível, por parte da SPMS, a operacionalização deste importante indicador para que passe a ser efetivamente medido e contratualizado;

3 – O simples fornecimento às equipas (USF / UCSP) dos dados de utilização do telefone relacionados com o atendimento dos seus utentes tem permitido a identificação e tipificação de constrangimentos consideráveis que, intervenções, simples mas eficazes, têm ajudado na superação dos mesmos. Permite ainda planear e programar a resposta das equipas. Vários ACeS já fornecem estes dados às equipas com ganhos evidentes;

4 – Consideramos que a aposta deve estar centrada na acessibilidade de proximidade, promovendo-se quer as condições técnicas (ex. centrais telefónicas e envio de SMS) para que esta ocorra, quer a sua responsabilização em sede de contratualização. Se há processos que lucram com a sua concentração, há outros que só lucram com a sua gestão de proximidade;

5 – As agendas médica e / ou de enfermagem constituem instrumentos fundamentais e estão relacionadas com as necessidades da população que servem e o planeamento em equipa é feito de acordo com as prioridades contratualizadas. Só na proximidade dos cidadãos e das equipas,

é que tal pode ser aplicado. Se há problemas de acesso, cabe aos respetivos DE e Conselhos Clínicos e de Saúde agirem em conformidade, procurando, junto das respetivas Unidades Funcionais, identificar as causas destes e promoverem a implementação de medidas de melhoria;

6 – A CNCSP considera, contudo, que existem alguns procedimentos simples que, sendo adotados pelas UF, podem facilitar a gestão da agenda e, por conseguinte, diminuir a procura nos atendimentos desnecessários / redundantes e, por consequência, melhorar a eficiência do serviço. Sem colocar em causa a autonomia das equipas, propomos alguns princípios orientadores para a gestão da agenda:

- a) Marcação atempada, e por iniciativa dos profissionais, das consultas de vigilância de grupos vulneráveis e de risco, de acordo com a vigilância recomendada;
- b) Promoção da marcação de consultas, por iniciativa dos profissionais, no caso de renovações expectáveis de Certificados de Incapacidade Temporária;
- c) Resolução em consultas sem a presença do utente de situações que assim o permitam: renovação de medicação habitual, entrega de relatórios hospitalares de doentes que são habitualmente seguidos através do Médico de Família, entrega de resultados de MCDT que o doente tenha efetuado;
- d) Utilização do correio eletrónico para comunicação com os utentes;
- e) Restringir a marcação de Consulta Programada, por iniciativa do utente, preferencialmente para períodos não superiores a 2 semanas, conforme os TMRG legalmente definidos na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos cidadãos do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio);

7 – Consideramos ainda que o *call-center* pode ser um valor acrescentado na resolução de algumas situações cuja informação / marcação pode ser centralizada, como seja a renovação de receituário, emissão de atestados / declarações e esclarecimentos quanto às regras de utilização e fornecimentos dos serviços;

8 – A proposta de melhoria do agendamento deve englobar todas as consultas efetuadas no SNS, nomeadamente as consultas efetuadas pelo enfermeiro de família, outros profissionais de saúde e para todas as unidades funcionais do ACeS. Importa ainda referir que as funcionalidades do *call-center* neste momento só são permitidas a utentes registados na área do cidadão, o que pode ser gerador de iniquidade, ou pelo menos, induzir uma expectativa errada;

9 – É ainda fundamental a existência de um módulo de gestão de agenda que seja amigável e permita uma flexibilidade da mesma, em função das necessidades dos utentes e das equipas de saúde que os acompanham;

Em conclusão, entendemos que a correta priorização do investimento deve ser centrada no reforço das condições humanas e técnicas, começando pela **contratação de secretários clínicos em**

falta (técnicos que nos CSP têm, entre outras, a competência de gerir a procura/acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde), que permitam os benefícios esperados através dum atendimento que só um serviço personalizado e de proximidade exercido através duma **equipa coesa e treinada** pode fornecer.

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 04 – REGISTO BIOMÉTRICO / CONTROLO ASSIDUIDADE

2017.12.29

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

O Despacho n.º 9397/2017 de 25 de outubro, estabelece a obrigatoriedade da utilização do registo biométrico para monitorização e controlo da assiduidade no âmbito do SNS.

Inserido no processo de modernização e transformação do sistema «Recursos Humanos e Vencimentos» (RHV), para uma verdadeira aplicação de gestão de Recursos Humanos da Saúde, a adoção do Registo Biométrico, assume como princípios e objetivos essenciais:

- A simplificação de processos;
- A abolição do papel;
- A integração e interoperabilidade das diferentes aplicações no sistema de informação, designadamente o registo biométrico e RHV;
- A identificação institucional unívoca e única dos profissionais;
- A promoção de ganhos de eficiência.

Tendo como referência o atual enquadramento legal, importa clarificar os aspetos conceptuais e operacionais, de modo a garantir que a adoção do Registo Biométrico, a nível nacional, seja feita de forma uniforme e no respeito dos princípios acima mencionados.

Aspetos conceptuais:

1. A atividade e a organização do trabalho das unidades prestadoras de cuidados nos CSP, são estabelecidas para todas as UF, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei, e têm como princípios essenciais:
 - O compromisso com o cumprimento das carteiras de serviços;
 - A garantia do acesso através da intersubstituição, nomeadamente pelo equilíbrio entre a resposta individual e coletiva;
 - A adaptabilidade exigida pelos diferentes contextos e necessidades identificadas;
2. A autonomia organizativa e técnica das UF, (DL 28/2008), potencia a realização plena destes princípios, e surge como uma sua natural exigência;

3. A governação das UF é hoje operacionalizada por uma contratualização inteligente (compromisso de resultados, de processos e recursos), e não mais focada na mera verificação do cumprimento de horários;
4. A “carga horária” dos profissionais deve ser entendida como um recurso disponível das UF para a execução da sua atividade, devendo a sua gestão ser flexível, e obrigatoriamente assumida numa visão temporal alargada: semanal, quinzenal ou mensal.
5. O horário de trabalho é a sua materialização e deve adaptar-se às necessidades em saúde identificadas, decorrentes dos diferentes quadros epidemiológicos, contextos e sazonalidade, entre outros.
6. Assim, o registo biométrico mais não é do que um dos instrumentos de registo da utilização da carga horária, sendo completamente inadequado para a construção ou definição de horários de trabalho, designadamente em organizações prestadoras de cuidados de saúde.
7. O regulamento da monitorização da assiduidade/registo biométrico deve ser simples, desburocratizado e representar uma mais-valia no funcionamento das organizações;

Aspetos operacionais:

1. Os horários dos diferentes profissionais das UF são elaborados de acordo como o atual enquadramento legal, designadamente:
 - i. Regimes de adaptabilidade e Banco de horas – art.º 106, DL 35/2014 (LGTFP) e art.º 208, 208 A e 208 B, Lei 7/2009 (CT)

Pelas características próprias de unidades prestadoras de cuidados de saúde, assume especial relevância e adequação, a compensação do trabalho prestado em acréscimo (regime de banco de horas) mediante a redução equivalente do tempo de trabalho
 - ii. Modalidades de horário de trabalho - art.º 110 ao 119, DL 35/2014 (LGTFP)

Pelas características próprias de unidades prestadoras de cuidados de saúde, assumem especial relevância e adequação, as modalidades de horário flexível, desfasado e jornada contínua
2. A forma, os critérios e as regras de elaboração dos horários constam do regulamento interno da UF.
 - i. Nas USF modelo B, o horário de trabalho deve ter como base as 35 horas com incrementos ajustados às UC do suplemento associado às unidades ponderadas da lista de utentes (art.º 30.º, 32.º e 34.º do DL 298/2017 de 22 de Agosto, republicado pelo DL 73/2017 de 21 de junho).
 - ii. A dimensão do incremento está obrigatoriamente definida no regulamento interno da USF B.

3. Os horários de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional são aprovados em conselho geral das UF e posteriormente validados pelo DE.
4. Os horários podem ser alterados por conveniência de serviço da UF.
5. A monitorização da assiduidade, através da leitura do registo biométrico, deve contabilizar os períodos definidos pelas horas de entrada e saída no horário.
6. O cumprimento da duração do trabalho pode ser aferido à semana, quinzena, ou ao mês, devendo a sua compensação pelo banco de horas ser efetuada até ao limite de 6 meses.
7. Sempre que o intervalo para o almoço for igual ou inferior a 1 hora, não é necessário o registo biométrico. Este intervalo para almoço será subtraído no horário, pelo que a modalidade de horário de trabalho deve ser explícita.
8. As atividades (assistencial, formativa e reuniões de serviço) realizadas fora das instalações do ACeS, no meio de um dos períodos de trabalho (ex: domicílios efectuados durante o período da manhã ou da tarde), não obrigam a registo (manual ou biométrico). Quando as mesmas se realizem no princípio ou no fim do período de trabalho registadas manualmente.
9. As atividades em regime de horas extraordinárias/suplementares obrigam à respetiva codificação pelo profissional no registo biométrico.
10. A validação do registo biométrico nas UF é efetuada pelo coordenador, de acordo com os critérios e normas inscritas no regulamento interno da UF.

O Coordenador

PARECERES 2018

PARECER N.º 01 – REGULAMENTAÇÃO DO ARTIGO 23.º DO DL 73 / 2017 DE 21 DE JUNHO - AJUSTAMENTO DE HORÁRIO NAS USF MODELO B

2018.06.17

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

ASSUNTO:

Art.º 23 do DL 73 / 2017

Enquadramento

O Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho procedeu à primeira alteração do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, que estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento das USF.

Nessa revisão, o artigo 23.º introduz de forma explícita:

- A necessidade do **ajustamento dos horários das USF modelo B às características da lista de utentes dos profissionais;**
- A definição da **competência do Conselho Geral na aprovação dos horários**, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento e a cobertura assistencial, que serão depois submetidos pelo coordenador para validação pelo Diretor Executivo do respetivo ACeS.

A metodologia para este ajustamento está enquadrada em diferentes artigos do presente diploma:

- O nº 3 do artigo 9.º define uma **dimensão mínima de 1917 Unidades Ponderadas (UP) por médico e enfermeiro** e o nº 1 do artigo 34.º de **2474 UP por secretário clínico;**
- Os n.ºs 1 do artigo 30.º, nº 2 do artigo 32.º e nº 2 do artigo 34.º, estabelecem que a cada **aumento de 55 UP** da dimensão mínima da lista de utentes de cada médico e enfermeiro e 71 de cada secretário clínico, está associada uma **Unidade Contratualizada (UC)**.
 - O valor das UC decorre da correspondência lógica, entre a dimensão mínima das listas de utentes por grupo profissional (1917 UP para médicos e enfermeiros e 2747 UP para secretários clínicos) e a respetiva carga horária semanal de base (35h);
 - Assim, **cada 1UC**, em qualquer uma das áreas profissionais, corresponde a **1h** de trabalho no regime base de 35h semanais;
- Através dos n.ºs 1 do artigo 30.º, nº 2 do artigo 32.º e nº 2 do artigo 34.º são associadas tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 55 UP para médicos e enfermeiros e 71 UP

para secretários clínicos até um **valor máximo de 9** (n.ºs 3 do artigo 30.º, 4 do artigo 32.º e 4 do artigo 34.º).

- No modelo B, os acréscimos de UC são remunerados de acordo com os artigos 30.º (nº 4 e 5), 32.º (nº 5) e 34.º (nº 5), respetivamente para médicos, enfermeiros e secretários clínicos.

Proposta

Face ao atual enquadramento legal, todas as USF modelo B devem adaptar as suas cargas horárias semanais, de acordo com os seguintes critérios:

- Cada UC - aumento **de 55 UP para médicos e enfermeiros e de 71 UP para secretários clínicos** acima da dimensão mínima (**1917 UP para médicos e enfermeiros, 2474 UP para secretários clínicos**) - deve originar **mais uma hora de trabalho além das 35h**;
- A assunção de diferentes *ratios*, originando cargas horárias diversas, tem como condições obrigatórias:
 - Ata do Conselho Geral com aprovação das cargas horárias e respetiva fundamentação tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento e a cobertura assistencial ajustado à dimensão de lista de utentes;
 - Desempenho no ano anterior com valor de IDG e em todas as suas Subáreas igual ou superior a 50%.

O Coordenador

PARECER N.º 02 – ORIENTAÇÃO PARA EXTINÇÃO DA USF

2018.06.21

DESTINATÁRIO:**Secretário de Estado Adjunto e da Saúde**

(Aplicação do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho)

Decorridos dez anos da vigência do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B, foi identificada a necessidade de proceder a algumas alterações a este regime, tendo especialmente em atenção a experiência adquirida e no sentido de melhorar e reforçar o seu modelo organizacional e desempenho assistencial.

Uma das questões a que importa dar resposta é a regulamentação da possibilidade de extinção das USF.

Embora o diploma legal referido estabelecesse as condições para a sua extinção, de onde se destaca o “incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso”, estas não foram aplicadas por falta de clarificação sobre o entendimento destas.

A nova redação do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho amplia o âmbito da sua aplicação e clarifica o regime de extinção das USF, já referido, sempre que se verifiquem as condições para este efeito, o que constitui uma importante inovação, na medida em que vem permitir às entidades competentes um controlo mais claro e eficaz do processo, com relevante impacto na qualidade dos serviços prestados.

O presente regulamento pretende garantir a sua melhor e uniforme operacionalização a nível nacional, em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), Unidades Locais de Saúde e respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).

1 - A **extinção da USF** verifica-se nos seguintes casos e nos termos agora regulamentados:

a) Por deliberação do conselho geral, por maioria de dois terços da equipa multiprofissional.

Para este efeito, o coordenador ou qualquer outro(s) elemento(s) da USF, desde que mandatado pelo Conselho Geral, previamente à reunião do Conselho Geral para deliberar

sobre a extinção da unidade, deverá solicitar uma reunião com o Diretor Executivo (DE) e o Conselho Clínico e de Saúde (CCS), e eventual participação da ERA.

Caso não o façam, deve ser o DE a promover essa reunião, no prazo máximo de 15 dias, após conhecimento da deliberação, concedendo um prazo não superior a 30 dias, após a reunião, para confirmação da deliberação.

Os órgãos de gestão do ACeS e/ou as USF devem discutir com a ERA, antes da reunião com a equipa, a melhor estratégia a seguir. Este procedimento deverá ser seguido em todos os pontos seguintes do presente regulamento.

b) Quando o coordenador da USF se demite e nenhum outro elemento da equipa médica está disposto a assumir o cargo.

O DE deve, tal como no ponto anterior, promover uma reunião, no prazo máximo de 10 dias úteis após conhecimento da situação, com a equipa e o CCS procurando encontrar as soluções para o problema, no seio da USF.

A equipa tem um prazo não superior a 20 dias úteis para confirmar que não há nenhum elemento que queira assumir a coordenação da USF.

Findo este prazo a USF extingue-se e o ACeS organiza os profissionais em função das necessidades dos utentes, devendo procurar promover o aparecimento de nova candidatura a USF.

O coordenador demissionário deverá manter-se em funções durante o mínimo de 60 dias até à concretização da extinção da USF, salvo se observado o n.º 8, do artigo 12º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

c) Por abandono superior a 50 % dos membros da equipa em qualquer um dos subgrupos profissionais ou, no total da equipa, em número superior a um terço do total dos profissionais da USF, se a sua substituição não for efetuada no período de 12 meses.

Salvaguardando o contemplado no n.º 3 do art.º 19º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, **“sem prejuízo de uma análise casuística, a extinção da USF não ocorre, caso se mostre possível proceder à substituição dos elementos em falta, em tempo que não comprometam a dinâmica assistencial e o desempenho global da unidade”**, a USF deve apresentar no prazo limite de 20 dias úteis, proposta de substituição dos profissionais renunciantes. O ACeS e a ERA avaliam em conjunto com a USF o respetivo cronograma e sua efetivação.

Se não se afigurar possível a recomposição da equipa, no espaço de 12 meses, o DE deve propor ao Conselho Diretivo da respetiva ARS, ouvido o CCS e a ERA, a sua extinção.

d) Por falsificação de registos no sistema de informação no âmbito da equipa;

Havendo indícios ou evidência de falsificação de registos no sistema de informação, o DE deve ordenar a instauração de um processo de inquérito para apuramento das responsabilidades individuais e/ou coletivas da respetiva prática, informando a USF, o CCS, a ERA e o CD da ARS do início do mesmo.

A confirmar-se a existência de responsabilidades coletivas, o DE deve propor de imediato ao Conselho Diretivo da respetiva ARS, a sua extinção e a instauração do respetivo processo disciplinar.

Se as responsabilidades forem de índole individual, o Conselho Geral da USF, no prazo de 5 dias uteis, deve deliberar sobre as respetivas consequências, comunicá-las ao DE e à ERA que, em conjunto, decidirão sobre a proposta de homologação das mesmas pelo CD da ARS. No caso de ser o Coordenador o infrator, este deverá ser substituído ao abrigo do nº 8 do artigo 12º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, considerando a figura legal de “impossibilidade permanente” para o exercício do cargo, até à eleição de novo coordenador nos termos legais vigentes.

As responsabilidades individuais sucessivas e reiteradas, isto é, por mais do que uma ocasião, e que sejam do conhecimento da USF, são consideradas como coletivas, porque significa ausência de medidas internas de prevenção ou de ação sobre quem as pratica.

Todo o tipo de responsabilidade somente poderá ser imputada e suas devidas consequências depois de apurada em processo tramitado com observância das garantias constitucionais de defesa dos visados.

e) Por incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, salvaguardando o respeito pelo princípio do contraditório.

O incumprimento da carta de compromisso deverá ser sempre prevenido. Compete ao ACeS (DE e CCS), conjuntamente com a equipa da USF, e se necessário em articulação com a ERA, proceder à identificação dos fatores que concorrem para o seu eventual incumprimento, no sentido de implementar medidas corretoras que os minimizem e superem, no âmbito de um processo de melhoria contínua devidamente ajustado temporalmente à dimensão dos problemas identificados.

2 - Considera-se incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, a verificação de alguma das seguintes condições:**a) Apresentação, em dois anos consecutivos, de um desempenho inferior ao valor percentual do Índice de Desempenho Global fixado na portaria a que se refere o artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho,**

após ter sido objeto de processo de acompanhamento pelo diretor executivo e pelo conselho clínico e de saúde do respetivo ACES;

Sempre que uma USF apresente um IDG inferior a 50%, valor que reporta a desempenho insuficiente, o DE e o CCS elaboram, em conjunto com a USF, plano de acompanhamento e melhoria contínua dirigido aos principais problemas identificados, com a colaboração da ERA se identificada esta necessidade, e o departamento de contratualização (DC) da ARS, I. P.

Nas USF modelo B o valor de IDG igual ou superior a 50%, deve igualmente ser obtido simultaneamente em todas a suas Subáreas da matriz da contratualização para estas unidades.

O plano de acompanhamento é monitorizado e reavaliado a cada três meses, com emissão de relatório de progresso assinado pela equipa, DE e CCS e remetido para a ERA e DC da ARS, I. P. para validação.

Neste contexto, a obtenção de um valor de IDG inferior a 50%, em 2 anos sucessivos, implica a extinção da USF.

b) Não cumprimento, em dois anos consecutivos, dos tempos máximos de resposta legalmente definidos.

O cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos previstos (TMRG) definidos para os Cuidados de Saúde Primários, que constam da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos cidadãos do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio) é monitorizado, trimestralmente, através dos resultados dos indicadores de desempenho desta dimensão e análise das reclamações relacionadas.

Considera-se não cumprimento:

- Resultado dos indicadores de desempenho na dimensão TMRG com valor inferior ao mínimo aceitável definido pela Portaria 212/2017, de 19 julho ou outra que a venha a substituir;
- Não tratamento devido de reclamações justificadas sobre o incumprimento dos TMRG.

Cada reclamação sobre incumprimento de TMRG deve ser alvo de análise rigorosa por parte do DE, CCS, Gabinete do Cidadão do ACeS, devendo dar conhecimento do resultado desta à ERA e DC, no sentido de se determinar se houve razão justificável para tal e se foram acionados todos os mecanismos possíveis para prevenir o incumprimento.

A equipa deve evidenciar prova documental de análise de cada reclamação, medidas corretivas tomadas e resultados da sua monitorização.

3 - Para efeitos do disposto dos n.ºs 2 do presente regulamento e artigo 19º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, ***a***

proposta de extinção da USF é apresentada pelo diretor executivo do ACeS, ao conselho diretivo da respetiva Administração Regional de Saúde, ao qual cabe emitir a decisão final.

4 - A proposta de extinção da USF referida no número anterior é acompanhada de parecer elaborado em conjunto pelo conselho clínico e de saúde e pela Equipa Regional de Apoio (ERA), após apuramento dos resultados da avaliação de desempenho, do processo de acompanhamento realizado e do contraditório apresentado pela equipa, conforme nº 5, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

5 - A decisão sobre a extinção da USF é comunicada à USF e ao ACES, conforme nº 6, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

6 - No caso de ocorrer extinção a comunicação é feita com a antecedência mínima de 60 dias, conforme nº 7, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

7 - Caso ocorra a extinção da USF, os profissionais ali integrados mantêm-se em funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados que sucede à USF, sem prejuízo de poder haver lugar à constituição de uma nova equipa e candidatura a USF, nos termos da legislação em vigor, conforme nº 8, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

Caso não haja nova candidatura, o regresso dos profissionais ao serviço de origem deve ser implementado de forma a que não haja rotura no compromisso assistencial.

8 - Em caso de dúvidas ou omissões do presente regulamento e/ou interpretação do art.º 19.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, deverão estas ser colocadas ao Dispositivo Nacional das ERA.

O Coordenador

PARECER N.º 03 - A – PROCEDIMENTO CONCURSAL PARA RECRUTAMENTO DE PESSOAL MÉDICO RECÉM ESPECIALISTA - 2.ª ÉPOCA DE 2018 - ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2018.12.09

DESTINATÁRIO:**Secretária de Estado da Saúde**

Analisada a Nota proveniente da ACSS, I.P. a propósito do assunto supracitado e que nos foi remetida através do Gabinete da Sr.ª Secretária de Estado da Saúde, somos de opinião:

1. Importa perspectivar desde já a proposta dum *Quadro de Referência* orientado para a gestão dos Recursos Humanos (RH) neste caso de médicos especialistas de MGF.
 - a. Objectivo
 - i. Garantir a **cobertura integral** da população portuguesa por uma **equipa de saúde familiar**, num contexto organizacional de USF.
 - b. Pressupostos e critérios para definição de vagas:
 - i. Só deve abrir vaga onde houver condições para, no imediato, poder ser constituída uma lista de utentes (dimensão compreendida entre 1.917 e 2.150 Unidades Ponderadas).
 - ii. Dotação adequada de profissionais de enfermagem e secretariado clínico.
 - iii. Instalações e equipamento adequado às normas em vigor para as USF.
 - iv. Vagas abertas para USF em funcionamento, só se a mesma prescindir do seu direito de escolha.
 - c. Deverá ser desenvolvida de forma cada vez mais adequada uma visão integrada nacional dos actuais processos - duas fases de recrutamento e um concurso de mobilidade inter-regional.
 - d. O planeamento da oferta de vagas deve garantir a transparência e a credibilidade exigidas de forma a que não hajam "gerações perdidas" ou "gerações de ouro" dependentes de eventuais quebras de estabilidade, garantia de expectativas e/ou coerência dos critérios.

- e. Desenvolvimento dum métrica diagnóstica nacional que exponha o *turnover* expectável de entradas e saídas de profissionais aos vários níveis territoriais (nacional, regional e local – ACeS).
2. Importa esclarecer se existe algum número global de vagas previamente acordado (limite) com o Ministério das Finanças para este concurso. A priorização de vagas por região exige esse esclarecimento para se avaliar a adequação da metodologia proposta pela ACSS, IP.
 3. Ao abrir um nº de vagas significativamente maior do que os candidatos nas regiões prestes a ficar totalmente cobertas por médico de família, pode criar uma situação de injustiça para os MF que nos concursos anteriores aceitaram deslocar-se para outras ARS – (essencialmente LVT e Algarve) - na perspectiva de se poderem aproximar do seu local de formação e/ou residência em concursos de mobilidade futuros em favor dos que não aceitaram vagas noutros concursos ou daqueles que nem sequer concorreram. Estes veriam premiada a sua opção de sair temporariamente do SNS e os outros penalizados, por não conseguirem a mobilidade, exatamente por se manterem no SNS. Aqui, o n.º de vagas proposto pela ACSS para estes profissionais que estão de fora (34) é quase metade do n.º daqueles que ficaram de fora do concurso só este ano (73).
 4. As vagas de especialistas de MGF previstas para integrar em DICAD e respectivos CRI não fazem o menor sentido no quadro dum concurso de recrutamento com este enquadramento (Decreto-Lei n.º 24/2016 de 8 de junho). A DICAD tem uma intervenção própria, com especialização própria, que nada tem a ver com a inscrição em lista familiar de MF.

Um concurso específico, com definição dum perfil próprio, deverá ser a opção para estes casos.

Salvo melhor opinião a inclusão destas vagas num procedimento concursal deste tipo constitui uma ilegalidade flagrante relativamente ao enquadramento legislativo da carreira especial médica na área da Medicina Geral e Familiar.

Propostas:

Na iminência de, relativamente a este concurso, não haver tempo para reformular o processo de planeamento quanto à fixação de vagas de acordo com um Quadro de Referência, tal como propomos no Ponto 1, mas que falta construir com o envolvimento das partes.

- 1 - Assim sendo os critérios definidos pela ACSS, IP e consequentes opções propostas seriam aprovados para este concurso, uma vez esclarecidas as notas da CNCSP assinaladas no documento anexo.

2 – As vagas atribuídas às DICAD (ARS Norte e ARS Algarve) não deverão ser consideradas sendo transferidas para outras unidades funcionais.

3 – Deverá ser nomeado no mais curto espaço de tempo um Grupo de Trabalho com a missão de iniciar a construção dum Quadro de Referência dinâmico de apoio ao planeamento de vagas de MGF aos dois procedimentos concursais anuais e ao processo anual de mobilidade inter-regiões, envolvendo representantes do MS, ACSS, ARS / ERA e ACeS / PCCS.

O Coordenador

RECOMENDAÇÕES 2018

**RECOMENDAÇÃO 02 – DESPACHO N.º 1194-A/2018 – CRITÉRIOS DE TRANSIÇÃO
PARA USF MODELO B**

2018.02.14

DESTINATÁRIO:

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

A CNCSP defende que todas as USF modelo A com Parecer Técnico aprovado pelas ARS, **devem transitar para modelo B**. Esta posição é suportada pela evidência do estudo “**Avaliação de custos-consequências das USF B e UCSP 2015 - Unidades Funcionais dos CSP como Centros de Resultados**”, disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/CNCSP-Avalia%C3%A7%C3%A3o_USF-1.pdf: “As USF modelo B são mais eficientes e têm melhores resultados em saúde para maior número de cidadãos”

Face à publicação do, que fixa em 20 o número das USF que podem transitar para modelo B no decurso do 4.º trimestre, a CNCSP propõe, para a seriação das candidaturas existentes, a adoção sequencial dos seguintes critérios:

1 - Ponderação regional em função do nº de candidaturas com PT aprovado.

ARS	Candidaturas (A)	Proporção Regional B= (A/Total candidaturas)	Vagas (Bx20)
Norte	14	0,48	10
Centro	5	0,17	3
LVT	9	0,31	6
Alentejo	0	0	0
Algarve	1	0,03	1
Total	29	1	20

2 – Seriação cronológica pela data do Parecer Técnico dentro de cada ARS.

A assunção destes critérios deve ser acompanhada da decisão que todas estas USF modelo B iniciarão funções no dia 1 de outubro de 2018.

O Coordenador

- 1. Concordo com a metodologia proposta para a seriação das candidaturas das USF a transitar para o modelo B.**
- 2. Dê-se conhecimento à ACSS, às ARS e à CNCSP.**
- 3. Solicitar às ARS o envio das propostas das USF que devem transitar para o modelo B, de acordo com este modelo e respeitando as quotas definidas, até ao dia 28 de fevereiro.**

Lisboa, 20 de fevereiro de 2018.

O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,

Fernando Araújo

PRONÚNCIA 2018

PRONÚNCIA – SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE RELATIVO A DOIS DIPLOMAS REMETIDOS AO GABINETE DO SEAS PELA SEAP

26 Março 2018

1 - Resolução do Conselho de Ministros n.º.../2018

A Coordenação para reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP) revê-se e apoia a iniciativa legislativa do Governo de requalificação da administração pública no quadro da modernização do Estado, de forma intersectorial, em redes colaborativas e centradas nas pessoas, destacando, positivamente, a intenção do “envolvimento dos trabalhadores públicos como agentes da mudança” e os seus “três eixos estratégicos: valorizar os trabalhadores em funções públicas, garantir boas condições de trabalho, melhorar a organização e a gestão pública.”

Enaltece-se que, no âmbito da criação da “rede colaborativa em gestão pública (Rede AP)”, constitua sua prioridade primeira, para o período 2018-2019, a atuação em matéria de segurança e saúde no trabalho (SST), pelo que esta aportará à melhoria da promoção da saúde dos trabalhadores públicos e dos seu locais de trabalho, fatores decisivos para ganhos de satisfação e motivação destes.

Por último, considerando que o maior capital de quaisquer organizações, será sempre o humano, esta aposta na valorização, envolvimento e desenvolvimento dos trabalhadores públicos constituirá sempre a melhor via para uma Administração Pública e Estado mais fortes e com mais valor.

2 - Sobre a Proposta de Lei PL 110-2018

Pelo exposto supra sobre a RCM, a CNCSP subscreve e enaltece a proposta de lei em apreço, que visa fundamentalmente “a uniformização das condições de segurança e saúde no trabalho a nível nacional, eliminando-se a presente desigualdade de tratamento que penaliza a segurança e saúde no trabalho nas administrações públicas” pela implementação de serviços da segurança e da saúde

no trabalho nos termos do normativo legal vigente, com as alterações propostas, até ao final de 2019.

Considera-se que a promoção efetiva do acesso e equidade dos trabalhadores públicos aos cuidados prestados pelos serviços da segurança e da saúde se traduzirá em valor acrescentado para sua qualidade de vida, saúde e desempenho profissional, pelo que, considerando a realidade do presente, se considera a obrigatoriedade temporal para a sua implementação decisiva para o cumprimento deste desiderato, pelo que a mesma deverá ser devidamente monitorizada e inspecionada.

O Coordenador

PARECERES 2019

PARECER N.º 01 – PARECER SOBRE PEDCP BIÉNIO 2019-2020

2019.01.26

DESTINATÁRIO:**Secretária de Estado da Saúde**

No âmbito das suas atribuições e por solicitação da Senhora Secretária de Estado da Saúde, a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de saúde Primários (CNCSP), procedeu à análise da proposta de **Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos biénio 2019-2020**, desenvolvida pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, passando a apresentar o seu parecer:

1. Felicita-se a CNCP pela elaboração do presente plano estratégico, na continuidade do anterior, na convicção de que o mesmo permitirá continuar a desenvolver e consolidar a RNCP e cumprir a sua visão, um desiderato da responsabilidade de todos os contextos de cuidados e de todos os profissionais de saúde;
2. Pelo histórico apresentado fica evidenciado o intenso trabalho produzido pela CNCP no sentido de garantir, a nível do SNS, uma resposta efetiva às necessidades de cidadãos, famílias e comunidades nesta tipologia de cuidados;
3. Destaca-se pela positiva a preocupação permanente ao longo do PEDCP com o investimento necessário em **formação e investigação** para esta tipologia de cuidados, no sentido de melhor capacitar todos os profissionais de saúde, todos os demais atores e sociedade em geral, constituindo este, fator decisivo para a criação de cultura de palição em Portugal e para a efetividade clínica nesta área da saúde;
4. Igualmente digno de apreço, regista-se a preocupação com a sensibilização para a dinamização de **grupos de autoajuda** conforme conteúdo do plano;
5. Reafirma-se que a CNCSP entende serem os **CSP**, por eleição, o contexto que melhor garante a proximidade e continuidade de cuidados, onde pela sua natureza os cuidados paliativos e abordagens paliativas não constituem exceção, devendo neste sentido, a **intervenção domiciliária** ser sempre prioritária sobre todas as outras tipologias de internamento;
6. Apesar da dimensão, abrangência e densidade do PEDCP 2019-2020, muito centrado no modelo de organização e integração de cuidados paliativos a nível hospitalar e da RNCCI, e não obstante a referência permanente às ECSCP, este **carece de uma melhor explicitação no que se relaciona com os CSP**, nomeadamente em relação às respostas expectáveis e

- desejadas das várias unidades funcionais e equipas do ACeS, de acordo com as suas missões complementares, competências multiprofissionais e necessidade de melhorar a capacitação de todos os seus profissionais para garantirem a qualidade de cuidados nesta área, que deverão sempre centrar-se na pessoa, família e seus cuidadores informais, de forma integrada e colaborativa;
7. Recomenda-se a conceção de um percurso de cuidados nesta área, que poderá ser consubstanciado na elaboração de um **processo assistencial integrado (PAI)**, que defina com objetividade: critérios de avaliação e referência, contextos de cuidados adequados para cada etapa do processo assistencial, responsabilidades institucionais e profissionais adequadas, competências profissionais necessárias, medidas farmacológicas e não farmacológicas, dimensão e salvaguarda ética da prestação de cuidados a este nível, medidas promotoras para a ressocialização da morte e de apoio ao luto, etc.;
 8. Considera-se também importante o desenvolvimento de uma **carta de equipamentos e recursos materiais** considerados fundamentais para as diversas unidades/equipas puderem cumprir cabalmente a sua missão em todos os contextos de cuidados;
 9. Quanto ao desenvolvimento das **TIC/SI** deverá ser assegurada a sua interoperabilidade e usabilidade de forma a garantir a documentação da intervenção de todos os profissionais de saúde que intervêm no âmbito dos cuidados/abordagens paliativas e a produção de indicadores de resultado que evidenciem o valor das suas intervenções e suportem os processos de contratualização interna/externa;
 10. Anexa-se a proposta do PEDCP biénio 2019-2020 anotado com propostas de melhoria e algumas questões a fim de que possa a CNCP melhor as identificar, compreender e situar;
 11. Por último, a CNCSP reafirma a sua total disponibilidade para com a CNCP colaborar na prossecução desta nobre missão que é responsabilidade de todos cumprir.

O Coordenador

PARECER N.º 02 – PROPOSTA DE DIPLOMA SOBRE “NORMAS COM INCIDÊNCIA NOS TRABALHADORES ENFERMEIROS ABRANGIDOS PELO ÂMBITO DE APLICAÇÃO SUBJECTIVO DEFINIDO NOS DECRETOS-LEI N.º 247/2009 E 248/2009, AMBOS DE 22 DE SETEMBRO”

2019.03.22

DESTINATÁRIOS:

Ministra da Saúde

Secretária de Estado da Saúde

No quadro das funções e competências fixadas para o *Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP)* e sua *Equipa de Apoio (EA)* através do Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro e apreciação pública da proposta de diploma legal suprarreferido, em curso, procedemos à sua análise, face ao enquadramento legal vigente para a dotação de enfermeiros nas várias unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), da qual resulta o devido enquadramento e respetivo parecer.

Enquadramento:

Da análise cuidada da proposta identificada em epígrafe e confrontando-a com os diplomas legais em vigor no âmbito dos cuidados de saúde primários, o CNCSP e sua EA considera ser da máxima importância que, para assegurar os requisitos previstos para a organização e funcionamento das diferentes unidades funcionais que constituem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), **seja criada uma exceção permanente para o acesso à categoria de enfermeiro especialista.**

Assim, a quota máxima de 25% do total de enfermeiros, conforme proposta de redação do n.º 3 do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, vem contrariar o que já está estipulado na legislação seguinte:

- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, que procede à quinta alteração do DL n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e à primeira alteração do DL n.º 81/2009, de 2 de abril, prevê no n.º 2 do artigo 12º que as Unidades de Saúde Públicas integrem só enfermeiros especialistas de saúde pública ou de saúde comunitária, num rácio de 1 enfermeiro para 30.000 habitantes na área geográfica de intervenção (cf. alínea b), do n.º 3, do artigo 8º - Anexo II).

- Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, que procede à primeira alteração do DL n.º 298/2007, de 22 de agosto, prevê no n.º 4, do artigo 7º que os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.
- Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, decorrente da missão e atribuições das Unidades de Cuidados na Comunidade, as equipas multiprofissionais que as integram, em particular a equipa de enfermagem, pelo nível de complexidade de necessidades da população alvo “pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física ou funcional ou de doença que requeira acompanhamento próximo”⁶, assim como pelos contactos de trabalho mais desfavoráveis (fora da instituição – comunidade ou domicílios das pessoas), é recomendável que a globalidade dos enfermeiros sejam detentores de competências especializadas nas diferentes áreas do conhecimento científico da enfermagem, designadamente a enfermagem de saúde infantil e pediatria, enfermagem de saúde materna e obstetrícia, enfermagem de saúde mental, enfermagem de reabilitação, entre outras que se considerarem oportunas, no sentido de proporcionarem o acesso, a qualidade e a segurança necessária.

Desta forma, a imposição de uma quota para o acesso à categoria de enfermeiro especialista em CSP vem-se constituir, para além de obstáculo ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e impeditivo da implementação da legislação regulamentar em vigor para esta área de cuidados, como uma barreira no acesso aos cuidados de saúde especializados/diferenciados, em particular os de enfermagem, condição fundamental para a sua qualidade e segurança.

Parecer:

Considerando o exposto, recomenda-se, nos termos definidos no n.º 3, do artigo 7º da proposta em apreço, que o contexto CSP se constitua de forma permanente como “situação excepcional”, em que o recrutamento para a categoria de enfermeiro especialista se faça de entre os enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista, exigido para cada uma das unidades funcionais em que esteja integrado ou venha a integrar, independentemente do tempo de exercício profissional e logo que aprovado o cabimento pelos órgãos da tutela, sem a aplicação do regime de quotas previsto e que eventualmente venha a ser definido.

O Coordenador

⁶ Cf n.º 2 do artigo 3º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril

PARECER N.º 03 – “TOMADA DE POSIÇÃO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS” -PEDIDO DE INFORMAÇÃO DA SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

2019.04.09

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

Em resposta à solicitação de informação da Secretária de Estado da Saúde sobre o assunto supra-referido, a Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários afirma que aos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, que integram a equipa multiprofissional das Unidade de Saúde Familiar (USF) estão garantidos os direitos decorrentes dos regimes jurídicos das respectivas carreiras e demais normativo profissional legal e regulador vigente para a profissão de Enfermagem, considerando as prerrogativas que constam deste e por confronto com o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei 73/2017, de 21 de junho de 2017.

Para todos os profissionais de saúde que integram as equipas que compõem as USF, o respeito pela autonomia e competências próprias das respectivas profissões e carreiras está salvaguardado e inscrito no regime jurídico destas unidades, assim como nas demais unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários. A propósito, importa destacar, que num universo de 532 USF em actividade no Continente, ondem exercem a sua actividade profissional 3.472 enfermeiros (Fonte ACSS, IP), esta situação nunca foi reportada, que seja do conhecimento desta Coordenação Nacional.

Importa, ainda, destacar o modelo inovador, solidário e democrático de organização e funcionamento das USF, vertido na gestão participativa destas unidades funcionais e composição e atribuições dos seus órgãos de governança, nomeadamente o Conselho Técnico e Conselho Geral, que asseguram à sua equipa multiprofissional o potenciar das aptidões e competências próprias de cada grupo profissional e o contributo para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável e complementar que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde que prestam aos cidadãos e suas famílias.

Pelo exposto, recomenda-se que a Secretaria Regional da Saúde do Governo Regional da Madeira inste o Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional da Região Autónoma da Madeira da Ordem dos Enfermeiros a apresentar a fundamentação formal sobre a alegada infracção

disciplinar que constitua violação de deveres consignados nas prerrogativas legais vigentes da profissão de enfermagem, a nível regional, face ao regime jurídico das USF, e que justifiquem a afirmada intenção de instauração de procedimentos disciplinares, pelo Conselho de Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, a enfermeiros que no estrito cumprimento da lei decidam, livre e voluntariamente, integrar a equipa de saúde das referidas unidades.

O Coordenador

**PARECER N.º 04 – “RELATÓRIO FINAL DO GRUPO DE TRABALHO PARA
IMPLEMENTAÇÃO DA REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL”**

2019.04.15

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

“Relatório para implementação da Reabilitação Cardíaca em Portugal”

O Despacho 8597/2017, de 29 de Setembro de 2017, afirma que o “XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e promover a saúde dos Portugueses, designadamente através de uma abordagem integrada e de proximidade da doença crónica, como a doença cardiovascular” e que “assume particular relevância a garantia de uma abordagem transversal da saúde dos cidadãos nas suas diferentes dimensões: prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento adequado e a relevante dimensão da reabilitação”.

Segundo o relatório em análise **Portugal tem uma das mais baixas taxas de doentes incluídos em Programas de Reabilitação Cardíaca (RC) da Europa**. Apenas 8% dos doentes após enfarte do miocárdio participam nestes programas, sendo a taxa média de participação europeia superior a 30 %. A reduzida taxa de participação nacional em Programas de RC priva os doentes cardíacos portugueses com indicação para Prevenção e Reabilitação Cardiovasculares de uma intervenção terapêutica reconhecida como custo-eficaz e que reduz a mortalidade e as hospitalizações, melhora a qualidade de vida e acelera a normalização das atividades da vida diária, nomeadamente o retorno ao trabalho.

Por estas razões foi constituído um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de RC, dos projetos-piloto a desenvolver nesse âmbito, em estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que garanta o seu acompanhamento e avaliação, pretendendo-se atingir em 2020, a meta de participação nos Programa de RC de 30 % dos doentes elegíveis. O despacho refere nos seus pontos 2 e 3 que os objetivos deste grupo de trabalho são centrados em atividade hospitalar e visam alargar os projetos piloto a outros estabelecimentos hospitalares no futuro.

A constituição inicial do grupo de trabalho que está em atividade há mais de um ano não incluiu representantes dos CSP, tendo sido agora pedido pela Sr.ª Secretária de Estado da Saúde o parecer da CNCSP nesta fase já de conclusão do relatório para implementação dos projetos piloto.

Com base na leitura do “Relatório final do Grupo de Trabalho para implementação da Reabilitação Cardíaca em Portugal” foram elencados os seguintes pontos:

1. Em consonância com o grupo de RC considera-se relevante a definição de Programas de RC e a sua implementação a nível nacional, de forma faseada, através do desenvolvimento de **projetos-piloto**, do seu acompanhamento e avaliação;
2. O despacho na sua introdução fala de uma **abordagem integrada** da doença crónica e cardiovascular, pelo que se considera que este projeto deveria integrar o Grupo da doença crónica ou o Grupo da reabilitação, já constituídos, embora mantendo a sua autonomia técnica;
3. Para uma abordagem integrada da doença crónica e cardiovascular é fundamental que o grupo a constituir para implementação do programa de reabilitação cardíaca, e acompanhamento e avaliação dos projetos piloto, além dos elementos que integram o atual grupo de trabalho, **inclua profissionais de Cuidados de Saúde Primários** com competência em reabilitação ou exercício físico;
4. O relatório define globalmente um projeto de cuidados hospitalares, em que toda a coordenação é hospitalar e exclusivamente médica, e em que os CSP, através das suas UF apenas darão resposta a orientações das unidades hospitalares de reabilitação cardíaca. **A participação de unidades dos CSP surge apenas na fase III da reabilitação**, se existirem condições nos ACeS, e sob coordenação do cardiologista ou Fisiatra hospitalar. O relatório prevê ainda que a fase III possa ocorrer em unidades de reabilitação cardíaca não hospitalares licenciadas para o efeito, pelo que **deve ser haver uma definição clara dos critérios a que estas unidades devem responder** (quer nos ACeS, quer nas unidades convencionadas);
5. **Considera-se que as fases II e III, deveriam ser desenvolvidas, prioritariamente, no âmbito dos CSP**, através da capacitação dos seus profissionais de saúde, para o efeito, e devida dotação dos equipamentos referidos no documento, em particular a fase III através da implementação dos programas domiciliários de RC *Home-Based*;
6. **Deve ser clarificada a responsabilidade financeira dos exames complementares da fase III**, a realizar nos CSP mas sob orientação da entidade hospitalar, pois alguns dos exames identificados não são comparticipados se solicitados em CSP;
7. Os **indicadores de qualidade** devem, sempre que possível, fazer parte do documento “BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS” da ACSS, ou se necessário a construção de novos indicadores, seguindo a mesma metodologia de construção;
8. **De acordo com o relatório o financiamento nos CSP em fase III** será através da aquisição de equipamentos e disponibilização dos recursos para a prestação de cuidados nesta área que **devem ser providenciados pelas ARS** - havendo necessidade de clarificar que recursos, que

equipamentos e, também, que tipo de ato será cobrado nos CSP ou através de entidades convencionadas, assim como, **definir as circunstâncias em que haverá recurso a estas entidades;**

9. Relativamente à criação de um **registo eletrónico específico** para codificação dos casos e integração de dados do processo terapêutico na fase III dos CSP, deve ficar definido que serão criados campos para todos os registos necessários que não possam ainda ser feitos nos sistemas atualmente em uso para registo do processo clínico eletrónico (*SClínico* e *Medicine One*), integrando os dados já existentes num processo clínico único, sem recurso a novas plataformas de registo.

O Coordenador

PARECER N.º 06 – ADENDA AO PT DA USF ALMA MATER (ALARGAMENTO DA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL)

2019.06.13

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

Enquadramento do Pedido e Análise da Adenda:

Solicita-nos o Gabinete da Senhora Secretária de Estado da Saúde um Parecer relativo à Adenda ao PT da USF *ALMA ATER* emitido pela ERA da ARS de Lisboa e Vale do Tejo visando responder favoravelmente ao **pedido de alargamento da Equipa Multiprofissional** relativamente à equipa inicial de 06.05.2013 [8 Med + 8 Enf + 6 SC] para **12 Médicos, 12 Enfermeiros e 9 Secretários Clínicos** tomando como argumento a transferência para as novas instalações.

Resumindo, a *USF Alma Mater* solicita um incremento de mais **4 Médicos, 4 Enfermeiros e 3 Secretários Clínicos**.

Analisado o Parecer Técnico de Adenda emitido pela ERA LVT em 16 de abril de 2019, esta estrutura considera o alargamento “**exequível**” para a população, pelos seguintes motivos:

1 – Esta USF (Mod A) tem **Parecer Técnico** homologado em 06.05.2013 para uma Equipa com [8 M + 8 E + 6 SC] e compromisso assistencial para cerca de **14.000 utentes**.

2 – As **características geodemográficas** conjugadas com a *estrutura do edifício construído para duas unidades funcionais de saúde de raiz para 12 médicos, considerou-se a possibilidade de funcionamento de uma única equipa até ao máximo previsto no mesmo DL 73/2017, ou seja 22.500, não excedendo o número de utentes e famílias por médico e enfermeiro*.

Face ao parecer favorável da Directora Executiva e ao ganho assistencial com a atribuição do médico de família a mais utentes que pertencem a esta área geográfica, consideramos que este alargamento é exequível para a população.

2 - O novo edifício que foi construído de raiz para servir DUAS unidades funcionais autónomas possui os seguintes gabinetes de consulta e tratamento:

Gabinetes Consulta e Tratamento

	Piso 1	Piso 2	
Gab Med	6	7	
Gab Enf	3	3	
Gab Int	2	2	
Gab PF	1	1	12 / 13
Gab Trat	2	2	

Legislação Aplicável:

De acordo com o DL 298/2007, de 22 de agosto, com a redacção atribuída pelo DL 73/2017 de 21 de junho que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), relevamos os **Artigos 8.º e 9.º** que determinam os limites (máximo e mínimo) em que se deve situar a população abrangida por uma USF (**regra**) bem como as condições que, em casos devidamente justificados, possam aconselhar a redução ou o aumento (**excepção**).

Artigo 8.º**População abrangida pelas USF**

1 - A população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional.

2 - A população inscrita em cada USF **não deve ser inferior a 4.000 nem superior a 18.000 utentes**, tendo em conta as **características geodemográficas** da população abrangida e considerando o disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo seguinte quanto ao número de utentes e famílias por médico e enfermeiro.

3 - Podem ser constituídas USF com população inscrita fora do intervalo de variação definido no número anterior, em **casos devidamente justificados** e quando as **características geodemográficas** da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem, não devendo a redução ou o aumento de população inscrita exceder **um quarto do valor referido** no número anterior.

Artigo 9.º**Listas de utentes e famílias**

1 – (...)

2 - [Revogado.]

3 - A lista de utentes inscritos por cada médico e enfermeiro de família tem uma **dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas**.

Perante o exposto e a pedido da Senhora Secretária de Estado da Saúde somos a emitir o seguinte Parecer para os efeitos que considere adequados:

1 – A USF *Alma Mater* pretende aumentar a sua Equipa Multidimensional para um valor compatível, segundo a Adenda emitida, com um compromisso assistencial para uma população de cerca de **21.000 utentes**, situação bem **acima do limite superior** (18.000) do intervalo fixado como *regra* através do **n.º 2 do Artigo 8.º** do DL citado.

2 – Esta situação, ao remeter de imediato para o n.º seguinte do mesmo artigo, admite o seu enquadramento enquanto **exceção devidamente justificada admitindo que características geodemográficas da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem**.

3 – Acontece que **nenhuma razão é apresentada** pela USF *Alma Mater* que justifique um pedido de aumento da sua Equipa Multiprofissional nesta ordem de grandeza (+4M+4E+3SC), sabendo à partida que se posiciona fora do intervalo fixado na lei. **Qual a razão e que benefícios** daí serão esperados para a população? Porque propõem uma USF com 12M + 12E + 9SC e não 2 USF (6+6+5/4)? Qual o impedimento de facto? Existe algum?

4 – Quanto a eventuais **características geodemográficas** que aconselhem à constituição de apenas **uma USF de dimensão excepcional**, elas são meramente invocadas, **sem, contudo, serem minimamente enumeradas nem, muito menos, descritas**.

5 – Quanto às **instalações** é a própria ERA que atesta o facto do **novo edifício ter sido construído** segundo um caderno de encargos orientado **para acolher duas unidades funcionais** (USF / UCSP).

6 – Existe ainda o peso da **experiência acumulada** desde 2006. USF demasiado pequenas (< 4.000 utentes) ou demasiado grandes (> 18.000) colocam dificuldades acrescidas de acesso, gestão clínica e coesão das próprias equipas.

7 – No quadro seguinte resumem-se factores relevantes que, do nosso ponto de vista, são mais ou menos favoráveis a cada um dos **2 cenários** (1 USF com 12 médicos/enfermeiros ou **2 USF** com 6/7 médicos/enfermeiros). Embora, por si, nenhum sirva de argumento isolado, em conjunto apontam manifestamente para a opção **2 USF**.

Factores relevantes	Cumprimento preferencial	
	DL 73/2016	
	1 USF	2 USF
Legislação	-	+
Instalações	-	+
RH	-	+
Ganho Assistencial	-	+
n.º utentes	-	+
Geodemografia	=	=
Vontade da Equipa	+	-
Vontade DE	+	-
Experiência / gestão de equipas	-	+
Formação	=	=
Espaços comuns	=	=

8 – Os Pareceres Técnicos e respectivas Adendas incluem como Anexo uma **Listagem Nominal** dos Profissionais (integrados ou a integrar) por Área Profissional, Regime de Trabalho, Condições de Vínculo e Local de Origem. Acontece neste caso, que **11 profissionais** (3 M + 3 E + 5 SC) ainda não se encontram identificados aparecendo no respectivo quadro segundo a formulação “**a designar**”, que o mesmo é dizer **a proposta ainda não se encontra concluída**.

9 – A hipotética Aprovação / Homologação do cenário colocado por esta USF mais não constituiria do que **banalizar a exceção** dispensando-a de justificação que, o mesmo seria dizer, abandonar o rigor e exigência da legislação subjacente a este projecto transformacional e inovador dos Cuidados de Proximidade no nosso país.

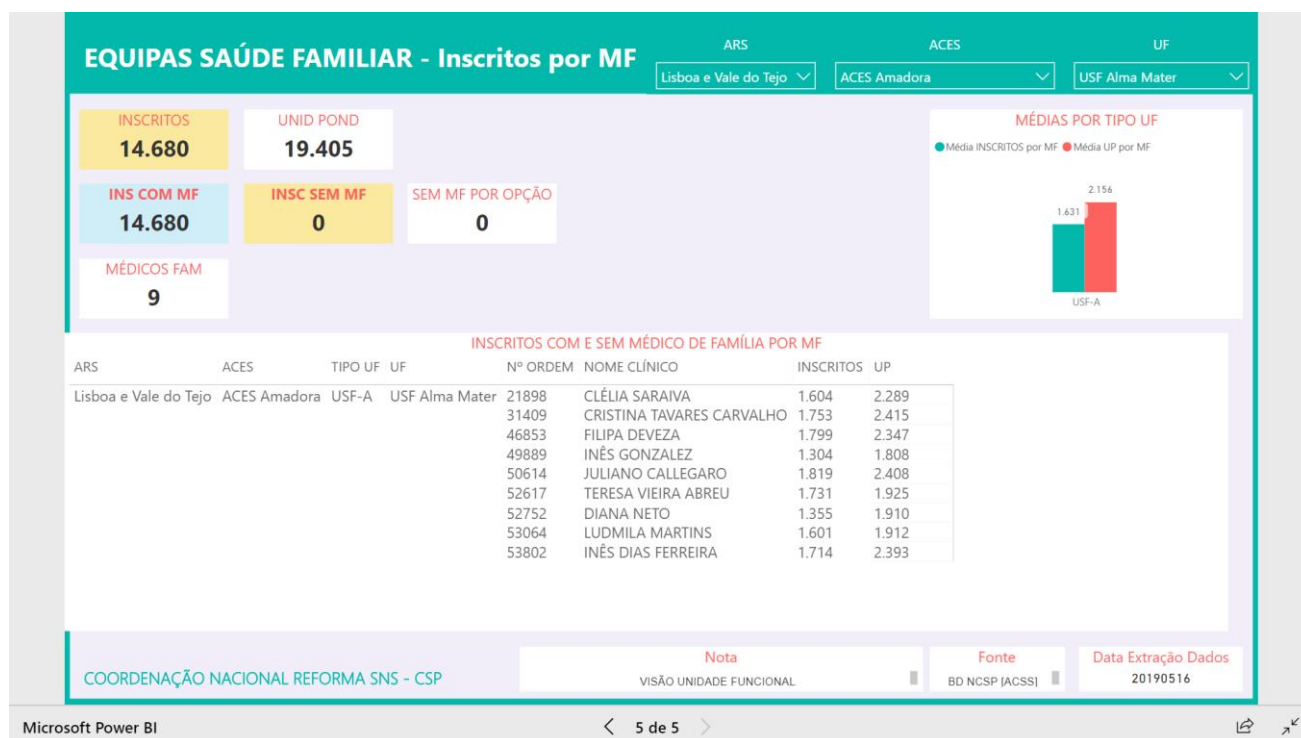
NOTAS FINAIS:

A USF *ALMA MATER* encontra-se homologada desde 06.05.2013 com PT para **8 Médicos**. Por que razão se encontra a trabalhar neste momento com 9?

Tem Adenda em conformidade ao PT inicial? Integrou mais 1 Enf.º ? e SC ?

E porque possui 3 Médicos com listas inferiores a 1.917 UP?

(ver quadro)



O Coordenador

PARECER N.º 07 – PNPSO - AUDIÇÃO PÚBLICA

2019.07.31

DESTINATÁRIO:pnpso-audicaopublica2019@dgs.min-saude.pt

Cc:

Sr.ª Secretária de Estado da Saúde

Sr.ª Diretora-geral da Saúde

Vem o Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP) no âmbito das funções e competências expressas pelos Despachos nº 200/2016 de 7/1 e nº 695/2019 manifestar em sede de audiência pública a análise da proposta de revisão do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO).

Relativamente à **Introdução** entende a CNCSP que deverá ser dado maior destaque ao processo de internalização da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e respectivo enquadramento legal, nomeadamente os, Despacho n.º 8591-B/2016 de 1 de julho e Despacho n.º 8861-A/2018 de 18 setembro e com particular atenção as metas identificadas no ponto 5º deste último Despacho.

Relativamente aos **Dados Epidemiológicos** não se encontra salientada a importância da escovagem dentária diária, que deverá ser a 1ª medida de prevenção das doenças orais, bem como, o suporte bibliográfico baseia-se muito nos estudos nacionais da DGS, contudo haverá outros autores que apresentaram dados muito pertinentes e dos quais identifica-se a seguinte publicação: *Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. Int. Dent. J. 2017; 67(3): 139-47.*

No que respeita às **Estratégias Globais de Prevenção e Tratamento das Doenças Orais** existe um importante conjunto de publicações que identifica, um mais eficiente controlo da doença cárie nas populações pediátricas, que durante a vida adulta. Assim, com base nessas evidências poderá ser suportado uma maior ênfase, no futuro, à melhoria do acesso a cuidados básicos de saúde oral por parte de populações adultas, desta forma, sugerimos a sua eventual inclusão na bibliografia de suporte do PNPSO após leitura e análise das seguintes publicações:

- *Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence,*

Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dent Res. 2017; 96(4):380-387.

- *Marcenes, W., Kassebaum, NJ., Bernabé, E., Flaxman, A., Naghavi, M., Lopez, A., Murray, CJL. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. J Dent Res. 2013; 92(7):592-7.*
- *Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Progression of dental caries and tooth loss between the third and fourth decades of life: a birth cohort study. Caries Res. 2006;40(6):459-65.*
- *Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Trajectory patterns of dental caries experience in the permanent dentition to the fourth decade of life. J Dent Res. 2008;87(1):69-72.*
- *Broadbent JM, Foster Page LA, Thomson WM, Poulton R. Permanent dentition caries through the first half of life. Br Dent J. 2013;215(7):E12.*

No que respeita aos **Eixos Estratégicos** foram igualmente identificadas publicações recentes com dados nacionais ou resultantes de consenso que após leitura e análise poderiam auxiliar na fundamentação desta revisão do PNPSO.

- *Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. Int. Dent. J. 2017; 67(3): 139-47.*
- *Bravo-Pérez M, Frias-Bulhosa J, Casals-Peidro E, Duarte F, Rueda-García J, Liquete-Otero M, Castaño-Seiquer A, Scapini C. “Propuesta de estrategias y medidas en España y Portugal para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries en la clínica dental.” RCOE 2014;19:23-27.*

No que se refere aos **Objetivos Específicos**,

O n.º 3 deverá estar enquadrado com o ponto 5º do Despacho nº 8861-A/2018 de 18 setembro;

O n.º 4 no texto que reporta a “referenciação pelo médico de família” deverá ficar claro que se trata do momento da primeira referenciação para consulta de Saúde Oral – Cuidados de Saúde Primários. Ainda relacionado com este ponto 4 e em sintonia com o ponto 6.º, entende-se que a *prestação integrada de cuidados de saúde oral* deveria permitir que a referenciação para consulta de Saúde Oral – Cuidados de Saúde Primários também possa ser realizada pelos higienistas orais.

No ponto 4.º não fica ainda esclarecido *os critérios pré-definidos* e a forma de acesso à *reabilitação oral protética*, nem quem deverá assegurar esse procedimento clínico;

No ponto 12.º a promoção do registo na plataforma informática SISO tem sido alvo de propostas de melhoria por parte da CNCSP junto da SPMS e que apesar de ter sido desenvolvida

para monitorização e auditoria dos serviços contratualizados com prestadores privados, está também a ser adaptada na Saúde Oral nos CSP, contudo os profissionais de saúde oral não têm acesso ao historial do utente de forma simples e integrada para a óptica dos utilizadores.

Seria útil a criação e inclusão de periodontograma no SISO, até porque é um acto que está contemplado nos CSP. Seria também mais adequado, quer para o sector contratualizado, quer para a SO-CSP a ficha clínica dos utentes ser automaticamente disponível com os respectivos odontogramas e periodontogramas a todos os profissionais que tenham no passado contacto com o utente e realizado registos no SISO.

A CNCSP é favorável à inclusão de um 18º ponto, baseado na recomendação desta CNCSP, respeitante à constituição de *Unidades de Saúde Oral* por ACeS que garanta a gestão integrada desta área nos CSP e promover a articulação da referenciação para os serviços de estomatologia e cirurgia maxilofacial nos cuidados de saúde hospitalar.

No subcapítulo ***Promover a higiene oral ao longo da vida*** deverá ficar claramente indicado que a higiene oral deverá ocorrer desde o 1.º dia de vida e preferencialmente deverá acontecer após a alimentação oral do bebé, podendo para tal recorrer-se a dedeiras específicas ou a compressas esterilizadas. A escovagem dentária com dentífricos fluoretados é que terá indicação ter início com a erupção do 1.º dente temporário, existem várias publicações que sustentam este hábito.

Deveria ser estabelecida uma meta que promova que todas as crianças aos 2 anos devem ter estabelecido os hábitos diários de higiene oral e quando isso não seja clinicamente verificado, em consulta de saúde infantil, devem alvo de referenciação para consulta de higiene oral no SNS.

No que respeita ao programa SOBE deverá estar em consonância e promover sinergia com o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, no entanto foram identificados pelo CNCSP que em alguns locais os kits distribuídos não estão a ser utilizados em ambiente escolar, tal como preconizado e por vezes a distribuição dos kits não coincide com o início do ano lectivo o que atrasa a implementação da escovagem em ambiente escolar.

Relativamente ao subcapítulo de *Promover a aplicação de selantes de fissuras nas crianças de 7, 10 e 13 anos de idade* as melhores evidências colocam em causa a aplicação universal de selantes de fissuras em todas as crianças e jovens sugerindo a leitura e análise das conclusões das publicações *Wright, John T. e col. Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants. JADA. 2016. 147 (8): 672 - 682.e12.* e *Ahovuo-Saloranta A col. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD001830.*

Refere-se ainda um outro aspecto importante que cria grandes dificuldades aos serviços de saúde e junto das escolas na identificação das crianças e jovens a quem devem ser emitidos os

cheques-dentistas aos 7, 10 e 13 anos e que está relacionado com o facto de apenas estarem abrangidas crianças e jovens que frequentam escolas do ensino público ou utentes que frequentem escolas do ensino privado com contrato de associação. Admite-se que seria uma vantagem para a promoção de saúde e prevenção de doença oral e de gestão do processo de emissão dos cheques dentistas serem incluídas todas as crianças e jovens aos 7, 10 e 13 anos independentemente do tipo de ensino frequentado. O incremento custos para o SNS associado do número de utilizadores poderia ser esbatido com a eliminação de segregação de utentes com base no tipo de escola que frequentam e com uma perspectiva de facultar o acesso a cuidados primários de saúde oral e uma libertação de recursos da saúde e da educação na identificação de casos com direito a emissão de cheque dentista.

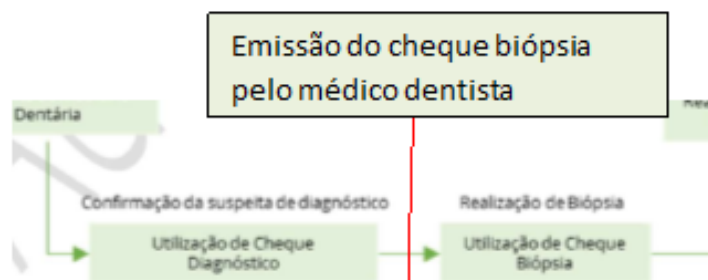
No penúltimo parágrafo da página 18 é realizada uma referência que, quando consultada, não parece sustentar nas suas conclusões as afirmações anteriores, admite-se a existência de outras publicações mais adequadas para o texto apresentado no documento em discussão pública do PNPSO. Na continuação do texto, no 2.º parágrafo da página 19 onde refere “Nos Centros de Saúde sem higienista oral, os gestores locais de saúde oral procederão à emissão de cheques dentista a todas as crianças” deve ser salvaguardado para essa situação ocorrer, a inexistência de Higienista Oral nem de Médico Dentista nos CSP.

Relativamente ao descrito na pág. 19: “Nas coortes de 7, 10 e 13 anos, a escola identifica as crianças, organizando as listagens por faixa etária e por turma” sugerimos acrescentar nº SNS, contacto Encarregado Educação (telem e e-mail). Segundo Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril e relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados será pertinente incluir a informação: *O tratamento de categorias especiais de dados pessoais pode ser necessário por razões de interesse público nos domínios da saúde pública, sem o consentimento do titular dos dados. Esse tratamento deverá ser objeto de medidas adequadas e específicas, a fim de defender os direitos e liberdades das pessoas singulares. Neste contexto, a noção de «saúde pública» deverá ser interpretada segundo a definição constante do Regulamento (CE) n.º 1338/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, ou seja, todos os elementos relacionados com a saúde, a saber, o estado de saúde, incluindo a morbilidade e a incapacidade, as determinantes desse estado de saúde, as necessidades de cuidados de saúde, os recursos atribuídos aos cuidados de saúde, a prestação de cuidados de saúde e o acesso universal aos mesmos, assim como as despesas e o financiamento dos cuidados de saúde, e as causas de mortalidade. Tais atividades de tratamento de dados sobre a saúde autorizadas por motivos de interesse público não deverão ter por resultado que os dados sejam tratados para outros fins por terceiros, como os empregadores ou as companhias de seguros e entidades bancárias.*

No que concerne à **Promover o Tratamento das Doenças Orais** reforça-se a utilidade de os higienistas orais passarem a poder referenciar directamente para a consulta de SO-CSP, em situações clínicas por eles identificados no âmbito da saúde escolar ou na sua consulta de higiene oral nos CSP, sem necessidade de mediação do médico de família, não só pela possibilidade de atraso na referência ou ocupação desnecessária do médico de família com procedimentos meramente administrativos.

Entende a CNCSP que a introdução de indicadores na contratualização das Unidades Funcionais (USF e UCSP) poderia auxiliar na sensibilização para a importância da saúde oral e da utilização do PNPSO nos seus diferentes módulos.

Na figura 2 da página 22 deveria ser inserida a seguinte caixa:



No que respeita aos *Objetivos Operacionais* descritos na pág. 23 no ponto 4.º deverá não incidir apenas em crianças com 6 anos, mas também aos 12 e 18 anos ser para todas os grupos etários e noutros grupos etários tendo por base os dados do 3.º Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais.

No ponto 5, atendendo que o índice CPO é um indicador composto cujo resultado é cumulativo para ambas as dentições, será inadequado estimar a redução do indicador, quanto muito a média do indicador para determinada população.

Relativamente aos pontos 10.º, 11.º e 12.º deverá ser prevista uma política de recursos humanos adequada ao n.º de utentes inscritos nos ACeS.

Acerca do subcapítulo **Monitorizar, Avaliar, Auditar e Promover a Formação Profissional, a Investigação e ao Conhecimento**, deverá ser assegurada a formação dos profissionais afectos aos CSP nas áreas de intervenção ou conexas com a saúde oral e facultar a sua participação, dentro dos limites legalmente estabelecidos, em processos formativos promovidos pelas ARS e Secretarias Regionais.

No que concerne ao capítulo *Governança* entende a CNCSP que deve ser assumida a responsabilidade de coordenação do PNPSO a nível Nacional, Regional e Local por profissionais com formação específica em Saúde Oral e dentro deste grupo, privilegiar aqueles que detenham formação pós-graduada em Medicina Dentária Preventiva e Comunitária ou em Saúde Pública Oral. Assim, admite-se que a coordenação local do PNPSO estar confiado às Unidades de Saúde Pública não se justifica.

Apesar de indicado e bem, a avaliação do grau de satisfação dos utentes no âmbito do PNPSO, apenas é proposto um inquérito para a satisfação no âmbito dos utilizadores de consultas de medicina dentária nos centros de saúde, o que deverá ser transversal a todos os prestadores e não só nos CSP, bem como, ser incluída, avaliação da satisfação dos e 30 profissionais de saúde oral, independentemente de serem prestadores nos CSP ou sector privado.

Relativamente aos *indicadores de avaliação e satisfação* não existe qualquer referência história dos dados de monitorização dos diferentes módulos do PNPSO, para se aferir a adequação das metas propostas para 2020, igualmente, entendemos que o referencial temporal do ano 2020 é claramente inadequada quanto ao período de monitorização do PNPSO em virtude de em Julho de 2019 estar a ser discutido o mesmo e não existirem publicados dados de monitorização de avaliação e satisfação a nível nacional, regional ou local.

A avaliação de satisfação dos utentes utilizadores das consultas de medicina dentária surge unicamente avaliado (por inquérito que não se identifica se foi previamente testado e validado) para as consultas realizadas nos Centros de Saúde e não sendo proposta, qualquer tipo de avaliação da satisfação com a consulta de referência de higiene oral às coortes dos 7, 10 e 13 anos, ou outras, bem como, não é apresentada qualquer proposta de inquérito de satisfação aos utilizadores das consultas de medicina dentária realizadas ao abrigo dos restantes módulos dos cheques dentistas.

A descrição dos indicadores constantes da tabela 9 das páginas 29 e 30 deverão estar explícitos os respectivos numerador e denominador do indicador, sendo que alguns indicadores como por exemplo “diminuir o índice de CPO” não ser tecnicamente possível pelo facto de se tratar um indicador cumulativo ao longo da vida do indivíduo e por isso não passível de diminuição. Igualmente, *avaliação da utilização dos cheques dentista e referência para a HO* não deverá incidir apenas na coorte dos 10 anos, mas em todos os módulos do PNPSO.

Da análise da *bibliografia* de suporte à revisão o PNPSO verifica-se que a mesma é apresentada sem homogeneidade e algumas das referências apresentam-se incompletas dificultando a sua identificação e consulta para análise da evidência produzida o que deverá ser corrigido, apontado como exemplo a ref. ^a 14, 28 ou 43.

O Coordenador

**PARECER N.º 08 – RESPOSTAS INSUFICIENTES DO SNS EM GINECOLOGIA /
OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA**

2019.10.11

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

**Análise da CNCSP face ao problema identificado na reunião de Saúde da Mulher e da
Criança realizada a 12/09/2019**

Face ao solicitado pela Sr.ª Secretária de Estado da Saúde, consideramos que um dos pontos fundamentais discutido nesta reunião, prende-se com o desvio do SNS de profissionais altamente diferenciados e com responsabilidades na prestação de cuidados e na formação, para unidades privadas de saúde.

Para ultrapassar este fenómeno é necessário recuperar a capacidade de atracção do SNS, de forma a aí fixar os profissionais formados.

Contexto nos Cuidados de Saúde Primários.

Número ainda significativo de pessoas inscritas nas UCSP sem médico de família atribuído. Ainda que o ACeS como um todo, procure criar soluções alternativas para dar resposta nestas áreas, elas poderão ser desajustadas face às necessidades e recursos profissionais existentes e disponíveis, implicando, eventualmente, o recurso aos serviços de urgência quando se observa dificuldade no acesso.

Ressalvamos que em CSP não se sente como problema a capacidade de resposta na vigilância de saúde da mulher e da criança na população inscrita com equipa de saúde familiar atribuída.

Propostas:

- Generalização das USF no SNS, dotando-as de profissionais (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) com *ratio* ajustado à população.
- Manter a vigilância de saúde da mulher e da criança pela equipa de saúde familiar.

- Adequação dos recursos das URAP às necessidades em saúde e planos de intervenção dos contextos de proximidade dos distintos ACeS.
- Generalização das UCC no SNS e garantia da acessibilidade a cursos de preparação para a parentalidade e recuperação pós-parto em todas estas unidades.

Contexto dos Cuidados Hospitalares

Dificuldade na resposta atempada em consulta de referência hospitalar por falta de recursos profissionais ajustados à demanda.

Na evidente competição entre sectores (público, privado e social) pela contratação de recursos profissionais, o SNS tem vindo a perder progressivamente poder de atracção e isso revela-se como fortemente penalizador da coesão, resposta e segurança dum sistema integrado.

Propostas:

- Um “sistema inteligente”, prospectivo e integrado, orientado para as necessidades no que diz respeito à abertura de vagas de especialidade em ginecologia / obstetrícia, pediatria e anestesia.
- Rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, na consulta externa e no bloco de partos e nos programas de preparação para a parentalidade e recuperação pós-parto.

O Coordenador

RECOMENDAÇÕES 2019

RECOMENDAÇÃO N.º 01 – PROPOSTA DE DESPACHO CONJUNTO 2019 – ABERTURA DE USF-A E TRANSIÇÃO DE USF-A PARA USF-B

2019.01.22

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

FINANÇAS E SAÚDE

Proposta de Despacho n.º _/2019

(fixa o número de USF a constituir no ano de 2019 e determina o número de das que transitam do modelo A para o modelo B)

O XXI.º Governo Constitucional estabeleceu como prioridade a defesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, nesse âmbito, identificou a necessidade de relançamento dos cuidados de saúde primários e de criação de mais unidades de saúde familiar (USF), contribuindo assim para concretizar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde do país, expandindo e melhorando a sua capacidade de resposta às reais necessidades em saúde da população.

Assumindo o princípio da universalização do modelo USF, definiu como objetivo para a presente legislatura, a criação de 100 novas USF.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, determina, no n.º 2 do artigo 7.º, que o número de USF a constituir é estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Através deste normativo expressa-se a prioridade atribuída ao reforço do número de novas USF em atividade no País, contribuindo para o alargamento de um tipo de resposta organizacional que tem contribuído para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e da qualidade efetiva dos cuidados de saúde prestados à população.

O presente despacho, fixa o número de Unidades de Saúde Familiar (USF) a criar, e determina o número de USF que podem transitar do modelo A para o modelo B, em 2019, nos termos do n.º 3 do Anexo ao Despacho n.º 24101/2007, do Ministro da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 22 de outubro de 2007.

Assim, ao abrigo do artigo 7.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, manda o Governo, pelos Secretários de Estado do Orçamento e Adjunto e da Saúde, no uso de competência delegada, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1. O presente despacho fixa o número de Unidades de Saúde Familiar (USF) a constituir no ano de 2019 e determina o número de USF que transitam do modelo A para o modelo B, nos termos do n.º 3 do Despacho n.º 24101/2007, do Ministro da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 22 de outubro de 2007.

Artigo 2.º

Unidades de Saúde Familiar a constituir

1. O número de USF a constituir a nível nacional para o ano de 2019 é de, **pelo menos**, 20.
2. A decisão de criação das USF de modelo A previstas no presente artigo é previamente comunicada pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P., à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e ao membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 3.º

Transição de modelos

1. No ano de 2019, a transição das USF de modelo A para modelo B ocorre em **2 fases**: janeiro e julho.
2. **Até 31 de janeiro de 2019** transitam para USF modelo B as 20 candidaturas com Parecer Técnico emitido e homologado até 31 de dezembro de 2018.
3. **A 1 de julho de 2019** transitam para USF modelo B 7 USF modelo A com Parecer Técnico emitido e homologado até 30 de junho de 2019.
 - a. Só são consideradas as candidaturas a USF B ativas à data da publicação do presente despacho.
4. A transição das USF de modelo A para modelo B é objeto de prévia proposta apresentada pela respetiva Administração Regional de Saúde, I. P. ao membro do Governo responsável pela área da saúde a quem compete a sua autorização.

5. A proposta referida no número anterior é comunicada à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P..

Artigo 4.º

Número mínimo de Unidades de Saúde Familiar a criar em 2019

1. Sem prejuízo do disposto nos artigos 2.º e 3.º será estabelecido entre o Ministério da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde, I. P., um compromisso de garantia contendo o **número mínimo** de Unidades de Saúde Familiar a criar em 2019.

Artigo 5.º

1. A aplicação do presente Despacho realiza-se no contexto da **avaliação do modelo de incentivos e resultados** associados às USF do modelo B.
2. A criação das USF de modelo A e a transição das USF do modelo A para o modelo B previstas nos artigos 2.º e 3.º devem observar as disposições legais em vigor em matéria de despesa e de assunção de compromissos sendo objeto de comunicação à Direção-Geral do Orçamento.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Secretário de Estado do Orçamento,

O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 02 – ORIENTAÇÃO PARA EXTINÇÃO DE USF

2019.01.22

DESTINATÁRIO:**Secretária de Estado da Saúde**

(Aplicação do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.)

Esta recomendação, destinada à Sr.ª SES, decalcada do PARECER 02 – 2018 de 21 de junho, e com algumas alterações de mera redacção, assume a nossa proposta de orientação a enviar a:

Administrações Regionais de Saúde (ARS), Unidades Locais de Saúde (ULS), Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento (ERA), Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e Unidades de Saúde Familiar (USF).

ORIENTAÇÃO PARA EXTINÇÃO DE USF

Decorridos mais de dez anos da vigência do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) bem como o regime de incentivos institucionais a atribuir a todas unidades que os justifiquem e remuneração mista sensível ao desempenho a aplicar aos profissionais que integram as USF de modelo B, foi identificada a necessidade de clarificar alguns aspectos que a experiência adquirida identificava como pouco desenvolvidos na legislação de 2007.

Uma das questões a que importa dar resposta é a definição de regras orientadas para a **possibilidade de extinção duma USF**.

Embora o diploma legal referido estabelecesse as condições para a sua extinção, de onde se destaca o “incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso”, estas não foram aplicadas por insuficiente clarificação deste preceito.

A nova redacção do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho amplia o âmbito da sua aplicação e clarifica o regime de extinção das USF, já referido, sempre que se verifiquem as condições para este efeito, o que constitui uma importante inovação, na medida em que vem permitir às entidades competentes um

controlo mais claro e eficaz do processo, com relevante impacto na qualidade dos serviços prestados.

A presente orientação pretende garantir a sua melhor e uniforme operacionalização a nível nacional, em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), Unidades Locais de Saúde e respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).

1 - A extinção da USF verifica-se nos seguintes casos e nos termos agora definidos:

a) Por deliberação do conselho geral, por maioria de dois terços da equipa multiprofissional.

Para este efeito, o coordenador ou qualquer outro(s) elemento(s) da USF, desde que mandatado pelo Conselho Geral, previamente à reunião do Conselho Geral para deliberar sobre a extinção da unidade, deverá solicitar uma reunião com o Diretor Executivo (DE) e o Conselho Clínico e de Saúde (CCS), e eventual participação da ERA.

Caso não o façam, deve ser o DE a promover essa reunião, no prazo máximo de 15 dias, após conhecimento da deliberação, concedendo um prazo não superior a 30 dias, após a reunião, para confirmação da deliberação.

Os órgãos de gestão do ACeS e/ou as USF devem discutir com a ERA, antes da reunião com a equipa, a melhor estratégia a seguir. Este procedimento deverá ser seguido em todos os pontos seguintes do presente regulamento.

b) Quando o coordenador da USF se demite e nenhum outro elemento da equipa médica está disposto a assumir o cargo.

O DE deve, tal como no ponto anterior, promover uma reunião, no prazo máximo de 10 dias uteis após conhecimento da situação, com a equipa e o CCS procurando encontrar as soluções para o problema, no seio da USF.

A equipa tem um prazo não superior a 20 dias uteis para confirmar que não há nenhum elemento que queira assumir a coordenação da USF.

Findo este prazo a USF extingue-se e o ACeS organiza os profissionais em função das necessidades dos utentes, devendo procurar promover o aparecimento de nova candidatura a USF.

O coordenador demissionário deverá manter-se em funções durante o mínimo de 60 dias até à concretização da extinção da USF, salvo se observado o n.º 8, do artigo 12º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

c) Por abandono superior a 50 % dos membros da equipa em qualquer um dos subgrupos profissionais ou, no total da equipa, em número superior a um terço do total dos profissionais da USF, se a sua substituição não for efetuada no período de 12 meses.

Salvaguardando o contemplado no nº 3 do art.º 19º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, **“sem prejuízo de uma análise casuística, a extinção da USF não ocorre, caso se mostre possível proceder à substituição dos elementos em falta, em tempo que não comprometam a dinâmica assistencial e o desempenho global da unidade”**, a USF deve apresentar no prazo limite de 20 dias úteis, **proposta de substituição dos profissionais renunciantes**. O ACeS e a ERA avaliam em conjunto com a USF o respetivo cronograma e sua efetivação.

Se não se afigurar possível a recomposição da equipa, no espaço de 12 meses, o DE deve propor ao Conselho Diretivo da respetiva ARS, ouvido o CCS e a ERA, a sua extinção.

d) Por falsificação de registos no sistema de informação no âmbito da equipa;

Havendo indícios ou evidência de falsificação de registos no sistema de informação, o DE deve ordenar a instauração de um processo de inquérito para apuramento das responsabilidades individuais e/ou coletivas da respetiva prática, informando a USF, o CCS, a ERA e o CD da ARS do início do mesmo.

A confirmar-se a existência de responsabilidades coletivas, o DE deve propor de imediato ao Conselho Diretivo da respetiva ARS, a sua **extinção** e a instauração do **respetivo processo disciplinar**.

Se as responsabilidades forem de índole individual, o Conselho Geral da USF, no prazo de 5 dias úteis, deve deliberar sobre as respetivas consequências, comunicá-las ao DE e à ERA que, em conjunto, decidirão sobre a proposta de homologação das mesmas pelo CD da ARS. No caso de ser o Coordenador o infrator, este deverá ser substituído ao abrigo do nº 8 do artigo 12º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, considerando a figura legal de “impossibilidade permanente” para o exercício do cargo, até à eleição de novo coordenador nos termos legais vigentes.

As responsabilidades individuais sucessivas e reiteradas, isto é, por mais do que uma ocasião, e que sejam do conhecimento da USF, são consideradas como coletivas, porque significa ausência de medidas internas de prevenção ou de ação sobre quem as pratica.

Todo o tipo de responsabilidade somente poderá ser imputada, e suas consequências devidas aplicadas, depois de apurada em processo tramitado com observância das garantias constitucionais de defesa dos visados.

e) Por incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, salvaguardando o respeito pelo princípio do contraditório.

O incumprimento da carta de compromisso deverá ser sempre prevenido. Compete ao ACeS (DE e CCS), conjuntamente com a equipa da USF, e se necessário em articulação com a ERA, proceder à identificação dos fatores que concorrem para o seu eventual incumprimento, no

sentido de implementar **medidas corretoras** que os minimizem e superem, no âmbito de um processo de melhoria contínua devidamente ajustado temporalmente à dimensão dos problemas identificados.

2 - Considera-se incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, a verificação de alguma das seguintes condições:

a) Apresentação, em dois anos consecutivos, de um desempenho inferior ao valor percentual do Índice de Desempenho Global fixado na portaria a que se refere o artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, após ter sido objeto de processo de acompanhamento pelo diretor executivo e pelo conselho clínico e de saúde do respetivo ACES;

Sempre que uma USF apresente um IDG inferior a 50%, valor que reporta a desempenho insuficiente, o DE e o CCS elaboram, em conjunto com a USF, um **plano de acompanhamento** e melhoria contínua dirigido aos principais problemas identificados, com a colaboração da ERA se identificada esta necessidade, e o departamento de contratualização (DC) da ARS, I. P.

Nas USF modelo B o valor de IDG igual ou superior a 50% deve igualmente ser obtido em simultâneo em todas as Subáreas da matriz da contratualização para estas unidades.

O plano de acompanhamento é monitorizado e reavaliado a cada três meses, com emissão de relatório de progresso assinado pela equipa, DE e CCS e remetido para a ERA e DC da ARS, I. P. para validação.

Neste contexto, a obtenção de um valor de IDG inferior a 50%, em 2 anos sucessivos, implica a extinção da USF.

b) Não cumprimento, em dois anos consecutivos, dos tempos máximos de resposta legalmente definidos.

O cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos previstos (TMRG) e definidos para os Cuidados de Saúde Primários, que constam da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos cidadãos do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio) é monitorizado trimestralmente através dos resultados dos indicadores de desempenho desta dimensão e análise das reclamações relacionadas.

Considera-se não cumprimento:

- Resultado dos indicadores de desempenho na dimensão TMRG com valor inferior ao mínimo aceitável definido pela Portaria 212/2017, de 19 julho ou outra que a venha a substituir;
- Não tratamento devido de reclamações justificadas sobre o incumprimento dos TMRG.

Cada reclamação sobre incumprimento de TMRG deve ser alvo de análise rigorosa por parte do DE, CCS, Gabinete do Cidadão do ACeS, devendo dar conhecimento do resultado desta à ERA e DC, no sentido de se determinar se houve razão justificável para tal e se foram acionados todos os mecanismos possíveis para prevenir o incumprimento.

A equipa deve evidenciar prova documental de análise de cada reclamação, medidas corretivas tomadas e resultados evidenciados através da monitorização respectiva.

3 - Para efeitos do disposto no n.º 2 da presente orientação e artigo 19º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, **a proposta de extinção da USF é apresentada pelo diretor executivo do ACeS, ao conselho diretivo da respetiva Administração Regional de Saúde, ao qual cabe emitir a decisão final.**

4 - **A proposta de extinção da USF referida no número anterior é acompanhada de parecer elaborado em conjunto pelo conselho clínico e de saúde e pela Equipa Regional de Apoio (ERA), após apuramento dos resultados da avaliação de desempenho, do processo de acompanhamento realizado e do contraditório apresentado pela equipa,** conforme n.º 5, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

5 - **A decisão sobre a extinção da USF é comunicada à USF e ao ACeS,** conforme n.º 6, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

6 - **No caso de ocorrer extinção a comunicação é feita com a antecedência mínima de 60 dias,** conforme n.º 7, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

7 - **Caso ocorra a extinção da USF, os profissionais ali integrados mantêm-se em funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados que sucede à USF, sem prejuízo de poder haver lugar à constituição de uma nova equipa e candidatura a USF, nos termos da legislação em vigor,** conforme n.º 8, do art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

Caso não haja nova candidatura, o regresso dos profissionais ao serviço de origem deve ser implementado de forma a que não haja rotura no compromisso assistencial.

8 - Em caso de dúvidas ou omissões da presente orientação e/ou interpretação do art.º 19.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, deverão estas ser colocadas ao Dispositivo Nacional das ERA.

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 03 – PROPOSTA DE DESPACHO NORMATIVO - REGULAMENTO DO PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE USF (MODELOS A E B).

2019.02.20

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

A CNCSP apresenta a V. Exa. e submete a superior apreciação a sua proposta de despacho normativo “**Regulamento do processo de candidatura para a constituição de USF (Modelos A e B)**”, elaborada e aprovada em sede do dispositivo nacional das ERA, nos termos do Despacho n.º 14723/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 233, de 6 de dezembro, para os devidos efeitos.

NOTA: A aprovação do presente Despacho Normativo, nesta ou noutra eventual versão, implica a correspondente atualização do n.º 1 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, republicado pelo Decreto-lei nº 73/2017 de 21 de junho.

O Coordenador

Proposta de Despacho Normativo ---/2019

O programa para a saúde do XXI Governo Constitucional estabelece, como uma das suas medidas prioritárias, defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) reconhecendo, nesse âmbito, o relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) como eixo estratégico fundamental para este desiderato.

Procurando a expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários promoveu o início de um novo ciclo da reforma conducente à consolidação do percurso realizado até ao presente e que visa concretizar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde do país.

Obriga este novo ciclo à revisão do acervo legal produzido desde o início da reforma, por forma a atualizá-lo e adaptá-lo à situação presente, nomeadamente no que se relaciona com o processo de constituição das várias unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) e todas as estruturas locais, regionais e nacionais atualmente existentes e envolvidas nas várias etapas deste processo, nomeadamente o inerente às candidaturas a unidades de saúde familiar (USF).

O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF estabelece que estas, enquanto unidades elementares de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias, se podem constituir em três modelos distintos de desenvolvimento organizacional, A, B e C, sendo que o despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro apresenta a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF nestes três modelos.

A diferenciação entre os modelos organizacionais USF A e B resulta de 2 dimensões estruturantes fundamentais: (1) grau de autonomia organizacional; (2) diferenciação de modelo retributivo (sensível à dimensão das listas de utentes e consequente carga de trabalho estimada, desempenho contratualizado e responsabilidade partilhada assumida em equipa).

Face ao estado de desenvolvimento e exigência para cada um destes modelos (A e B), importa regulamentar de forma objetiva todo o seu processo de candidatura a fim de o normalizar relativamente a critérios de acesso, etapas, acervo documental de suporte e responsabilidades organizacionais/institucionais.

Entende-se que os promotores de projetos de USF devem preparar as suas candidaturas em estreita ligação com os órgãos de gestão e governação do ACeS onde pretendam constituir a USF. Este regulamento permitirá evidenciar o processo e melhorar a qualidade e a viabilidade do projeto a ser suportado sempre pelos diretores executivos e conselhos clínicos e de saúde dos ACeS, assumindo a sua função de apoio à constituição e desenvolvimento das várias unidades funcionais em articulação com as Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento (ERA) nos termos do

definido no n.º 6 do Despacho n.º 14723/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 233, de 6 de dezembro.

Para a elaboração do presente regulamento, considerar-se-á, ainda o n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto republicado pelo Decreto-lei nº 73/2017 de 21 de junho, o Decreto-Lei n.º 28/2018 de 22 de fevereiro e o Despacho Normativo nº 5/2011 de 15 de março, que após a sua atualização, será revogado com a publicação do presente despacho.

Assim, considerando o supra exposto, determino:

1 — É aprovado o novo **Regulamento do processo de constituição de USF (Modelos A e B)** constante do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante.

2 — É revogado o despacho normativo n.º 5/2011, de 15 de março, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 52, de 15 de março de 2011, considerando-se todas as referências feitas àquele como sendo feitas a este que aqui e agora se publica.

3 - O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

xx de fevereiro de 2019. — A Secretária de Estado da Saúde, Raquel de Almeida Ferreira Duarte Bessa de Melo.

ANEXO

Regulamento do processo de Constituição de Unidades de Saúde Familiar (Modelos A e B)

Norma I

Objeto

O presente Regulamento estabelece o procedimento relativo à **Constituição de Unidades de Saúde Familiar (Modelos A e B)**, previstas no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, republicado pelo Decreto-lei n.º 73/2017 de 21 de junho e o Decreto-Lei n.º 28/2018 de 22 de fevereiro.

Norma II

Gestão da candidatura a USF

1 - Compete à ERA, nos termos do n.º 6 do Despacho n.º 14723/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 233, de 6 de dezembro,

monitorizar, apoiar, acompanhar e avaliar todo o processo de candidatura das diversas equipas a USF, em complementaridade com o diretor executivo e conselho clínico e de saúde do ACeS.

Norma III

Candidatura a USF modelo A

1. ENQUADRAMENTO

A candidatura de equipas multiprofissionais a USF modelo A é um processo livre e corresponde a uma opção de partilha de responsabilidade equilibrada entre as unidades e a administração.

Ao processo de candidatura a modelo A, aplica-se o cronograma estabelecido, bem como a metodologia de acompanhamento instituída pela Equipa Regional de Apoio (ERA) da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS).

A presente norma e seus procedimentos operacionalizam o circuito de candidatura ao modelo de desenvolvimento organizacional de **USF modelo A**.

2. CIRCUITO DE CANDIDATURA / AVALIAÇÃO / HOMOLOGAÇÃO

A. A adesão ao modelo das USF por parte da equipa multiprofissional inicia-se com a apresentação voluntária de uma candidatura em **FORMULÁRIO PRÓPRIO**, por via eletrónica, disponível em sítio da internet da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

B. ESTE PROCEDIMENTO DEVE CONTEMPLAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO:

Modelo Organizacional

a) Opção do modelo de candidatura (A).

Identificação

b) Identificar a instituição e designação da futura USF (ver lista de designações de USF).

Profissionais

c) Constituição da equipa: devem ser identificados os elementos da equipa multiprofissional relativamente ao:

- n.º do Cartão de Cidadão;
- n.º da cédula profissional;
- categoria profissional;
- local de trabalho;
- regime de trabalho e
- regime contratual.

Condições de exercício

- d) Assinalar se mantêm ou não as instalações em que prestam cuidados no momento da candidatura e se necessitam de obras;
- e) Número atual de utentes inscritos nas listas dos médicos proponentes, ou seja, número total de utentes das respetivas listas;
- f) Número futuro de utentes proposto para integrar a USF;
- g) Número de utentes sem médico de família no âmbito da área de abrangência do centro de saúde. Caso não existam, registar “0”;
- h) Data proposta para o início de atividade da USF;
- i) Carteira adicional de serviços, listando-os sucintamente, se aplicável.

Alargamento de horário

- j) Das opções apresentadas selecionar (sim ou não) as que a equipa considerar mais adequadas.

Validação da candidatura

- k) Identificação do Coordenador do projeto;
- l) Morada das instalações da USF e código postal;
- m) Telefone do local de trabalho, telemóvel e *e-mail*, para contactos operacionais, garantindo que o coordenador do projeto seja facilmente contactável;
- n) No espaço “Observações”, a equipa poderá assinalar informação que considere relevante ao processo de candidatura.

Documentos e procedimentos

- o) Ficha de recursos: caracterização sumária conjunta, entre a equipa proponente e o ACeS, das instalações e equipamentos já existentes disponíveis para a futura USF (ficha disponível em sítio da *internet* da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.), deve ser enviado por *e-mail* à ERA no prazo de 3 dias úteis.

Em anexo à ficha de recursos deve constar o respetivo plano para a resolução de eventuais inconformidades;

- p) Outros elementos que a equipa entenda úteis, para avaliação da candidatura.

Percurso e cronograma da candidatura

- q) C. **A candidatura é enviada** ao Conselho Diretivo (CD) da Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS), à ERA e ao diretor executivo (DE) do respetivo ACeS.

- r) D. A ERA tem até 10 dias úteis para propor o agendamento de uma reunião conjunta (ERA/ACeS/Unidade), para **verificação preliminar do projeto**, sua adequação e viabilidade. Se a candidatura for validada e aceite, a ERA solicita ao Coordenador do projeto, a entrega por via eletrónica, num prazo máximo de 30 dias úteis, do documento de candidatura conforme orientações do “Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a USF”.
- s) E. Para aferir do cumprimento dos requisitos legalmente aplicáveis, a **ERA promove reuniões** com a equipa, os órgãos do ACeS e com os vários departamentos da ARS, com o objetivo de analisar a consistência da candidatura no que se refere aos recursos humanos e físicos, bem como à coesão da equipa face à exigência na concretização do projeto.
- t) F. Após a receção dos documentos finais a que se refere ponto anterior, a **ERA emite o seu parecer técnico final** (em que a candidatura poderá ser **aprovada, aprovada condicionalmente** ou **não aprovada**) no prazo máximo de 30 dias úteis, que remete ao Conselho Diretivo da ARS respetiva e ao DE do ACeS, dando conhecimento ao Coordenador do projeto.
- u) G. A **homologação**, após aprovação pelo Conselho Diretivo da ARS, cabe ao membro da equipa ministerial com a área de responsabilidade dos CSP. Esta decisão é comunicada ao Conselho Diretivo da ARS, ao Coordenador do projeto, ao Coordenador da ERA e ao DE do ACeS.
- v) H. Após a decisão final a que se refere o número anterior, a **ARS deve desencadear de imediato os procedimentos adequados** para que a USF inicie a sua atividade com a maior brevidade possível.
- w) I. Na instalação das USF serão **obrigatoriamente observadas as normas orientadoras**, de âmbito nacional, relativamente a **instalações, equipamento e humanização**.
- x) J. **Treino, ensino e inovação** - As ARS podem estabelecer protocolos com escolas do ensino superior, ou outras entidades, para que as USF que possuam idoneidade formativa constituam espaços privilegiados de investigação e formação, contribuindo, de forma decisiva, para a qualificação dos profissionais da saúde.
- y) K. As ARS devem proporcionar **programas de formação** e desenvolvimento contínuo de competências das equipas das USF, tendo em vista a melhoria permanente dos serviços prestados, a racionalização e a efetividade do funcionamento da própria unidade, assim como a cooperação e partilha de conhecimentos, práticas e soluções na rede de USF com outras redes prestadoras de cuidados. A equipa proponente assume-se promotora do seu processo de candidatura.

- z) L. O incumprimento por parte da USF do **cronograma acordado** pode determinar a exclusão da candidatura.

Norma IV

Candidatura a USF modelo B

1. ENQUADRAMENTO

A presente norma estabelece o circuito de candidatura e de avaliação para transição para USF modelo B.

Há princípios base, inerentes ao processo de candidatura a USF modelo B, que deverão ser sempre considerados:

- Podem candidatar-se a USF modelo B, USF modelo A e UCSP com equipas estáveis e que cumpram os princípios organizativos inerentes às USF;
- A transição para USF modelo B é um processo de livre candidatura;
- A decisão de candidatura a modelo B é deliberada em sede de Conselho Geral, especificamente convocado para o efeito, da USF ou da UCSP, por maioria qualificada (se pelo menos 2/3 de toda a equipa é favorável), devidamente documentada em ata;
- Nos casos em que as unidades (USF ou UCSP) não consigam obter a aprovação para transição para modelo B, as primeiras continuam a constituir USF modelo A e as segundas, se assim o desejarem e reunirem os requisitos necessários, transitam para USF modelo A.

Às unidades funcionais em processo de candidatura a modelo B aplica-se, mantendo-se o cronograma estabelecido, a metodologia de acompanhamento definida neste procedimento.

2. CIRCUITO DE CANDIDATURA / AVALIAÇÃO / HOMOLOGAÇÃO

O processo de avaliação das candidaturas a USF modelo B considera o cumprimento dos critérios e da métrica avaliativa, constantes no referencial de avaliação em vigor.

O processo de candidatura e de avaliação, para transição de modelo de desenvolvimento organizacional, inicia-se à data de aceitação/validação da candidatura pela ERA e deve cumprir o cronograma infra que deve estar concluído no prazo máximo de trezentos e sessenta e cinco (365) dias.

ERA	UCSP / USF / CCS	ERA	ERA / UF	ERA
-----	---------------------	-----	----------	-----

Validação do FE	Grelha DiOr-CSP pontuada	Auditoria principal	Relatório auditoria principal	Reunião conjunta	Auditoria focalizada	Parecer Técnico Final
Cronograma avaliação Programa auditoria	Suportes documentais		Programa auditoria focalizada			
Até 15 dias úteis	Até 4 meses	1 mês	Até 1 mês	Até 1 mês	Até 6 meses	Até 1 mês

O processo de avaliação pode ter dois (2) momentos de auditoria diferenciados: **auditoria principal** e, se necessário, posterior **auditoria focalizada**.

A equipa de auditores será constituída por pelo menos três elementos, sendo preferencialmente um pertencente à respetiva ERA, que será o responsável pelo processo de auditoria, e integrando, sempre que possível, pelo menos um médico, um enfermeiro e um assistente técnico.

A ERA pode definir e formar auditores externos para integrar as equipas auditoras. Quando a equipa auditora não integrar nenhum elemento da ERA, caberá a esta a designação do seu responsável.

A equipa proponente assume-se promotora do seu processo de candidatura.

O incumprimento por parte das Unidades do cronograma acordado determina a exclusão da candidatura.

Nos casos de exclusão da candidatura, a formalização de um novo processo de transição a USF modelo B poderá efetivar-se decorridos doze (12) meses da data de exclusão da candidatura.

2.1. A formalização do processo de candidatura a USF modelo B tem início com o envio do Formulário Eletrónico (FE) preenchido (disponível em sítio da internet da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.).

2.2. Após submissão do FE, a equipa candidata dispõe de cinco (5) dias úteis para enviar à ERA os documentos complementares requeridos:

a) Ata da reunião de Conselho Geral onde foi discutida e aprovada por maioria de dois terços a candidatura a modelo B.

2.3. Após receção do FE e dos documentos complementares, a ERA, no prazo máximo de quinze (15) dias úteis, procede à sua análise (verificação preliminar de conformidade),

aceitando (ou não) a candidatura para avaliação (validação do FE), dando disso conhecimento à Unidade e ao Diretor Executivo (DE) do respetivo ACeS.

Relativamente à verificação preliminar de conformidade – termos de acesso:

- a) Constituição da equipa multiprofissional e população inscrita:
 - i) Equipa constituída (dimensão e identificação nominal) conforme o definido oficialmente para a unidade;
 - ii) Dimensão da equipa ajustada à cobertura assistencial (dimensão de cada ficheiro constituído e rácios ponderados profissionais/utentes de acordo com o disposto nos art.º 9º, 32º e 34º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, com a redação introduzida pelo Decreto-Lei 73/2017, de 21 de junho).
- b) Nível de desempenho:
 - i) Obtenção de IDG com valor igual ou superior a 50%, simultaneamente em todas as suas Subáreas da matriz da contratualização para estas unidades.

Os termos de acesso explicitados, requeridos à verificação preliminar de conformidade, devem verificar-se durante todo o processo de candidatura e de avaliação a USF modelo B.

No momento da validação do FE, a ERA remete à Unidade via *e-mail*, o cronograma do processo de avaliação, previamente acordado com o coordenador da unidade, incluindo o programa da auditoria principal.

2.4. A auditoria principal é organizada pela ERA no prazo máximo de seis (6) meses após a aceitação da candidatura para avaliação (validação do FE pela ERA).

2.5. O desenvolvimento da plataforma BI CSP e integração eletrónica da “Grelha DiOr-CSP” dispensarão o envio do acervo documental infra referido; contudo, enquanto não estiver disponível, a Unidade deve remeter à ERA, via email, com pelo menos trinta (30) dias de antecedência relativamente à data de realização da auditoria principal (prazo máximo de cinco (5) meses após validação do FE), os seguintes documentos:

- a) Grelha DiOr-CSP pontuada (resultado da autoavaliação da unidade) acompanhada dos documentos que evidenciem o cumprimento de cada critério, com base no “Guia para Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários – DiOr-CSP”, permitindo a sua verificação.

2.6. O relatório da auditoria principal é emitido pela ERA no prazo máximo de trinta (30) dias após a data da sua realização e enviado à equipa e ao DE, via *e-mail*. Caso necessário, pode ser agendada uma reunião conjunta (Unidade/ERA/auditores) para clarificação do relatório produzido.

- a) A reunião conjunta realiza-se no prazo máximo de trinta (30) dias após a data de envio do relatório à Unidade.

- b) Após a receção do relatório de auditoria, a equipa tem um prazo de dez (10) dias úteis para apresentar o seu contraditório ao relatório.

2.7. A auditoria focalizada, quando necessária, é organizada pela ERA, num período máximo de 6 meses após a data da reunião conjunta de análise do relatório da auditoria principal (ou após a data de envio do relatório), concluído o prazo do contraditório.

- a) Os princípios gerais subjacentes à efetivação da auditoria focalizada são coincidentes com os estabelecidos para a auditoria principal, devendo a ERA remeter à equipa o respetivo programa de auditoria aquando do envio do relatório da auditoria principal.
- b) Na auditoria focalizada, a intervenção da equipa auditora é direcionada à análise e à verificação do cumprimento dos critérios considerados como “não conformidade” (pontuados com “0”) na auditoria principal, de acordo com o documentado no respetivo relatório de auditoria.

2.8. O Parecer Técnico (PT) é emitido pela ERA no prazo máximo de trinta (30) dias após a data da realização da auditoria principal/auditoria focalizada e enviado, via email, à ARS, para aprovação, com conhecimento ao DE do respetivo ACES e ao coordenador da Unidade.

- a) O PT final poderá ser de “Aprovação” ou de “Não Aprovação”.

2.9. As UCSP que não consigam aprovação para transição para modelo B, se assim o desejarem e reúnam os requisitos necessários, constituem-se como USF modelo A.

2.10. A decisão final cabe ao Conselho Diretivo da ARS, sendo comunicada ao coordenador da Unidade, ao DE do respetivo ACES e ao coordenador da ERA.

2.11. Por último, compete ao Conselho Diretivo da ARS remeter ao membro da equipa ministerial, com a área de responsabilidade dos CSP, para homologação.

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 04 – PROPOSTA DE POSIÇÃO DA CNCSP SOBRE REGULAMENTO DA FASE 1 DO VAI E PROCESSO DE AUSCULTAÇÃO DAS VÁRIAS ENTIDADES

2019.06.07

DESTINATÁRIO:

Secretária de Estado da Saúde

Pressupostos:

A CNCSP subscreve e defende o **princípio estratégico** do SIGA:

- **Integração da gestão do acesso** em todo o sistema de saúde, garantindo a **continuidade de cuidados**.

Assume como **requisitos funcionais** essenciais:

- **Funcionalidade integrada** no **processo clínico eletrónico**;
- **Informação clínica disponível** nos diversos níveis e pontos de contacto do sistema;
- **Método centrado no cidadão e no seu percurso** decorrente do **processo de cuidados** e não dos procedimentos das organizações prestadoras ou dos grupos profissionais.

Sobre a atual proposta de Regulamento da Fase 1 do VAI:

- Aparentemente surge como mais uma plataforma/funcionalidade, **não integrada** no processo clínico eletrónico (*SClinico*), o que a torna desadequada e inaceitável;
- Desenho do processo altamente burocratizado e complexo, pela ausência/insuficiência de automatismos e sem integração de informação:
 - Deveria partir da **definição explícita do percurso do cidadão** ao longo do sistema e não dos processos e tarefas dos profissionais.
- Não torna **explicitamente obrigatória** a definição, por parte dos **cuidados hospitalares**, da proposta de **plano de cuidados** que deve acompanhar, de forma adequada (variável), cada processo clínico:
 - Plano de cuidados de enfermagem e/ou outros profissionais (reabilitação, etc.);
 - Plano terapêutica e emissão da prescrição respetiva;
 - Dias de incapacidade e emissão do respetivo CIT;
 - Duração da incapacidade ajustada à situação:
 - Ex: se gravidez de risco, até DPP;
 - Ex: se fratura esquelética, até data previsível de recuperação;

- Marcação da(s) próxima(s) consulta(s) hospitalar(es).
- Não faz a integração da informação clínica existente, já que refere a obrigatoriedade ou não de registos clínicos (ex: diagnóstico principal e secundários):
 - Informação clínica (diagnósticos, resultados analíticos, parâmetros biométricos, resultados de avaliação várias) se existentes no registo de saúde eletrónico do cidadão, devem ser acessíveis pelos vários profissionais nos diferentes níveis de cuidados, sem necessidade de registos acrescidos, ou necessitando, tão somente, de uma validação de leitura ou da necessidade daquela informação para aquela referência;
- É inexistente a **definição da forma**. Como os profissionais dos CSP têm conhecimento da referência:
 - deveria ser uma notificação, no contexto do processo clínico eletrónico, permitindo ao profissional, através dela, aceder ao processo individual do cidadão e dar seguimento ao processo de cuidados.

Como aspetos positivos, realça-se

- A identificação de 2 tipos de “referênciação”: **pedido de consulta** e **partilha de informação**.

Nota final

Não tendo ainda sido efetuada a integração da “Consulta a Tempo e Horas (CTH) no SIGA, ou seja, de referênciação dos CSP para os CSH, com a natural resolução de várias das suas atuais disfuncionalidades e integração com o processo clínico eletrónico, **estranha-se esta prioridade dada à referênciação dos CSH para os CSP**.

A garantia da **extensão do processo de referênciação a todos os profissionais de saúde, que não só médicos e enfermeiros**, deverá constituir, num futuro próximo, um desígnio fundamental a prosseguir, no âmbito do desenvolvimento dos sistemas de informação.

Naturalmente que a sua concretização terá que acautelar questões sensíveis relacionadas como a **protecção** de dados bem como, e antes de tudo o mais, a **vontade** expressa da pessoa.

O Coordenador

RECOMENDAÇÃO N.º 05 – UNIDADES DE SAÚDE ORAL NOS CSP

2019.06.13

DESTINATÁRIA:

Secretária de Estado da Saúde

UNIDADES de SAÚDE ORAL nos CSP

(a criar ao abrigo da alínea f) do n.º 1 do Art.º 7.º e do Art.º 8.º do DL 28/2008 de 22 de fevereiro)

- Contributo para Cuidados de Proximidade mais Resolutivos -

Sendo um dos mais importantes objectivos fixados para a área da saúde do XXI Governo, o desenvolvimento da capacidade de resposta do SNS na área da Saúde Oral, através da sua internalização e expansão geográfica até 2020, sabendo que o PNPSO apresenta uma expressão CSP comunitária (focada na prevenção e diagnóstico precoce) e uma expressão clínica / terapêutica (estabelecimento de gabinetes de SO-CSP em todos os ACeS) assente numa tipologia de intervenções com cariz específico, complexo e exclusivo às competências dos profissionais de saúde oral.

Recomenda-se a criação de Unidades de Saúde Oral (USO), de acordo com a alínea f) do n.º 1 do art.º 7º e do art.º 8.º do Dec. Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, que assumam a coordenação e gestão do PNPSO, em toda a sua abrangência e especificidade dos diversos módulos que o constituem (“cheques dentistas” + Gabinetes de Saúde Oral nos CSP), ou de outros programas eventualmente a implementar, a nível local e regional e de acordo com tipologia dos ACeS ou ULS.

Para incorporar as USO serão afectos Médicos Dentistas, Higienistas Oraís, Assistentes Dentários e Secretários Clínicos dos CSP e estabelecidas adequadas relações profissionais, que passarão a interagir de acordo com as respectivas competências e funções, com a consequente adequação no nível de acesso e utilização dos sistemas informáticos de apoio à Unidade.

As USO deverão sediar-se nos CSP e assumirem a dinamização duma prática clínica integrada com os serviços hospitalares de referência, em benefício dos utentes, internalizando cuidados de saúde oral na lógica da proximidade, contribuindo para disponibilizar um acesso mais fácil e uma diminuição de recurso aos hospitais e dos custos inerentes.

1. Definição da Unidade de Saúde Oral (USO)	<p>Unidade funcional constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e/ou do ACeS.</p> <p>Unidade funcional que assegura, focada num processo de contratualização, toda a intervenção comunitária do PNPSO e internaliza cuidados de proximidade de saúde oral;</p> <p>Organiza, monitoriza a emissão, distribuição e otimiza a utilização dos “cheques-dentista” no âmbito da contratualização externa e de acordo com a atual execução do PNPSO;</p> <p>Promove a complementaridade local/regional com os Serviços Hospitalares de Estomatologia / Cirurgia Maxilo-Facial.</p>
2. Profissionais	Médicos Dentistas, Higienistas Oraís, Assistentes Dentários, Secretários Clínicos
3. Coordenação Local	Por Médico Dentista no âmbito das suas competências funcionais definidas por carreira própria (Grau mais elevado da carreira profissional a criar).
4. Missão / carteira básica de serviços	<p>Desenvolver ações de promoção e proteção da saúde, focados nos grupos prioritários definidos no PNPSO, através da prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento e manutenção da saúde, no plano individual e no comunitário, numa busca permanente dos melhores padrões de qualidade e eficiência;</p> <p>Gestão de Equipamentos e proposta de alocação e organização de recursos;</p>
5. Articulação com outras unidades/níveis de cuidados	<p>Sob a orientação do CCS articula com todas as UF dos CSP a promoção da saúde oral integrando os seus objectivos noutros programas e projectos locais e regionais;</p> <p>Responde às solicitações de todas as outras UF do ACeS numa lógica de contratualização interna mediada pelo CCS</p>

Fundamentação e Desenvolvimento

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O peso da organização dos serviços assistenciais no âmbito da Saúde Oral (SO) até aqui, não tem assumido uma visão integrada entre os profissionais desta área e com isso não se tem centrado nas necessidades do cidadão, permitindo que o foco de acção seja essencialmente corporativo.

Actualmente, o PNPSO é coordenado pela DGS e monitorizado através do SISO (Sistema Informático de Saúde Oral), gerido pela SPMS e que já conheceu mais de dezena e meia de gestores de sistema, desde que foi criado pela Universidade de Aveiro e passou para alçada da SPMS.

O PNPSO apresenta uma área de intervenção comunitária, operacionalizada maioritariamente em saúde escolar por Higienista Orais (HO) e alguns enfermeiros, com auxílio do Projecto SOBE (Saúde Oral em Bibliotecas Escolares). Apresenta ainda uma estrutura multimodular baseada em grupos de utentes e é operacionalizado através da internacionalização de alguns serviços e de uma parceria público-privada, para as situações de carência de resposta. Até setembro de 2016, início dos projeto-piloto de saúde oral, a resolubilidade do PNPSO era na esmagadora maioria executada através desta parceria.

Assim, a componente de contratualização com médicos dentistas que prestam serviços em clínica privada, a que se designou de “cheques dentista”, foi assumida como de vital importância por parte das corporações: OMD e do Colégio de Estomatologia da OM. No entanto, a auditoria proposta na revisão de 2009 do PNPSO nunca foi devidamente aplicada.

Na componente de prevenção primária com intervenção comunitária (Educação e Promoção da SO) junto apenas das populações escolares (coortes de nascimento 7, 10 e 13 anos) e em alguns casos junto de grávidas, tem sido desenvolvida por parte dos HO ou enfermeiros (consoante as ARS), sendo que os HO ainda deveriam associar a prática clínica nos CSP através das designadas referências HO onde aplicam selantes de fissuras a crianças (sem lesões de cárie), ensinamentos individualizados de técnicas e instrumentos de higiene oral ou, mais raramente, tartarectomias profiláticas.

Relativamente ao projecto SOBE, desenvolve-se uma parceria entre a Saúde através da colaboração com o professor bibliotecário dos agrupamentos escolares, para promoção e educação para a saúde e, simultaneamente, facilitar a escovagem dentária em ambiente escolar (situação que por vezes não se verifica, sendo os kits de escovagem distribuídos e enviados para casa dos alunos).

Assim, até 2016 a resposta do SNS na área da Saúde Oral dividia-se em 2 pólos: num extremo tentavam-se promover atividades maioritariamente de prevenção pelos Higienistas Orais nos CSP desigualmente distribuídos (cerca de 80% nas ARSLVT e Alentejo) e, no outro extremo, a esmagadora maioria de tratamentos operatórios (prevenção secundária) em estrutura hospitalar (Serviços de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial). Esta bipolaridade traduzia-se num aumento de custos com tratamentos que poderiam ser realizados nos CSP e eram encaminhados para “cheque-dentista” no sector privado ou então seriam realizados no Hospital, promovendo um desajuste da adequação de serviços hospitalares e na alocação de recursos humanos.

A partir de 2016, primeiro com a implementação de “projetos-piloto” (PP) essencialmente nas ARS de Alentejo e LVT e, a partir de fevereiro 2017, o seu alargamento a todo o continente, criando o Ministério da Saúde condições para, isoladamente ou em parceria com os municípios, disponibilizar até 2020, pelo menos um gabinete de saúde oral em todos os ACeS.

Em março de 2016 deixou de haver a clara identificação da figura de *Chief Dental Officer*, (personalidade de reconhecida formação e especialização na área da saúde pública oral) que deveria assumir a Coordenação Nacional dos programas de Saúde Pública Oral, bem como, funções de assessor da tutela para a área, tal como acontece noutros países europeus integrantes do CED (*Council of European Dentists*). Com essa ausência, denota-se alguma incapacidade de análise por parte da DGS, quer da avaliação dos PP de SO quer na resolução de problemas que iam sendo identificados pelos diferentes profissionais.

Presentemente, no continente, ao invés do que acontece nas Regiões Autónomas, a responsabilidade de coordenação do PNPSO está unicamente confiado às USP que, apenas na ARS LVT, comportam HO e 2 MD. Em todas as outras ARS os HO e MD devem estar integrados nas URAP. Assim, não há qualquer tipo de aproximação com os profissionais de SO, por parte dessas coordenações, por vezes, transmitindo acessos personalizados para que, outros acedam ao SISO para emissão de cheque dentista a entregar nas escolas, ou para monitorizar os mesmos ao longo do ano. Desconhecem-se estratégias consertadas por essas coordenações em resposta aos resultados do 3º Estudo de Prevalência das Doenças Orais, publicado em fevereiro de 2016 pela DGS e estranha-se que alguns dados de operacionalização do PNPSO sejam mediatizados pelas associações profissionais e não pela própria DGS.

Por outro lado, continua-se a verificar que muito do tempo consumido pelos HO pode estar relacionado com dificuldades de emissão de “Cheques Dentista” ou decorrentes da sua utilização o que transforma este processo numa ineficiência administrativa que conduz à ineficácia clínica. Mais a mais, quando sabemos que os HO, não têm autonomia informática para emitir os mesmos, de acordo com as instruções da DGS e serão mais necessários no desenvolvimento de atividades comunitárias e clínicas.

Actualmente à imagem de outros programas de saúde, mostra-se dificilmente defensável que não sejam os profissionais de SO a assumir a coordenação e gestão do PNPSO a nível regional e local, devidamente enquadrados com as suas competências. Deste modo, perante a inércia que as USP têm tido, será importante dinamizar o estabelecimento de estratégias diferentes perante, entre outros aspectos:

- Avaliação do nº de alunos que realiza escovagem dentária na escola, tal como preconizam o PNPSO e o SOBE, e factores associados à implementação ou não da mesma;
- Quais os projectos e estratégias de sucesso na prevenção da SO e que são localmente identificados e com possibilidade de monitorização e avaliação, independentemente do tipo de UF ou dos profissionais que os desenvolvem;
- Taxas de utilização dos cheques dentista;
- Análise das justificativas para a necessidade de referenciar todas as crianças para “cheque-dentista” e auditar o nº de referências executadas pelos HO nos CSP de acordo com a Circular Normativa nº 9/2013 de 17 de maio;
- Duplicação de oferta de acesso ao “cheque-dentista” e SO-CSP quando os recursos ainda vão sendo escassos nos CSP;
- Problemas de referência entre profissionais de SO (de HO para MD) ou entre estes e os CSH, que obrigam a mediação por MGF;
- Gestão dos equipamentos e sua manutenção;
- Políticas de organização na aquisição conjunta de consumíveis por HO e MD.

A decisão política, a nível central, motivada pelo emergir de novos paradigmas gestionários, no âmbito das unidades funcionais de saúde, surgiu no passado, como consequência direta, a reestruturação dos Serviços e Unidades, que despoletou uma necessária reconfiguração, pese embora a existência de arquétipos cristalizados – que urge ultrapassar, nomeadamente a intenção de inexplicáveis interesses corporativos em separar os profissionais de SO em UF diferentes.

Deste modo urge, contrariar estas intenções, recentrando a disponibilidade de cuidados nas necessidades do cidadão e não só de alguns profissionais, através de desenvolvimento de processo legislativo que, em definitivo, cunhe uma das melhores “bandeiras” do actual Governo. Mesmo existindo uma oferta assistencial em SO no SNS com diferentes tipos de profissionais, diferenciados na sua formação de base e com competências que por vezes se sobrepõem, são criadas fronteiras numa estrutura que deve ser, à luz dos atuais modelos

organizacionais, integrada, colaborativa e fluida entre os diferentes níveis de cuidados e não utilizados como barreira.

No plano das necessidades clínicas e tendo em conta a evidência científica, não há qualquer tipo de dúvida que a promoção da saúde oral não se pode limitar à doença “cárie” e que o diagnóstico e a intervenção precoce na área da Saúde Oral conduzem a ganhos em saúde, numa perspetiva holística e de melhor controlo das doenças crónicas com manifestações orais ou cujo estado de saúde oral dificulte o controlo de patologias sistémicas ou junto de outros grupos alvo, por exemplo, na prevenção de traumatismos dentários decorrentes da prática desportiva.

Atualmente só os MGF podem referenciar para SO-CSP o que deixa de fora todas as necessidades sinalizadas pelos HO e Enfermeiros, por exemplo, nas escolas. Por outro lado, ao impedir o MD de referenciar directamente para serviços hospitalares obriga a um mais intenso processo administrativo por parte dos MGF, mas também dos utentes ao terem necessidade de dar mais um passo perfeitamente desnecessário (consulta de MGF) apenas para ser executada essa referenciação. Situações em que a referenciação de MGF tenha ocorrido em consulta complementar ou que não exista médico de família atribuído, o processo é mais moroso e burocrático sem qualquer benefício para os utentes, serviços e a bem da difusão da informação clínica entre profissionais da mesma área clínica.

Os recentes *projetos-piloto na área da saúde oral* (set 2016 – fev 2017), bem como a reestruturação dos Cuidados de Saúde Oral a propor pela CNCSP para o efeito, poderão ajudar a desbloquear o impasse que se arrasta há anos e que não permite a desejada equidade no acesso e, conseqüentemente, a desejada efetividade e qualidade na oferta de cuidados de saúde oral, por ineficiência organizativa.

Colocando o cidadão como cerne do atual sistema de saúde e tendo por objetivo último o seu bem-estar total, só a interligação entre diferentes equipas facultará uma funcional transdisciplinaridade, traduzida pela satisfação das necessidades dos utentes e pela realização pessoal e profissional dos prestadores. A evolução na organização das Unidades poderá facilitar a futura resposta nos processos de reabilitação oral, tal como se previa com a revisão do PNPSO.

Havendo, em Portugal, Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas a trabalhar nos CSP ou nos Hospitais – havendo também Higienistas Orais a desenvolver funções em várias unidades funcionais dos CSP que participam ativamente no PNPSO, cuja gestão, local e regional, está nos domínios das USP que, por norma, não incluem profissionais de Saúde Oral, parece razoável o desenvolvimento de futuras propostas de articulação funcional entre Unidades de Saúde Oral, ser alvo de atenção no âmbito do *Plano da Doença Crónica* ou da *Integração de Cuidados e Percursos dos Utes* com putativa redução de custos e aumento da eficiência,

quer na operacionalização do PNPSO, quer na articulação dos serviços clínicos disponibilizados ao cidadão, seja no SNS, seja até, em parcerias público-privadas, como é o “cheque dentista”.

Será ainda de realçar a necessidade destas USO terem assistentes dentários que auxiliem a actividade clínica e que poderão ser formados pelas próprias equipas de SO ou com formação académica e que são essenciais para a segurança dos procedimentos e optimização da consulta de SO, bem como, a disponibilidade de Secretários Clínicos que deverão assumir funções administrativas e apoio ao agendamento de consulta clínica e até de articulação com as actividades na comunidade.

Por último, o processo que existe de contratualização de serviços de medicina dentária e assistentes dentários em regime de prestação de serviços cria uma maior desresponsabilização sobre os equipamentos e gestão dos cuidados de saúde oral, dificuldades na contratação de assistentes dentários com formação, e ainda, com a rotação dos profissionais médicos, cria-se uma entropia nos registos informáticos (pois obriga à criação de novo processo clínico no SISO, mesmo que o utente já esteja em tratamento) que poderia ser ultrapassada com a criação de carreira especial de medicina dentária, tal como foi solicitado pelo Ministério da Saúde junto do Ministério da Finanças em novembro de 2017.

2. PROPOSTA

Criação de Unidades de Saúde Oral (USO), de acordo com a alínea f) do n.º 1 do art.º 7º do Dec. Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, cuja constituição e conteúdo funcional permita mais ganhos em saúde para um maior número de pessoas da comunidade com uma desejável economia de recursos e baseada na conjugação de saberes e competências de especificidade e complexidade adstrita a profissionais que o desenvolvem em exclusividade funcional.

3. MISSÃO

Desenvolver ações de promoção e proteção da saúde, focados na intervenção sobre a Saúde Oral, através da prevenção da doença, diagnósticos precoces, tratamento e manutenção da saúde, no plano individual e no comunitário, de acordo com os mais recentes estádios de conhecimento e em respeito pelas normas éticas atuais, numa busca permanente dos melhores padrões de qualidade.

4. VISÃO

Um sector dos Serviços de Saúde devidamente organizado, autónomo e funcional, integrado nos CSP, em prol da comunidade e baseado na complementaridade e colaboração entre unidades funcionais e os diferentes níveis de cuidados.

5. JUSTIFICAÇÃO

- Insuficiente resposta dos serviços de saúde às necessidades identificadas pelos PLS na área da saúde oral;
- Necessidade de rentabilizar os recursos existentes;
- Articular os diferentes níveis de cuidados, promover a oferta de cuidados básicos a nível dos CSP e referenciar para o nível hospitalar a necessidade de cuidados mais complexos, ou cuja condição de saúde exija esse nível de cuidados;
- Maior acessibilidade dos utentes a esta área da saúde;
- Internalizar na USO a coordenação, gestão, operacionalização e monitorização do PNPSO, algo que já é, em verdadeiro rigor, assegurado ao nível dos CSP pelos profissionais de Saúde Oral onde eles existem;

- Ganhos em saúde oral e, conseqüentemente, em saúde geral através de uma maior monitorização e integração de cuidados;
- Otimização dos custos, quer através de aquisição de materiais comuns à USO (economia de escala), de forma concertada entre diferentes níveis de cuidados, quer através da promoção da utilização de cuidados nos CSP e possível libertação de recursos a nível dos cuidados hospitalares (com um maior custo na produção) devido à integração de cuidados nos CSP.

6. ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE ORAL

A USO deve ser uma unidade funcional, composta por vários profissionais nos diferentes níveis de saberes e competências para os cuidados de saúde oral e dotada de apoio na área de Secretariado Clínico e de Assistentes Dentários ou, na sua ausência destes últimos, de Assistentes Operacionais alvo de formação ou diferenciação adequada à especificidade desta UF.

A coordenação desta Unidade Funcional será confiada a Médico Dentista no âmbito das competências descritas na Carreira Especial de Medicina Dentária.

MÉDICO DENTISTA

- Funções assistenciais clínicas e de consultoria, no âmbito das suas competências, e de acordo com o perfil de cuidados a disponibilizar no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários;
- Funções de assessoria ao PNPSO (aspectos técnicos e científicos na sua operacionalidade);
- Poderão assumir a coordenação da Unidade de acordo com as funções enquadradas na carreira de Medicina Dentária;
- Articulação com serviços hospitalares de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial (criação de lógica de complementaridade).

HIGIENISTA ORAL

(eventual necessidade de revisão normativa adequando-as à atual dinâmica imposta na XXI legislatura ao aumento da resolutividade do SNS na área saúde oral)

- Continuarão adstritas as funções associadas ao PNPSO, quer na vertente comunitária, quer na vertente clínica, com eventual revisão Normas: *Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/2009, Circular Normativa nº 08/DSE de 19/07/2006 e Norma Regulamentar nº 009 /2013 da DGS de 17/5/2013.*
- Realização de funções assistenciais clínicas (consultoria) no âmbito da sua autonomia e competências funcionais e em articulação e complementaridade com os serviços clínicos de MD.

ASSISTENTE DENTÁRIO

(ou Assistente Operacional com formação específica, nos locais onde já dá apoio à consulta de saúde oral)

- Deverá assumir o auxílio à acção clínica do MD e do HO em gabinete;
- Auxiliar na organização do espaço de gabinete;
- Responsabilizar-se por processos de desinfeção e esterilização, na Unidade, se possível, ou em articulação com o Serviço de Esterilização do ACeS se existir, em regime de *outsourcing*;
- Auxílio a processos administrativos inerentes à Unidade.

SECRETÁRIO CLÍNICO

- Responsável pelas funções administrativas de emissão de CD de acordo com o atual PNPSO;
- Responsável pela organização de agendas clínicas e de intervenção comunitária;
- Responsável pelo acolhimento e encaminhamento do utente para as consultas e demais procedimentos administrativos.

7. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

Adaptando os princípios gerais da governação clínica à Saúde Oral pretende-se, neste âmbito, a garantia do cumprimento dos objetivos que de seguida se propõem na busca contínua da efetividade e da qualidade dos cuidados. Consequentemente, pretende-se o aumento da exequibilidade dos cuidados de SO ao nível dos CSP e não tanto como se verifica com recurso aos Serviços Hospitalares de Estomatologia, adequando ao limite

ajustado pela qualidade, fundamentado pelas melhores práticas profissionais, a gestão dos riscos e a gestão clínica.

Assim, as USO terão como objectivos estratégicos:

- Reorganizar, a nível dos CSP, a prestação de cuidados de saúde oral, centralizando-os numa estrutura de Unidade que melhor operacionalize os diversos níveis de prevenção, incluindo os cuidados clínicos operatórios aos utentes com necessidades de saúde oral;
- Dinamizar o PNPSO na sua perspectiva comunitária, bem como a componente assistencial que é realizada internamente no âmbito do SNS (pela designada referência - Higienista Oral), quer aquela que é operacionalizada através de contratualização externa (pelos designados Cheque Dentista);
- Igualmente servir de plataforma que assegure cuidados básicos de saúde oral, nos domínios da prevenção oral, dentística operatória, tratamento endodônticos e procedimentos cirúrgicos básicos;
- Por último, ser uma estrutura que autonomamente pode referenciar externamente para serviços hospitalares de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial as situações clínicas com indicação para esse nível de enquadramento assistencial, bem como, receber referência desses serviços hospitalares, para procedimentos que se enquadrem nos critérios assistenciais das USO nos CSP.

8. OBJECTIVOS OPERACIONAIS

A partir do momento em que as USO sejam criadas por Despacho ministerial enquanto UF dos ACeS, a sua lógica hierárquica deve ser organizada de acordo com o DL nº 28/2008. Os Programas de intervenção comunitários e Nacionais ficarão adstritos à DGS, enquanto o funcionamento das USO deve ser enquadrado, como todas as outras Unidades Funcionais, segundo as suas próprias autonomias e debaixo da governação clínica atribuída ao CCS.

Assim, devem estabelecer-se como objectivos operacionais:

- Monitorizar as necessidades da comunidade, em Saúde Oral, organizar a respetiva resposta através do desenvolvimento ou reforço dos sistemas de vigilância;
- Garantir a promoção da saúde e a prevenção da doença, no âmbito da saúde oral, quer através do PNPSO ou de modelo adaptado, quer através de outras ações

articuladas com outras unidades funcionais dos CSP ou com os Serviços Hospitalares;

- Garantir uma maior acessibilidade, com equidade, dos cidadãos a serviços de qualidade e em todos os níveis de prestação de cuidados;
- Promover, de forma pró-ativa, a valorização do capital humano dos serviços aumentando a disponibilidade de profissionais de saúde oral qualificados e motivados;
- Promover a interação dos profissionais, focando a prestação de cuidados centrados no utente;
- Proceder a avaliações e auditorias periódicas, visando o adequado planeamento ou a sua reformulação;
- Dar resposta às necessidades básicas, no domínio dos tratamentos dentários e orais, com enfoque na prevenção da doença oral ou das manifestações orais de outras patologias sistémicas;
- Prestar cuidados de saúde oral a doentes cujas condições de saúde exijam maior acesso a cuidados básicos, controlo e monitorização com particular atenção ao doente diabético, ao doente transplantado ou em situação clínica de imunossupressão, e em fase de reabilitação de toxicodependências referenciados pela Medicina Geral e Familiar;
- Preparação, na área da saúde oral, dos doentes de foro oncológico que irão necessitar de quimioterapia ou radioterapia ou seguimento adequado dos doentes irradiados, especialmente os irradiados da cabeça e pescoço, no sentido de uma correta prevenção de patologias dentárias e de algumas infeções oportunistas;
- Permitir a adequada referenciação para os serviços de estomatologia e cirurgia Maxilo-facial a nível hospitalar de forma articulada com esse nível de cuidados;
- Permitir a continuidade dos tratamentos básicos iniciados a nível hospitalar e cujo enquadramento possa ser desenvolvido, de forma mais efetiva, a nível dos CSP;
- Sempre que possível, assegurar o acesso à Consulta Externa a população geral, em horário a definir, de forma responder a situações de emergência de saúde oral;
- Promover a formação contínua e a partilha de práticas entre as unidades funcionais.

9. CUIDADOS ORIENTADOS PARA A COMUNIDADE

As atuais recomendações da OMS orientam que toda a intervenção em prevenção secundária e terciária deve salvaguardar o reforço da implementação de ações de promoção da saúde oral, com especial relevo para a educação para a saúde e para o diagnóstico precoce da cárie dentária, doenças periodontais e cancro oral.

Nesse sentido, a nível nacional, está previsto que a Saúde Oral deve estabelecer contributos para a *literacia em saúde e integração de cuidados* junto dos 11 Programas de Saúde prioritários, de forma a reduzir os impactos da saúde oral nas diferentes doenças, bem como, reduzir as manifestações e queixas orais decorrentes das doenças ou processos terapêuticos.

Nesse sentido, o profissional de saúde oral deve envolver-se em ações que visem o reforço da promoção e da proteção da saúde oral, bem como a prevenção da doença, participando em projetos de intervenção comunitária que vão ao encontro da pessoa. Da mesma forma, todos os parceiros sociais, governamentais ou não, com obrigações para com o bem-estar da comunidade, têm o dever de cooperar com os Serviços de Saúde, Saúde Oral incluída, no âmbito preventivo, uma vez que a prevenção da doença e a promoção da saúde constituem os únicos e efetivos meios que permitem manter saudável e produtiva qualquer sociedade.

Estas ações deverão iniciar-se tão precocemente quanto possível, adotando como *setting* prioritário o meio escolar, de forma que, os hábitos salutogénicos sejam integrados na rotina do cidadão, numa fase do ciclo vital em que é possível prevenir a grande maioria das patologias que atingem o cidadão adulto;

Atualmente o PNPSO prevê esta dinâmica focada em aspetos preventivos, operacionalizada externamente ao SNS, quase exclusivamente em parceria com o Ministério da Educação, na realidade, são ainda muitos os locais onde esta interoperabilidade do Programa encontra fortes resistências por parte de instituições parceiras, comprometendo os objetivos do PNPSO e consequentemente os ganhos em Saúde para a população alvo;

Embora a legislação base de reestruturação dos Centros de Saúde preveja a atribuição da coordenação, implementação e controlo dos programas de saúde comunitária à Saúde Pública, é também verdade que a escassez de recursos humanos com formação em Saúde Oral minimiza a disponibilidade destes profissionais para as atribuições referidas.

Por outro lado, a formação genérica dos profissionais de saúde, em Saúde Oral, é mínima ou inexistente, ressalvem-se os profissionais da área respetiva (saúde oral) e cuja distribuição é assimétrica nos CSP a nível regional.

Embora atuando em sinergia de esforços com outras áreas médicas e de enfermagem, nomeadamente com a Saúde Pública, a Saúde Escolar, a Saúde Infantil e a Pediatria, entre outras, os programas de Saúde Oral de cariz comunitário deverão ser confiados às UF de Saúde Oral, que os coordenará, operacionalizará e monitorizará, parecendo adequado que sejam os higienistas orais, num 1º nível de intervenção e rastreio, a assumir, no terreno, a operacionalização, aumentando a acurácia e capacidade de diagnóstico precoce das doenças orais e numa lógica colaborativa entre UF com os restantes profissionais envolvidos nas equipas de saúde escolar, consequentemente, otimizando e libertando recursos para outras tarefas.

10. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA

A abordagem por *settings* é da maior utilidade e recomenda-se. No seu ciclo vital, o cidadão frequenta locais específicos onde vive, estuda, trabalha ou, simplesmente, se integra em convívio social. As ações de promoção da saúde podem ter lugar em cada local de passagem ou de permanência de cada cidadão de acordo com os princípios do recente Programa *Literacia em saúde e integração de cuidados*.

Ações a desenvolver

- Avaliar as necessidades prevalentes e integrar as mesmas nos PLS;
- Informar, esclarecer e capacitar, focado nos autocuidados e capacitação do cidadão;
- Estimular hábitos que promovam uma boa saúde oral, dando especial atenção aos hábitos alimentares e aos hábitos higiénicos diários;
- Monitorizar as mudanças;
- Encaminhar para tratamentos preventivos e/ou curativos;
- Avaliar os resultados e estudar alterações de forma a aumentar a efetividade das intervenções.

11. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

Criado pelo Despacho ministerial n.º 153/2005 – 2.ª série e coordenado, a nível central, pela Direção Geral da Saúde que delega, regionalmente, nas ARS, e financiado diretamente a partir do Orçamento Geral do Estado, após a respetiva aprovação em sede Parlamentar.

Em execução no Continente Português, é dirigido a grupos-alvo específicos, conforme circular informativa 04/DSPPS/DCVAE de 10/03/2010.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) tem como objetivos a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, sendo adequado que a sua gestão e planeamento, implementação e monitorização seja assegurada e realizada por profissionais de saúde oral, integrados numa única UF, particularmente vocacionada para a SO.

Aqueles grupos específicos são constituídos pelas crianças de determinadas faixas etárias do 1.º e 2.º Ciclos, bem como pelas grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde e pelos idosos com direito ao respetivo complemento solidário.

Segundo a DGS, nos Centros de Saúde onde houver Higienistas Oraís, devem ser aqueles técnicos os responsáveis pela operacionalização do PNPSO, (contudo, ao longo do tempo, os Higienistas Oraís foram sendo alocados a outras Unidades Funcionais (URAP), mantendo-se a coordenação do PNPSO na USP, situação conflituante, no domínio organizacional e na avaliação do PNPSO). No entanto, nos restantes Centros de Saúde, a falta destes profissionais tem obrigado a que outros profissionais, maioritariamente da área de enfermagem, tenham assumido (sem a conveniente preparação técnica específica nesta área da saúde), a coordenação e a gestão do PNPSO. Assim, será de todo desejável que a coordenação e gestão do PNPSO sejam asseguradas por profissionais da área da SO e que a mesma ocorra no âmbito de uma única UF.

A responsabilidade da operacionalidade será dos profissionais de SO da unidade funcional a criar.

Ações a desenvolver

- Elaborar programas de rastreio aos utentes abrangidos pelo PNPSO;
- Emitir “cheques dentista”, quando indicado, segundo as normas emanadas pela Direção Geral da Saúde;
- Quantificar as necessidades prevalentes;

- Orientar estes utentes para a consulta respetiva;
- Avaliar os resultados.

Uma das expressões do PNPSO é a intervenção no âmbito da Saúde Escolar, sendo cada vez menos os profissionais de saúde oral afetos a este tipo de actividades e também cada vez menos os profissionais de educação que colaboram e permitem a participação dos seus alunos nas actividades básicas de promoção da saúde oral de que são exemplos a escovagem diária dos dentes, a aplicação de verniz de flúor ou o bochecho quinzenal de flúor.

Trata-se de uma área de atuação que urge aumentar a capacidade de produção, de forma a promover a saúde e contribuir para a diminuição das necessidades curativas entre as crianças e jovens escolarizados. Para isso poderá contribuir, que os higienistas orais sejam libertos de funções meramente administrativas, como por exemplo a impressão de referências e passem a utilizar esse tempo, em acções de saúde escolar ou de promoção da literacia em saúde.

A cooperação dos docentes e funcionários dos estabelecimentos de ensino, públicos e privados, e das autarquias locais, é fundamental para a adequada implementação deste programa.

Ações a desenvolver

- Promover ações de formação em saúde oral a professores, auxiliares, encarregados de educação e alunos;
- Promover a escovagem dentária nos ambientes escolares;
- Promover adequadamente a administração de fluoretos, segundo critérios de evidência e de boas práticas;
- Acompanhar a execução das tarefas de promoção da saúde oral e de prevenção das doenças orais, a nível escolar.

12. CUIDADOS ASSISTENCIAIS CLÍNICOS

O acesso universal a cuidados de saúde oral de qualidade, em todos os níveis assistenciais deve ser coordenado pela USO, podendo ser definidos critérios de prioridade atendendo aos recursos existentes, oral numa lógica de sistema de saúde não conflituando com complementaridade dada pela contratualização externa e a capacidade dos recursos estruturais da USO.

Embora se pretenda que a maioria dos pacientes consultados nesta área da saúde sejam oriundos de uma referência primária e original pela MGF ou PNPSO, deve a USO estabelecer no seu seio uma organização funcional de forma a assegurar e facilitar a articulação dos trajetos de prestação de cuidados de saúde oral primários que permitam, ao utente, cuidados integrados nos diferentes níveis de cuidados de saúde oral.

Para além da consulta programada, os casos de urgência que surjam durante o tempo normal de consulta deverão ser alvo de triagem sumária, de acordo com as disponibilidades de consulta.

Perspetiva-se, com base na autonomia e competências funcionais dos diferentes profissionais de Saúde Oral a integrar a USO que, sem prejuízo, de organização interna mais articulada, as atividades preferencialmente desenvolvidas pelos mesmos no âmbito dos atos clínicos adequados para os CSP tenha como referencial:

MÉDICOS DENTISTAS

Observação e diagnóstico clínico

Instruções de higiene oral, com ensino de técnicas de higiene oral e identificação de instrumentos de higiene oral adequados às necessidades do utente.

Aplicação de selantes de fissuras

Profilaxia e polimento dentário

Destartarização

Procedimentos anestésicos

Raspagem ou curetagem radicular

Referenciação para consultas de Higiene Oral e para serviços Hospitalares.

Tratamentos básicos de dentística operatória

Tratamentos endodônticos não cirúrgicos

Procedimentos básicos cirurgia oral

Prescrição de fármacos e MCDT

Emissão de atestados ou relatórios de saúde / doença oral e de referenciação para apoios na reabilitação oral.

HIGIENISTAS ORAIS

Observação e diagnóstico com recurso a indicadores específicos de saúde oral

Instruções de higiene oral, com ensino de técnicas de higiene oral e identificação de instrumentos de higiene oral adequados às necessidades do utente.

Prescrição de OTC para saúde oral

Aplicação de selantes de fissuras

Aplicação de fluoretos

Aplicação de verniz de clorexidina

Profilaxia e polimento dentário

Destartarização

Raspagem ou curetagem radicular, sem necessidade de descolamento mucogengival.

Referenciação para Medicina Dentária

Emissão de relatórios de saúde / doença oral

Assim, o acesso poderá ser realizado através do:

- **PROGRAMA NACIONAL de PROMOÇÃO da SAÚDE ORAL**

O PNPSO continuará em plena execução, seguindo as normas emanadas pela DGS e apenas adequado a esta reestruturação funcional do SNS.

Devendo sendo valorizado o aumento das referenciações emitidas e a utilização das mesmas em todos os módulos constituintes do PNPSO, reduzindo o nº de não utilizações ou a má utilização do mesmo.

Ainda no âmbito deste programa todos os casos que tenham necessidade de intervenção e não sejam enquadrados no mesmo deverão ser encaminhados para a USO

Por último a coordenação, gestão e monitorização do PNPSO deve ser confiada exclusivamente à USO de cada ACeS.

- **SAÚDE ORAL - CUIDADOS de SAÚDE PRIMÁRIOS**

Estes cuidados de saúde oral são prestados pelos profissionais das USO no âmbito os CSP.

O acesso a estes cuidados deve ser objeto de referenciação para primeira consulta pelo médico de família nos moldes em que já está implementado.

O processo de referenciação deve ser difundido junto das restantes UF do ACeS com objectivo de otimizar o acesso à consulta de saúde oral seja na vertente de medicina dentária, seja na vertente de higiene oral.

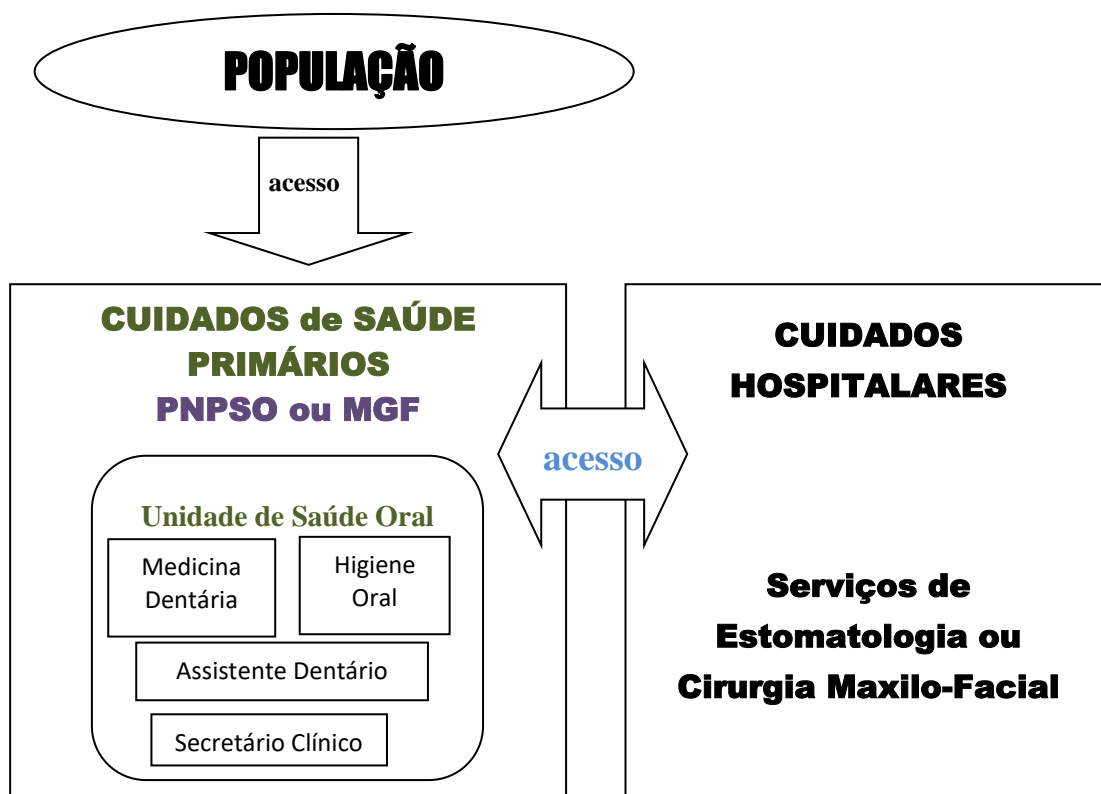
13. APOIO À URGÊNCIA

O Serviço de Urgência tradicionalmente é o último refúgio de uma franja da população com maior atividade de doença, quase sempre arrastada, mas sem recursos para procurar outra solução fora do SNS. Este facto conduz a um desvirtuar na natureza deste tipo de serviço e cria dificuldades à eficiência organizacional desses serviços. Uma situação urgente é, por definição, algo que exige uma intervenção rápida do profissional de saúde que instituirá uma terapêutica tendente a devolver, tão cedo quanto possível, o bem-estar ao indivíduo.

As principais razões que levam os utentes a procurar uma consulta de urgência no âmbito da saúde oral são a dor aguda – infecciosa ou traumática – e a perda emergente da função mastigatória e as hemorragias de origem oral (assumindo especial importância as que ocorrem em pacientes portadores de patologias do foro hematológico ou medicados com anticoagulantes ou com antiagregantes plaquetários).


Assim, uma melhor organização dos serviços e um aumento da capacidade de resposta por parte dos CSP pode resultar, no futuro, numa menor solicitação de serviços de urgência hospitalares por motivos comuns de doença oral.

Esquemáticamente, poder-se-á resumir o acesso à consulta de saúde oral e respectiva articulação entre os diferentes níveis de cuidados da seguinte forma:



OUTROS DOCUMENTOS

PROPOSTA DE MEDIDAS SIMPLEX PARA OS CSP – 2107.09.12 – V3

 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Coordenação Nacional para a Reforma do SNS Área dos Cuidados de Saúde Primários SIMPLEX DOS CSP 						
ÁREA	SUBÁREA	PROPOSTA	EXPLICAÇÃO	ENTIDADES A ENVOLVER	DESTINATÁRIOS	PRIORIDADE (1 a 4, 1 = + prioritário)
Certificação Saúde Doença	Cidadão	Desmaterialização do atestado médico multiusos	Acesso eletrónico pelo cidadão e por entidades terceiras			
Certificação Saúde Doença	Cidadão	Eliminação da emissão de atestados de doença ou saúde para escolas, lares, campo de férias,...	Responsabilização do cidadão pelas suas declarações			
Certificação Saúde Doença	Cidadão	Eliminação dos atestados comprovativos de amamentação	Responsabilização do cidadão pelas suas declarações			
Certificação Saúde Doença	Cidadão	Eliminar emissão de CIT por doença natural ≤ 3 dias	Responsabilização do cidadão pelas suas declarações			
Certificação Saúde Doença	Cidadão	Possibilidade de emissão de declaração da conformidade do PNV na área do cidadão				
Certificação Saúde Doença	Novas Regras	Eliminação de emissão de CIT nos CSP após cirurgia ou internamento nos CSH	Médicos dos hospitais (públicos ou privados) devem passar os CIT pelo tempo necessário (não necessariamente 12 dias previstos)			

ÁREA	SUBÁREA	PROPOSTA	EXPLICAÇÃO	ENTIDADES A ENVOLVER	DESTINATÁRIOS	PRIORIDADE (1 a 4, 1 = + prioritário)
Certificação Saúde Doença	Novas Regras	Eliminação de emissão de CIT nos CSP por gravidez de risco seguida nos CSH	Todas as grávidas têm direito às mesmas regalias independentemente do local onde são seguidas			
Certificação Saúde Doença	Novas Regras	Emissão de CIT para assistência familiar no SU	Permitir passar CIT assistência familiares no SU			
Certificação Saúde Doença	Novas Regras	Emissão de CIT por mais de 30 dias	Em caso de doença prolongada (AVC em recuperação, cirurgia complexa, dor crónica, neoplasia em tratamento...)			
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Atribuição automática da isenção de taxas moderadores no RNU				
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Declaração de doença para fins específicos				
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Eliminar a declaração médica (CIT) por problemas sociais	Avaliação da assistente social suficiente			
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Eliminar a necessidade de CIT após confirmação da persistência de incapacidade, por junta médica				
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Eliminar declaração para escolas e ATL	Basta cartão de vacinas atualizado com data da próxima imunização			
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Relatório PP de dependência de 3ª pessoa				
Certificação Saúde Doença	Pré-preenchimento	Relatórios PP para juntas médicas				

ÁREA	SUBÁREA	PROPOSTA	EXPLICAÇÃO	ENTIDADES A ENVOLVER	DESTINATÁRIOS	PRIORIDADE (1 a 4, 1 = + prioritário)
Certificação Saúde Doença	Terceiros	Atestado carta de condução nos CAMP	Garantir qualidade técnica e avaliação por equipa multidisciplinar	Certificação Saúde Doença	Terceiros	Atestado carta de condução nos CAMP
Certificação Saúde Doença	Terceiros	Atestado carta marítima nos CAMP	Garantir qualidade técnica e avaliação por equipa multidisciplinar			
Certificação Saúde Doença	Terceiros	Atestados para desporto nos Centros de Medicina Desportiva	Garantir qualidade técnica e avaliação por equipa multidisciplinar			
Certificação Saúde Doença	Terceiros	Atestados uso e porte de arma nos CAMP	Garantir qualidade técnica e avaliação por equipa multidisciplinar			
Certificação Saúde Doença	Terceiros	Eliminar a emissão de atestados de robustez nos CSP para certas profissões	Universidades, GNR, Polícia,... devem contratar serviços próprios			
MCDT	Cidadão	Possibilidade de prescrição única em reabilitação pelo período necessário de tratamento	Associado ao sistema de classificação de doentes			
MCDT	Desmaterialização	Alargamento do prazo de validade da prescrição para 12 meses				
MCDT	Desmaterialização	Desmaterialização da prescrição e importação digital dos resultados para as aplicações clínicas				
MCDT	Desmaterialização	Desmaterialização da referenciação e retorno em reabilitação				

ÁREA	SUBÁREA	PROPOSTA	EXPLICAÇÃO	ENTIDADES A ENVOLVER	DESTINATÁRIOS	PRIORIDADE (1 a 4, 1 = + prioritário)
MCDT	Desmaterialização	Disponibilização de resultados na área do cidadão				
MCDT	Responsabilização	Responsabilização do CSH pela sua prescrição de MCDT	Respeito pelo princípio do prescritor pagador			
Medicamento	Desmaterialização	Extensão à PEM da prescrição de IG Anti-D				
Medicamento	Mx Crónica	Dispensa nas UF da Mx hospitalar	Definição do circuito seguro de logística entre a farmácia hospitalar e a UF do doente.			
Medicamento	Mx Crónica	Simplificação da prescrição de terapêutica para doenças respiratórias crónicas	Possibilitar a prescrição por períodos até 12 meses			
Medicamento	Mx Crónica	Simplificar o processo de prescrição para doenças crónicas	Possibilitar a dispensa na farmácia para um período de até 12 meses			
PCE	Desmaterialização	Desmaterialização dos boletins de SI, PF, SM, Diabetes, Idoso,...	Disponibilização na área do cidadão			
PCE	Otimização da PEM	Alerta para fármacos não disponíveis no mercado				
PCE	Otimização da PEM	Na receita sem papel, sincronização com RNU, apenas para telemóvel				
PCE	Otimização da PEM	Parametrização funcional da prescrição de produtos de apoio				
PCE	Termos de referência	Integração do e-mail no PCE	Permite a realização e registo de consultas não presenciais eletrónicas			

ÁREA	SUBÁREA	PROPOSTA	EXPLICAÇÃO	ENTIDADES A ENVOLVER	DESTINATÁRIOS	PRIORIDADE (1 a 4, 1 = + prioritário)
PCE	Usabilidade	Simplificar as aplicações clínicas eliminando comandos redundantes	Rever os termos de referência funcionais e tecnológicos das aplicações clínicas			
Qualificação Atendimento	Gestão Acesso	Check-in automático	Quiosque eletrónico e/ou App			
Qualificação Atendimento	Gestão Acesso	Gestão da fila de espera	Quiosque eletrónico e/ou App			
Qualificação Atendimento	Gestão Acesso	Pagamento automático de taxas	Quiosque eletrónico e/ou App			
Qualificação Atendimento	Sistema de Mensagens	Notificação automática do utente (agendamento, alteração, falta às consultas,...)	SMS, Mail, Token ou Integrado em App			
SI	Apoio à decisão	Criar hiperlink no RNU para a legislação em vigor para cada isenção	Agilizar a função de secretário clínico			
SI	Cidadão	Eliminar declaração dos reembolsos para IRS	Exportação automática da aplicação da contabilidade para as finanças			
SI	Cidadão	Emissão de referência multibanco para cobrança de taxas moderadoras em atraso	Evita deslocação do utente à sua UF			
SI	Gestão de Stocks	Informatização da Gestão de Stocks	Ex: Leitura óptica, alertas de stock de segurança			
SI	Interoperabilidade	Garantir a circulação da informação entre as várias aplicações	Centrada no utente e independente dos profissionais (Ex: Gestcare, SIIMA Rastreios,...)			

ÁREA	SUBÁREA	PROPOSTA	EXPLICAÇÃO	ENTIDADES A ENVOLVER	DESTINATÁRIOS	PRIORIDADE (1 a 4, 1 = + prioritário)
SI	Pré-preenchimento	Impressão automática da declaração de presença	Possibilidade de pedir em quiosque			
SI	Unidade sem Papel	Desmaterialização de cartas e relatórios do exterior	Relatórios serem enviados às UF, pelos prestadores externos diretamente para o PCE aparecendo um alerta			
SI	Unidade sem Papel	Desmaterialização de procedimentos de gestão de recursos humanos	Ex.: Pedidos Comissões Gratuitas de serviço,			
SI	Usabilidade	Criação de repositório de FAQ do Helpdesk				
SI	Usabilidade	Identificação única do profissional para todas as aplicações				
SI	Usabilidade	Permitir o carregamento de documentos em PDF nas aplicações clínicas e associá-los ao utente	Digitalizar documentos externos ou recebidos por via eletrónica.			
SIGA	Referenciação	Agendamento automático dos diabéticos a convocar para rastreio da retinopatia				
SIGA	Referenciação	Gestão integrada das agendas CSH e CSP centrada no doente				
SIGA	Referenciação	Informação de retorno automática disponível e associada ao utente no PCE	Ex: Data do agendamento, Motivo de não agendamento, Informação clínica pós-consulta.			
SIGA	Referenciação	Plataforma comunicação entre os profissionais de saúde dos CSP - CSH associada ao PCE				

PROPOSTA DE MEDIDAS SIMPLEX PARA OS CSP – CERTIFICAÇÃO DA SAÚDE/DOENÇA

Certificação Saúde / Doença								
ÁREA	MEDIDA	TIPOLOGIA	DESTINATÁRIOS	O QUE É PRECISO FAZER	ENTIDADES	PRIORIDADE	PRAZO	PRINCÍPIO/VALOR
CERTIFICAÇÃO SAÚDE	Eliminação da emissão de atestados de saúde para efeitos profissionais, ensino, lazer, atividades física/desportiva não competitivas, instituições de saúde ou sociais			Despacho consagrando esse Dever/Direito (listagem de todas situações)	MS / SEAS			Centralidade Cidadão Reforço de cidadania
		Responsabilização do cidadão	População em geral	Emissão Automática Certificado Vacinal - área do cidadão (Portal SNS)	SPMS / DGS	Alta	3 meses	
	Eliminação dos atestados	Reconhecimento automático de um direito a todas as mães		Hipótese 1- Despacho com direito automático por > 12 meses pós parto	MS / SEAS			Centralidade Cidadão Reforço de cidadania
	comprovativos de amamentação	Responsabilização do cidadão	Todas as mães	Hipótese 2-Despacho - Após licença de parto declaração mensal da mãe até aos 12 meses pós parto	SPMS	Alta	1 mês	Proteção às grávidas Incentivo à Natalidade
	Emissão eletrónica de certificado vacinal	Simplificação	População em geral	Emissão Automática Certificado Vacinal - área do cidadão (Portal SNS)	SPMS / DGS	Alta	1 mês	Centralidade Cidadão Reforço de Cidadania
CERTIFICAÇÃO SAÚDE "HABILITAÇÃO"	Emissão de Certificados	Garantir qualidade		Criação de CAMP	Cons. Ministros		Julho	
	de Habilitação por SAMP	técnica e avaliação por equipa multidisciplinar	População em geral	Despacho com Regulamentação e Listagem - carta condução, carta caçador, cédula marítima,...	DGS / SEAS	Alta	1 mês	Qualificação

		Emissão de Certificados Desporto por CMD	Garantir qualidade técnica e avaliação por equipa multidisciplinar	População em geral	Despacho com regulamentação	DGS / SEAS	Alta	1 mês	Qualificação
CERTIFICAÇÃO DOENÇA	CIT	Emissão de CIT por Médico (SNS, Convencionado, Privado) Ex atuais: Imprensa Nacional Casa Moeda, Instituto Gama Pinto, Stª casa Misericórdia (várias)	Garantir igualdade acesso Simplificação	População em geral	Despacho com regulamentação Webservices Saúde e Seg. Social	MS / MTSSS SPMS / SPMTSSS	Média	6 meses	Centralidade do Cidadão
		Emissão de CIT nos CSH após cirurgia ou internamento	Qualificação do percurso Simplificação	População em geral	Nota de alta hospitalar (eletrónica) com campo obrigatório para CIT Lista patologias e períodos de incapacidade*** Despacho - Hospitais Públicos, Convencionados e Privados e diferentes períodos CIT Lista patologias e períodos de incapacidade ***	SPMS DGS / OM / ACSS SEAS / OM / SETSSS DGS / OM / ACSS	Média	6 meses	Centralidade Cidadão
		Emissão de CIT no SU para assistência familiar	Qualificação do percurso Simplificação	População em geral	Todos os "amarelos" e Laranja" com nota de alta (eletrónica) com campo obrigatório para CIT (o próprio e/ ou assistência familiar)	SPMS	Média	6 meses	Centralidade Cidadão
		Emissão de CIT p/períodos diferenciados por patologia	Qualificação do percurso Simplificação	População em geral	Lista patologias e períodos de incapacidade*** Despacho com regulamentação	DGS / OM / ACSS SEAS / SETSSS	Média	6 meses	Centralidade Cidadão

CERTIFICAÇÃO DOENÇA		Eliminar emissão de CIT por doença natural ≤ 3 Dias	Responsabilização do cidadão	População em geral	Regulamentação do processo com parceiros sociais	MS / MTSSS / MAP / MF / Conc Social	Média	1 ano	Centralidade Cidadão Reforço de cidadania
		Eliminar CIT após confirmação da incapacidade, por SVIT	Qualificação do percurso Simplificação	População em geral	Junta prorroga CIT ou Marca data para qual necessita de reavaliação no MF ou na Junta	ACSS / SPMS / SPMTSSS	Média	6 meses	Centralidade Cidadão
	Segurança Social	Desmaterialização relatórios: junta médica, dependência de 3ª pessoa, etc.	Qualificação do percurso Simplificação	População em geral	Relatório eletrónico estruturado, pré preenchido, editável	SPMS / SPMTSSS	Média	6 meses	Centralidade Cidadão
		Eliminar a declaração médica (CIT) por problemas sociais	Qualificação do percurso Simplificação	População em geral	Assistente Social - Relatório eletrónico estruturado, pré preenchido, editável Eventual integração com Lista Problemas Ativos	SPMS / SPMTSSS	Média	6 meses	Centralidade Cidadão
		Desmaterialização do atestado médico multiusos	Qualificação do percurso Simplificação	População D. Crónica Incapacitante	Acesso a relatório eletrónico estruturado, pré preenchido, editável	SPMS ** ARSN tem GT	Média	6 meses	Centralidade Cidadão

PERFIL DE FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS SECRETÁRIOS CLÍNICOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

INTRODUÇÃO

No seu Plano Estratégico e Operacional, a Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP), comprometeu-se a contribuir para a definição do perfil de competências dos secretários clínicos dos cuidados de saúde primários.

A proposta que agora se apresenta, tem como finalidade elencar as competências associadas aos comportamentos e tarefas inerentes ao papel de um secretário clínico, numa unidade de cuidados de saúde primários.

Esta proposta limita-se ao perfil de funções e competências. O secretário clínico desempenha funções equivalentes às de assistente técnico, de natureza executiva e de aplicação de métodos e processos com base em diretivas definidas e instruções gerais, de grau médio de complexidade, nas áreas de atuação comum e nos vários domínios de atuação nos serviços de cuidados de saúde primários. Todavia, a função de secretário clínico não se esgota nas funções base de assistente técnico. Vai para além destas nas unidades prestadoras de cuidados. Aquela que mais distingue o trabalho do secretariado clínico é a função de gestor das necessidades dos cidadãos, propondo as respostas mais adequadas de acordo com a carteira de serviços da unidade funcional e o respetivo encaminhamento para a equipa médica e/ou de enfermagem. É com base nestas funções e competências que se entende a sua integração numa equipa multidisciplinar.

Naquilo que respeita ao trabalho em USF, o Despacho Normativo nº 9/2006 de 12 de janeiro garante os direitos e regalias inerentes às respetivas carreiras profissionais de todos os que aí exerçam atividade. Também, o Decreto-lei nº 298/2007 de 22 de agosto (alterado e republicado pelo Decreto-lei nº 73/2017 de 21 de junho) define que as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram as USF devem constar no regulamento interno da mesma.

Assim, esta proposta pretende elencar as funções gerais do secretariado clínico, assim como as competências necessárias para tal. Não pretende limitar as funções destes profissionais, que devem estar explícitas nos regulamentos internos das unidades. Não se trata de uma proposta vinculativa, mas apenas: uma proposta a ser apresentada ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde que, caso a considere válida, oportuna e mereça a sua anuência, deverá remeter a mesma para discussão com o Gabinete da Senhora Secretária de Estado da Saúde e com a Administração Central do Sistema de Saúde, responsáveis pela área dos recursos humanos.

ANTECEDENTES

A figura do “secretário clínico” surge em 2007 com a reforma dos cuidados de saúde primários, tendo sido possibilitado a sua criação pelo Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto que previa a constituição de equipas multidisciplinares para as USF (<https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/640665/details/maximized>).

A Portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro define a carteira básica de serviços, quer para o núcleo clínico, quer para o secretariado clínico/administrativo. Neste caso concreto, as funções definidas são aquelas relacionadas com:

- Atendimento e encaminhamento dos cidadãos:
 - Programação e marcação de consultas (programadas e consultas sem programação, da iniciativa do utente;
 - Monitorização do tempo de espera e desistências; ☐ Gestão da comunicação;
 - Difusão atualizada do funcionamento dos serviços; o Informação a pedido;
- Gestão de procedimentos administrativos:
 - Participação na gestão de procedimentos clínicos; a Participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica; o Registo e acompanhamento relativos à referência; a Gestão dos administrativos do cidadão; a Gestão das áreas de apoio administrativo; a Participação na gestão do sistema de informação;
 - Participação na receção e resposta a queixas, reclamações e sugestões dos cidadãos.

Ver mais detalhes em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Portaria_1368_2007.pdf

Em 2011, um Grupo Técnico constituído no âmbito do Grupo de Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários, considerou insuficiente a definição constante na Portaria nº1368/2007, propondo em complemento a elaboração de uma carta de serviços e competências profissionais do secretariado clínico em cuidados primários. O perfil apresentado, no entanto, refere-se a cinco áreas de competências e não a um perfil de funções como as que são definidas na mencionada Portaria:

- Competências comunicacionais;
- Competências relacionais;
- Competências organizacionais e de trabalho em equipa;
- Competências de gestão de procedimentos técnico-administrativos;
- Competências de participação nos processos de saúde na sua unidade.

A discussão realizada na altura, no seio do Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que resultou na listagem das áreas de competências, surge na sequência da verificação de necessidades formativas dos secretários clínicos, referidas por inúmeras USF, essenciais para que pudessem exercer as funções atrás referidas (Portaria 1368/2007).

Ver mais detalhes em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/fichatcnicagtsecretariadoclnico.pdf>

Este documento aponta ainda a necessidade de identificar boas práticas e iniciativas já existentes para o desenvolvimento das funções de secretariado clínico, assim como definir um plano geral linhas de orientação estratégica para o desenvolvimento das funções.

Posteriormente a USF AN apresentou um documento, resultado do trabalho realizado por um grupo de profissionais de secretariado clínico, que definia o conjunto de competências nucleares dos secretários clínicos, assim como um plano de formação necessário para as funções e competências definidas.

Com a nomeação do Coordenador Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários, a CNCSP inclui no seu Plano Estratégico e Operacional a definição do perfil de funções e competências do secretariado clínico, em articulação com o trabalho já desenvolvido pela USF NA, apresentando a proposta que se segue.

PROPOSTA DE PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS ASSISTENTES TÉCNICOS/ SECRETÁRIOS CLÍNICOS DOS CSP

Tendo tido como ponto de partida o trabalho anteriormente realizado, sobretudo pelo grupo de trabalho da USF AN, e tendo sido dada a possibilidade aos assistentes técnicos/ secretários clínicos de contribuírem para esta proposta e de identificarem os aspetos que estão em falta neste nível de cuidados para o exercício da sua profissão, assim como de valorizarem as competências por si consideradas mais importantes, a CNCSP apresenta aquele que julga ser o adequado perfil de funções e competências para estes profissionais, de modo a que possam cumprir com rigor, brio e qualidade as funções que lhes estão atribuídas.

PROPOSTA DE PERFIL DE FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS PARA O SECRETARIADO CLÍNICO/ADMINISTRATIVO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (ARREIRA DE ASSISTENTES TÉCNICOS, TRANSVERSAL A TODAS AS UNIDADES FUNCIONAIS PRESTADORAS DE CUIDADOS)

Funções a desempenhar -todas aquelas relacionadas com:	Competências a observar para o correto desempenho das funções (ser capaz de)
<p>Gestão do percurso do cidadão Atendimento, inscrição, agendamento, encaminhamento, informação e monitorização</p> <p>Gestão da comunicação Divulgação e atualização da informação referente ao funcionamento do serviço, nas suas diferentes dimensões (interna e externa) Gestão dos fluxos de comunicação interprofissionais e das unidades com o exterior</p> <p>Gestão de processos Referentes ao percurso do cidadão Referentes à organização e funcionamento das unidades</p>	<p>Competências pessoais Mostrar disponibilidade para o outro e colocar-se no lugar do outro Tolerar a pressão Criar e promover cooperação com os outros profissionais e com o utente Trabalhar em equipa Estabelecer um bom relacionamento com o cidadão, interpessoal e interpares Adquirir os conhecimentos necessários ao desenvolvimento da profissão Mostrar adaptação e resiliência Apresentar uma atitude dinâmica e proactiva Manter uma abordagem humana e empática Gerir situações adversas Apresentar espírito de responsabilidade e compromisso Analisar e informação e exercer espírito crítico Partilhar conhecimentos e novas práticas de trabalho</p> <p>Competências organizacionais e técnico profissionais Estabelecer, manter e concluir uma relação assistencial adequada Identificar e priorizar no motivo da procura de serviços Propor a resposta mais adequada e informar de acordo com as necessidades, recursos e nível de literacia do utente Utilizar o tempo e os recursos disponíveis da forma mais adequada</p>

	<p>Disponibilizar-se para integrar equipas multiprofissionais Definir e gerir adequadamente as prioridades Conhecer os modelos e processos de contratualização em vigor Conhecer os processos de gestão da qualidade Conhecer os sistemas de informação em uso, designadamente processos clínicos eletrónicos nos seus diversos modos e funcionalidades Conhecer o enquadramento legal e organizacional dos cuidados de saúde primários Gerir os recursos materiais Conhecer os processos chave organizacionais e assistenciais</p>
<p>Processos chave organizacionais e assistenciais:</p> <p>Competências para o front office: Receber e encaminhar adequadamente os pedidos de renovação de medicação crónica Receber, identificar as necessidades do interlocutor e encaminhar adequadamente as chamadas telefónicas Conhecer todos os procedimentos relacionados com a isenção de taxas moderadoras, transportes e reembolsos Assegurar, quando necessário, o serviço em regime de inter substituição Encaminhar adequadamente os utentes para o profissional que dará resposta às suas solicitações Informar com assertividade e cortesia a maneira de corretamente utilizar os recursos Receber, atender e encaminhar os utentes Primar pela assiduidade e pontualidade, apresentação adequada e identificação inequívoca Agendar consultas programadas e de doença aguda (consulta aberta) Proceder ao atendimento e encaminhamento do utente</p> <p>Competências para o back office: Realizar tarefas administrativas prévias ao processamento na UAG Gerir os processos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos Fazer e atualizar o inventário de mobiliário e equipamento</p>	

Gerir os sistemas de informação e interface com as várias aplicações e programas informáticos do SNS
Gerir a operacionalização das áreas de apoio administrativo
Conhecer e colaborar no circuito da resposta à audição interna na sequência de uma reclamação ou sugestão
Receber e encaminhar reclamações, sugestões e elogios
Participar nas reuniões do conselho geral, multiprofissional ou de secretariado clínico/assistentes técnicos
Gerir as convocatórias realizadas via SIMA rastreios
Colaborar em ações de educação para a saúde
Requerer mensalmente necessidades de consumíveis administrativos
Gerir o aprovisionamento de consumíveis administrativos
Gerir a correspondência expedida e recebida, bem como correio eletrónico
Gerir internamente os pedidos de acesso à informação de saúde (articulação com RAI – Responsável de Acesso à Informação)
Gerir o circuito relativamente aos documentos do consentimento informado
Receber e encaminhar adequadamente os pedidos de renovação de medicação crónica realizados através do eAgenda
Avaliar e gerir os dados administrativos referentes à referência externa
Arquivar no processo clínico “físico” documentos com relevância de análise futura
Estabelecer contacto com os utentes por iniciativa da equipa
Convocar os doentes que não compareçam a consultas
Monitorizar o cumprimento dos tempos de resposta garantida (TMRG)
Monitorizar o tempo de espera no dia da consulta e eventuais desistências

PRÓXIMOS PASSOS E RECOMENDAÇÕES

Esta proposta de perfil de funções e competências, consensualizada entre a CNCSP e em conformidade com o trabalho prévio da USF AN, é agora apresentada ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

Após a sua análise e caso concorde com mesma, o passo seguinte passaria pela sua discussão com o Gabinete da Senhora Secretária de Estado da Saúde e com a ACSS, responsáveis pela área dos recursos humanos da saúde.

Só após essa discussão se poderá proceder à eventual auscultação pública, publicação formal e ao envio aos departamentos de recursos humanos das ARS, aos ACeS e às unidades funcionais, para divulgação e cumprimento.

Importa ainda deixar a nota de que, tendo sido a formação apontada, em várias das respostas às perguntas do questionário, como um problema e um fator de insatisfação dos assistentes técnicos/secretários clínicos, a CNCSP recomenda que seja realizado um levantamento da formação disponibilizada pelas ARS/ACeS e que sejam uniformizados os critérios de seleção e acesso às ações de formação, na tentativa de abranger um número mais alargado destes profissionais.

Seria também fundamental um estudo que permitisse comparar a formação existente com a formação necessária às competências que fazem parte do presente perfil de competências, apostando-se na conceção de um programa de formação básica e contínua, que dê resposta às necessidades dos profissionais e permita uniformizar o nível de competências entre todos.

Lisboa, 22 de junho de 2018

A CNCSP

Anexo 1

Constituição do Grupo de Trabalho USFAN:

- Paulo Santos – USF São João do Porto, Secretário da Direção Nacional da USFAN
- Rosário Chantre – USF Valongo, Vogal da Direção Nacional da USFAN
- Ana Pereira – USF Alto da Maia, Equipa Regional de Apoio do Norte
- Cidália Mesquita – USF Famalicão I, Membro da Delegação do Norte da USFAN
- Fátima Garcia - USF Marginal, Membro da Delegação do Sul da USFAN
- Helena Almeida – USF Santa Clara, Membro da Delegação do Norte da USFAN
- Teresa Seixas – USF Camélias, Equipa Regional de Apoio do Norte

ANEXO II - DEFINIÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO SECRETARIADO CLÍNICO

Análise dos resultados do questionário

Estando realizado já muito trabalho de base, quer sobre as funções, quer sobre as competências, a CNCSP decidiu auscultar a opinião dos secretários clínicos dos CSP, através da aplicação de um questionário online.

Este questionário teve como objetivo ouvir os secretários clínicos/assistentes técnicos dos cuidados de saúde primários, no sentido de compreender as suas perceções e satisfação, contribuindo para a definição de um perfil de competências destes profissionais. Foi construído pela CNCSP e validado pelo Grupo de trabalho da USF AN (ver composição do grupo de trabalho no anexo 1).

O questionário, aplicado entre março e maio de 2017, foi enviado para a lista de endereços eletrónicos dos 4892 assistentes técnicos de cuidados de saúde primários existentes no RHV. Responderam ao questionário 399 profissionais, sendo que três foram considerados inválidos por terem sido preenchidos por outros profissionais que não assistentes técnicos, nomeadamente assistentes operacionais. Estes valores correspondem a uma taxa de resposta de 8,1%.

É importante salientar que à CNCSP importam todos os profissionais dos cuidados de saúde primários, motivo pelo qual o questionário foi aplicado a todos os que exercem atividades de secretariado clínico nas várias unidades funcionais de CSP e não apenas nas USF.

Figura 1 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, segundo o género

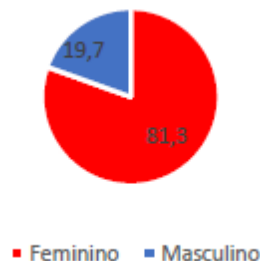


Figura 2 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, segundo o grupo etário

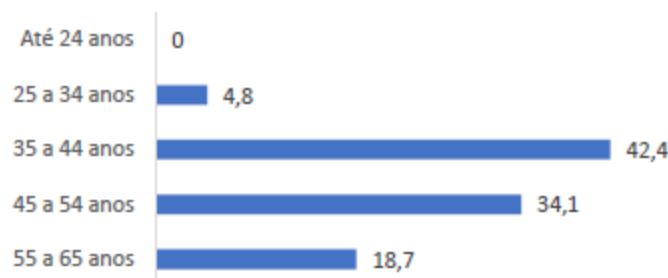
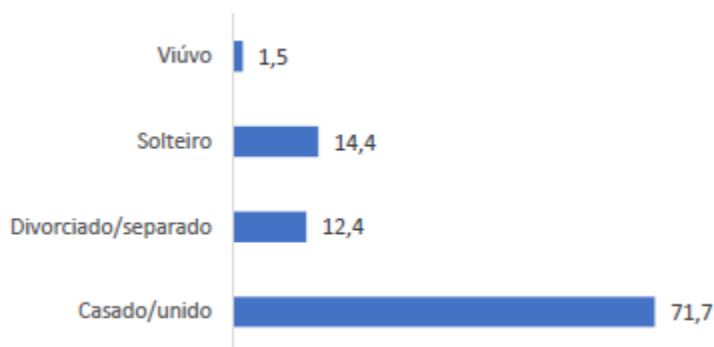
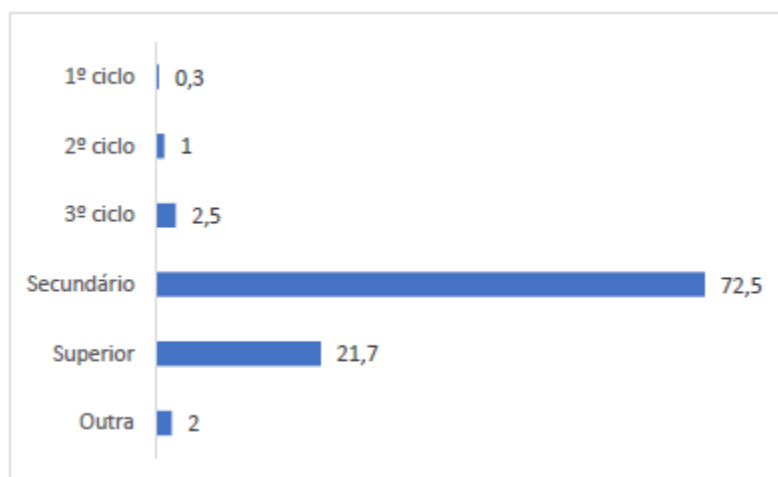


Figura 3 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, segundo o estado civil



Relativamente à sua caracterização, a maioria dos respondentes é do género feminino. O grupo etário mais representado é o que se situa entre os 35 e os 44 anos de idade, pertencendo a maior parte ao estado civil casado/unido de facto.

Figura 4 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, segundo a escolaridade



Embora se verifique já uma percentagem de 21.7% de profissionais com ensino superior, predomina o ensino secundário. Por outro lado, o facto de os profissionais terem uma licenciatura, não significa que seja na área do atendimento/secretariado, o que não contribui para uma uniformização de competências. No entanto a existência de 21,7% de profissionais com ensino superior pode potenciar a mudança para patamares de maior conhecimento e assunção de novas funções, à medida que algumas tarefas possam ser realizadas de forma automática pelo sistema informativo.

Figura 5 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por ARS

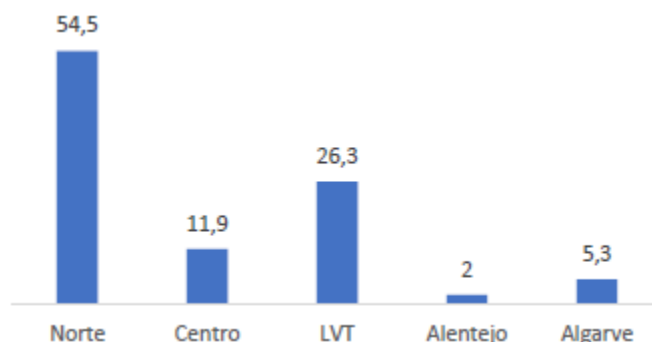
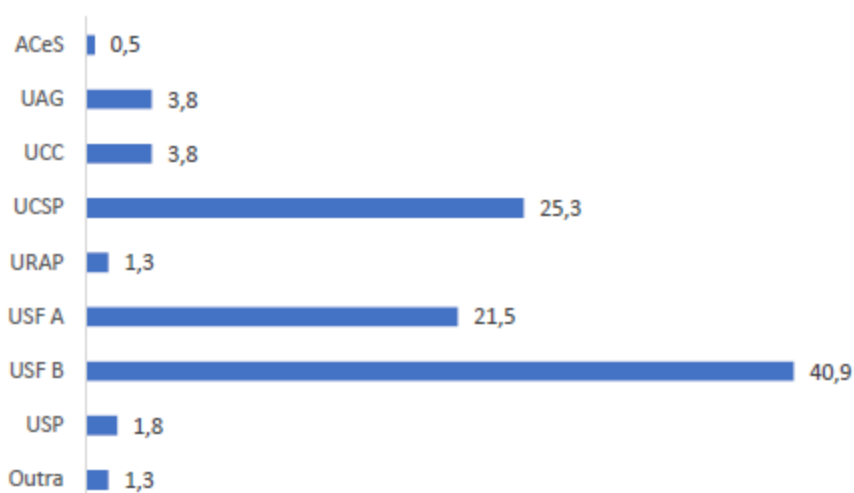


Figura 6 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por unidade funcional



Esta distribuição diz respeito aos respondentes e não à realidade do país, em termos de existência de assistentes técnicos/secretários clínicos nos cuidados de saúde primários. A CNCSP tentou realizar um levantamento para calcular, a partir daí, as necessidades de contratação destes profissionais. Todavia, as respostas quer das ARS, quer das próprias unidades funcionais, foram muito escassas, o que não permitiu a conclusão desse trabalho. Todavia, foi posteriormente estabelecido um compromisso da ACSS, em articulação com as ARS/ACeS, para proceder a este levantamento. Esse compromisso foi assumido perante o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde em reunião no dia 18 de março de 2018.

Figura 7 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por categoria profissional

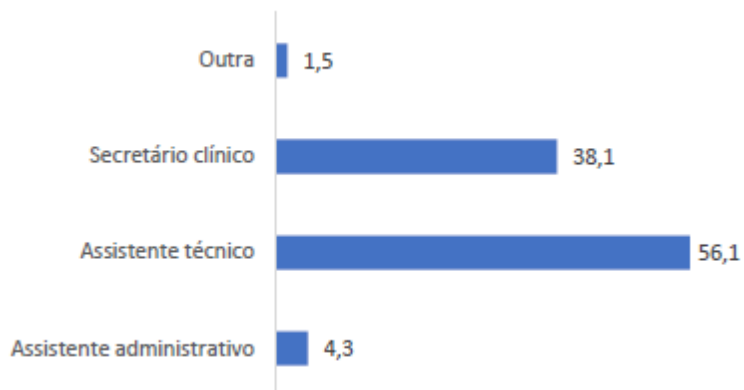


Figura 8 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por número de anos na profissão

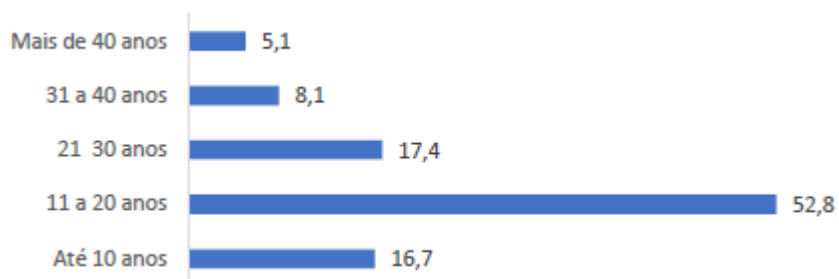


Figura 9 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por número de anos no atual serviço

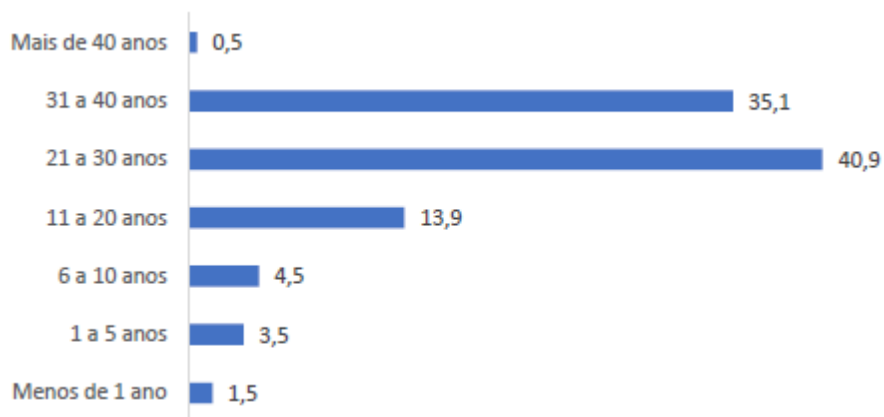


Figura 10 – Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por carga horária

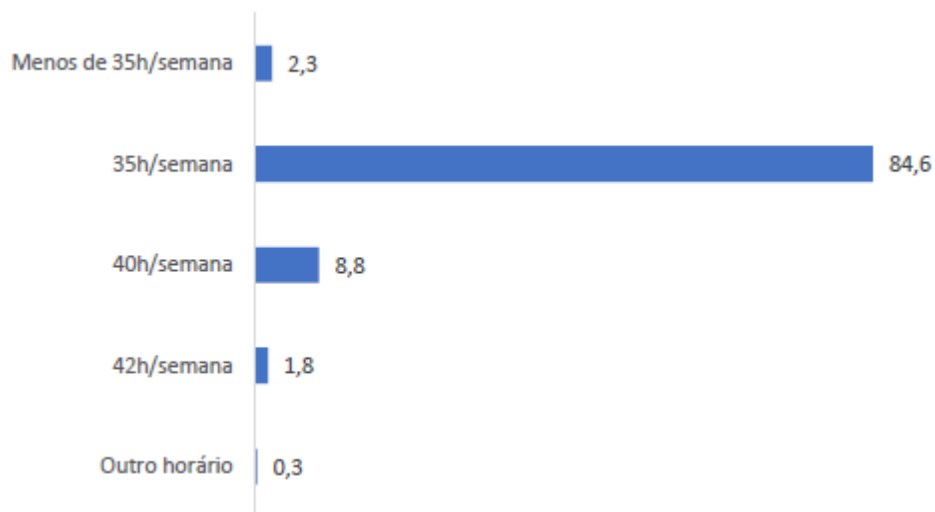


Figura 11– Distribuição dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP, por tipo de contrato de trabalho



Figura 12 – Atividades desempenhadas na unidade de saúde, pelos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP



As atividades mais desempenhadas são o atendimento e o encaminhamento do cidadão, a programação e marcação de consultas e a gestão das áreas de apoio administrativo. Tratam-se

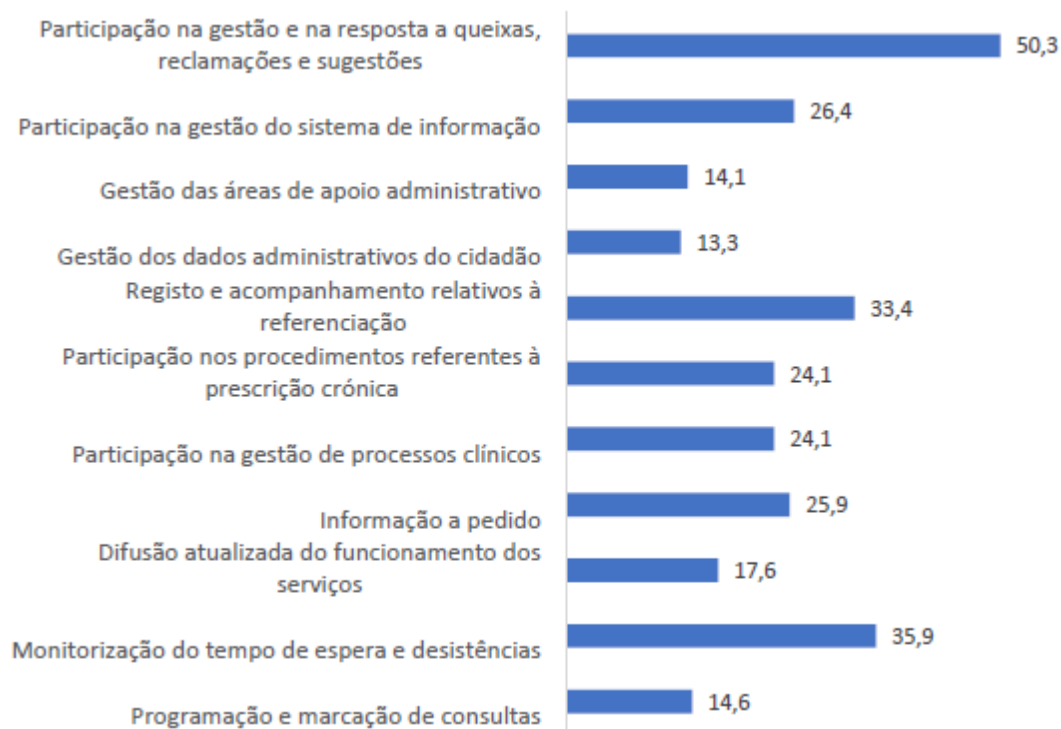
de atividades desempenhadas quer pelos assistentes técnicos, quer pelos secretários clínicos, nos cuidados de saúde primários. Foram indicadas, por cerca de 42% dos respondentes “outras atividades”. Todavia, estas dizem respeito a atendimento telefónico, que está incluído na tarefa de atendimento e encaminhamento do cidadão e/ou programação e marcação de consultas, por exemplo. Outro exemplo, foi a indicação da realização de pedidos de material, que não é uma atividade isolada, mas que faz parte do serviço de gestão administrativa.

Figura 13 Atividades que consomem a maior parte do tempo do serviço diário dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP



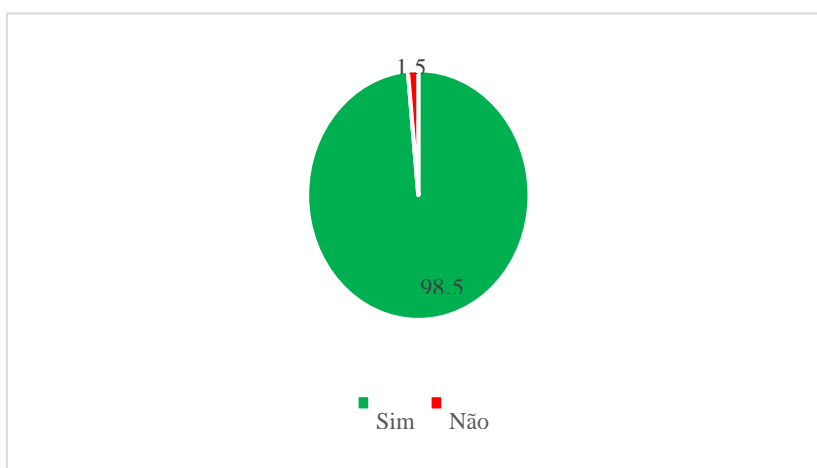
Nesta questão, não foi incluída propositadamente a hipótese do atendimento ao utente, porque se parte do princípio que é a maior atividade do quotidiano destes profissionais. Assim, a resposta mais selecionada, como aquela que consome a maior parte do tempo de expediente diário, tem a ver com a programação e marcação de consultas.

Figura 14 Atividades que consomem a menor parte do tempo do serviço diário dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP



Já a menor percentagem de tempo é consumida com a participação na gestão e resposta a queixas, reclamações e sugestões.

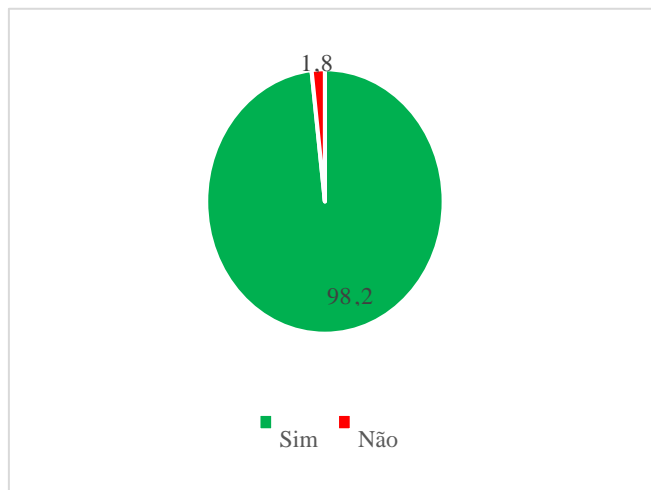
Figura 15 – Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto a possuírem as competências pessoais adequadas ao exercício das funções que desempenham



Nos casos (6) que responderam “não” quanto a possuírem as competências pessoais necessárias, foram indicadas como justificação a falta de paciência para os abusos por parte das chefias, a falta

de formação para o desenvolvimento de competências pessoais e a colocação em tarefas com as quais não concordam.

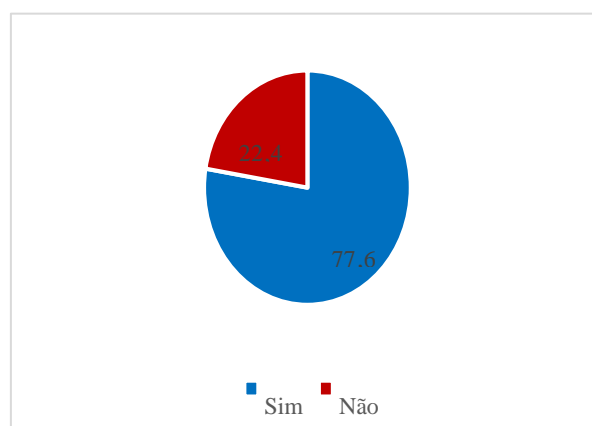
Figura 16 Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto a possuírem as competências profissionais adequadas ao exercício das funções que desempenham



Nas competências profissionais, às respostas negativas, foi apresentada como justificação a ausência de formação para lidar com cidadãos migrantes e/ou contactos esporádicos, formação relativa a sistemas de informação e plataformas informáticas (ALERT, SGDT, MIMUF e SIARS), formação profissional e formação nas áreas que os profissionais necessitam (mas que não especificaram).

A quase totalidade dos respondentes afirma possuir as competências pessoais e profissionais ao exercício das funções que desempenham.

Figura 17 – Perceção dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP quanto a possuírem a formação adequada ao exercício das funções que desempenham



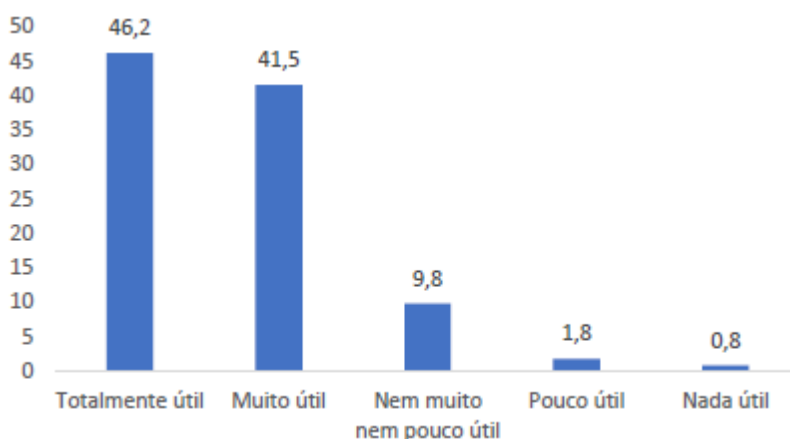
Aos que responderam “não”, foi solicitado que indicassem a formação que julgavam necessitar. As áreas mais referidas, foram as de formação ao nível de: legislação, normas de orientação para

a atividade de assistente técnico, apoio administrativo, resiliência em stress, Access, Excel, sistemas de informação, cidadãos migrantes e contactos esporádicos, comunicação, gestão de utentes, *burnout*, governação clínica, humanização e personalização, gestão da qualidade, bioética, formação contínua, reembolsos, atendimento telefónico, aprovisionamento, gestão de unidades de saúde, línguas, gestão de conflitos, contabilidade, reclamações, atendimento e técnicas de secretariado, isenções e inteligência emocional.

Considerando esta ausência de formação identificada e o nível de escolaridade apresentada pelos respondentes, apesar de terem afirmado possuir as competências profissionais adequadas, será necessário dar particular importância a este ponto. Embora a experiência adquirida pelo elevado número de anos no serviço possa contribuir para o aumento das competências, a escolaridade e a formação não podem ser deixadas de parte, sobretudo numa profissão tão importante para os utentes, como é o caso destas.

Nesta pergunta, foram ainda deixados muitos comentários relativos à falta de investimento em formação dos profissionais pelas unidades funcionais, pelos ACeS e pelos serviços regionais e centrais.

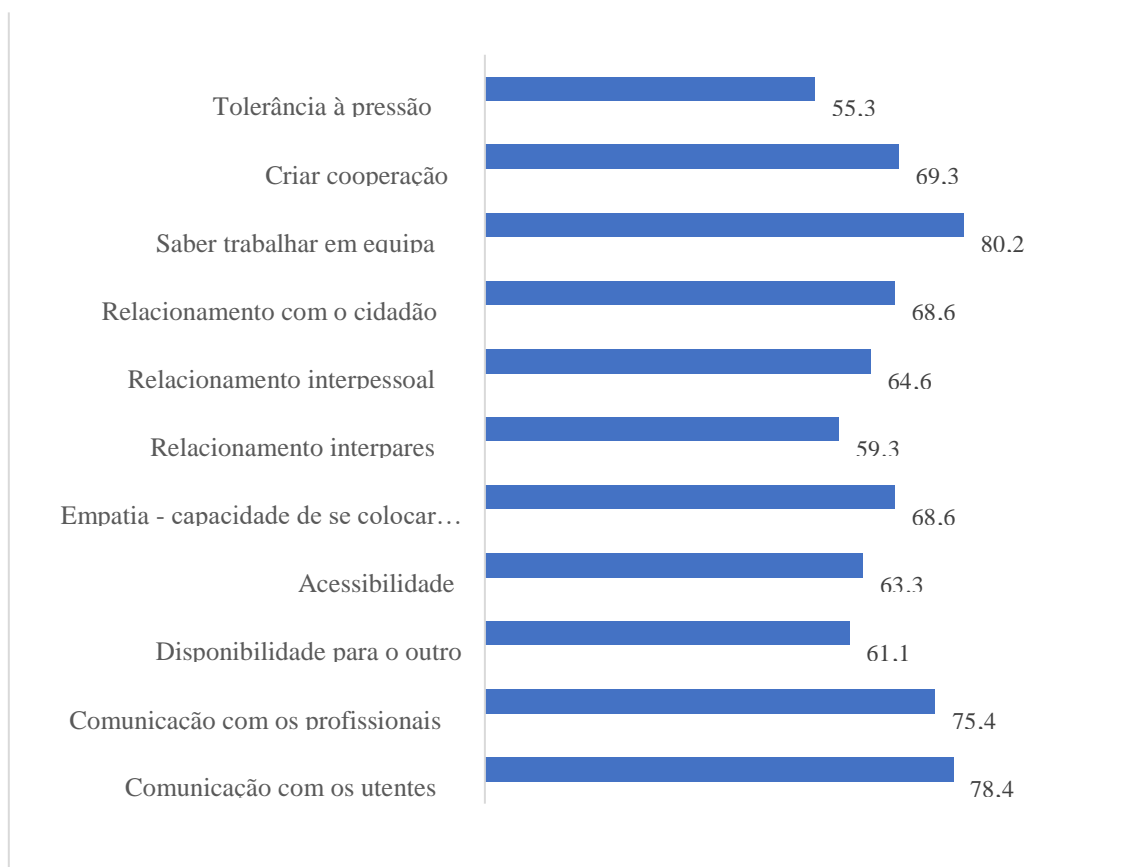
Figura 18 – Perceção dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP quanto à utilidade da elaboração de uma carta de serviços e competências de secretariado clínico em cuidados de saúde primários



As justificações apresentadas para a utilidade de existir um documento que define e torne claras as competências do secretariado clínico, estão relacionadas com a necessidade de aumentar a informação sobre quais as atividades que estes profissionais devem desenvolver, com a necessidade de uniformizar procedimentos e discurso perante o utente, para que todos os profissionais saibam qual é o papel de cada um (incluindo os utentes) e de algum modo para proteger esta profissão do exercício de tarefas que lhes são solicitadas e que pertencem a outras áreas profissionais.

Importa salientar que alguns secretários clínicos acreditam que uma carta de competências valoriza a profissão e é fator de diferenciação entre os mesmos profissionais, em diferentes unidades funcionais. Esta perspetiva não tem a concordância da CNCSP, uma vez que o perfil de competências que se pretende apresentar deve adequar-se a todos, assistentes técnicos e secretários clínicos, independentemente da existência de uma carreira ou não e do número de anos no serviço.

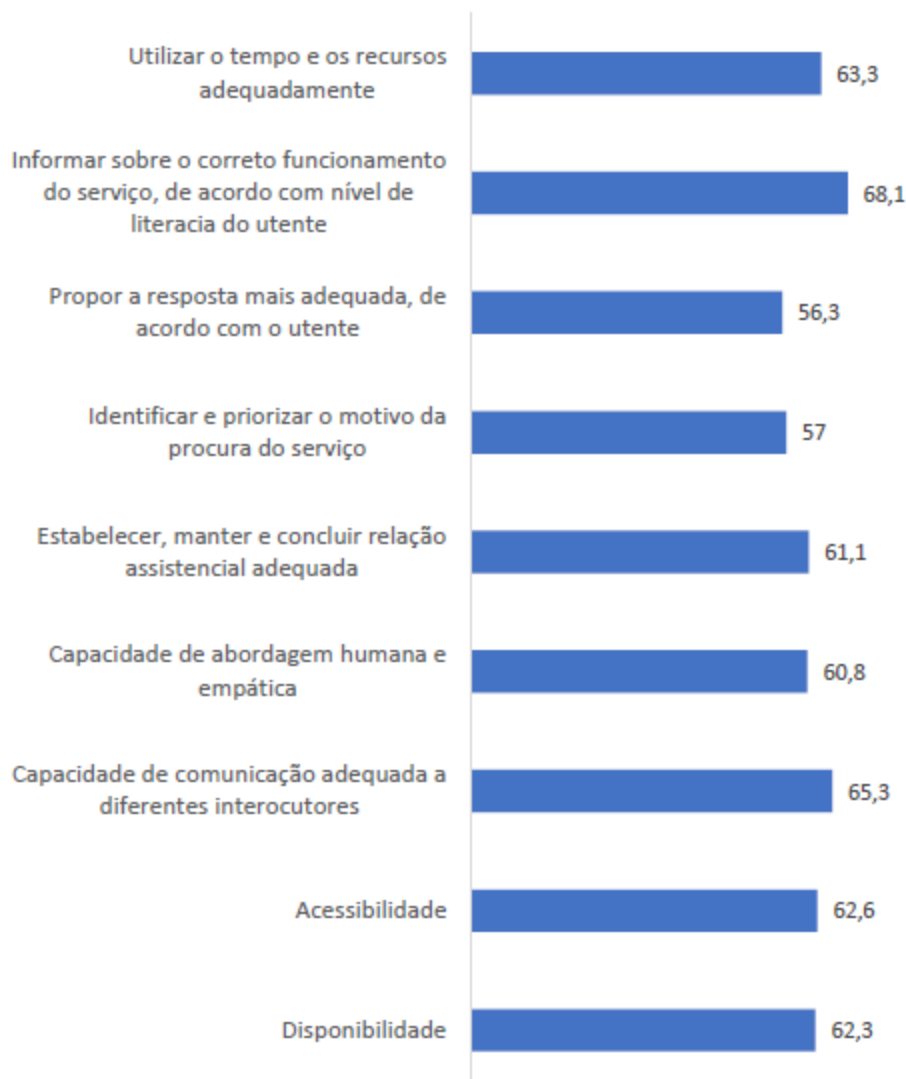
Figura 19 – Perceção dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – competências pessoais



Neste grupo de competências, os profissionais valorizam essencialmente o saber trabalhar e equipa, a comunicação com os utentes e a comunicação com os profissionais. A competência menos valorizada é a tolerância à pressão, o que não está de acordo com uma das perguntas

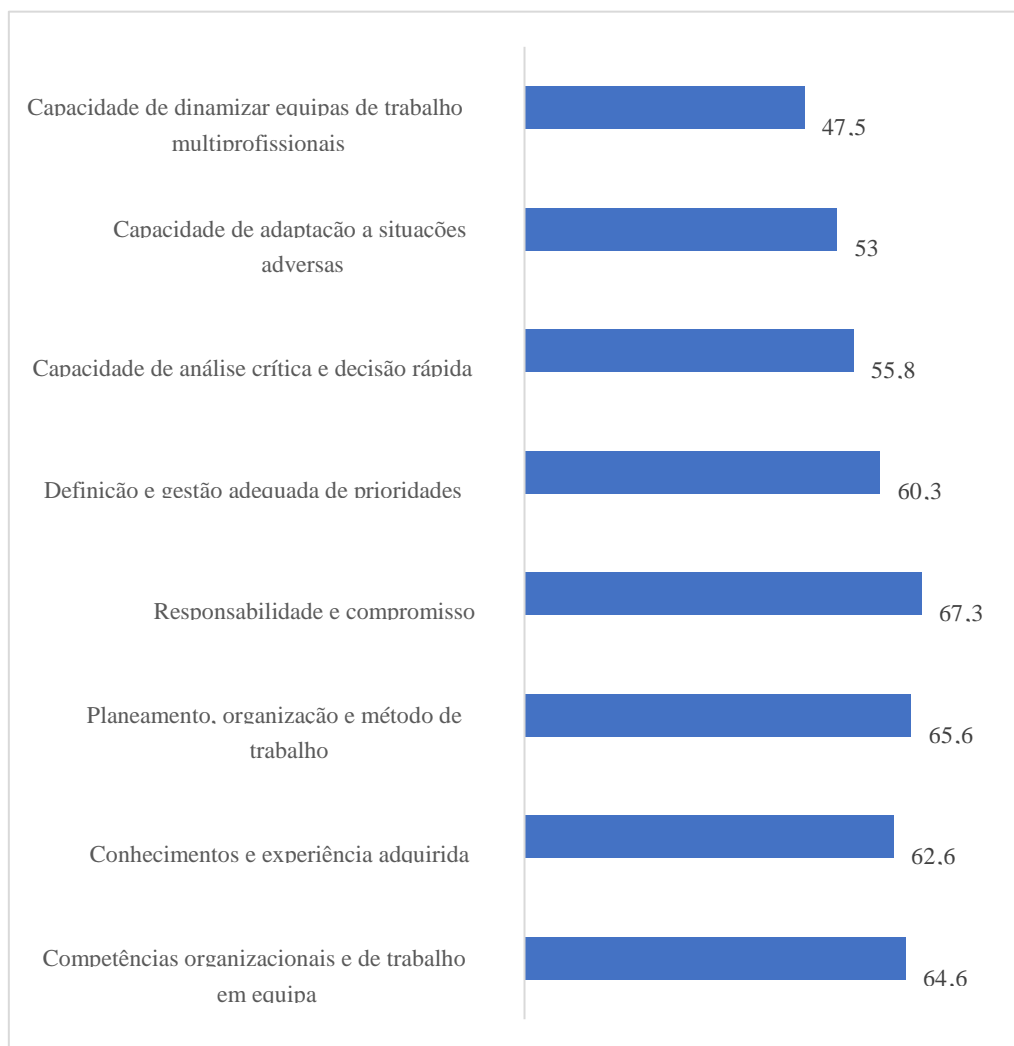
anteriores, onde identificavam a gestão do *stress* como uma das competências para a qual necessitam de formação.

Figura 20 Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – atendimento



Quanto às competências para o atendimento, valorizaram sobretudo a informação correta aos utentes e a capacidade de comunicação adequada aos diferentes interlocutores. Não podemos deixar de anotar surpresa quanto aos valores atribuídos a estas competências, com especial destaque para o caso da imperiosa necessidade de identificar e priorizar o motivo da procura dos serviços por parte dos utentes. Os AT/SC devem ser os primeiros e principais facilitadores do acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, e não um obstáculo ou uma dificuldade.

Figura 21 – Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – organização do serviço



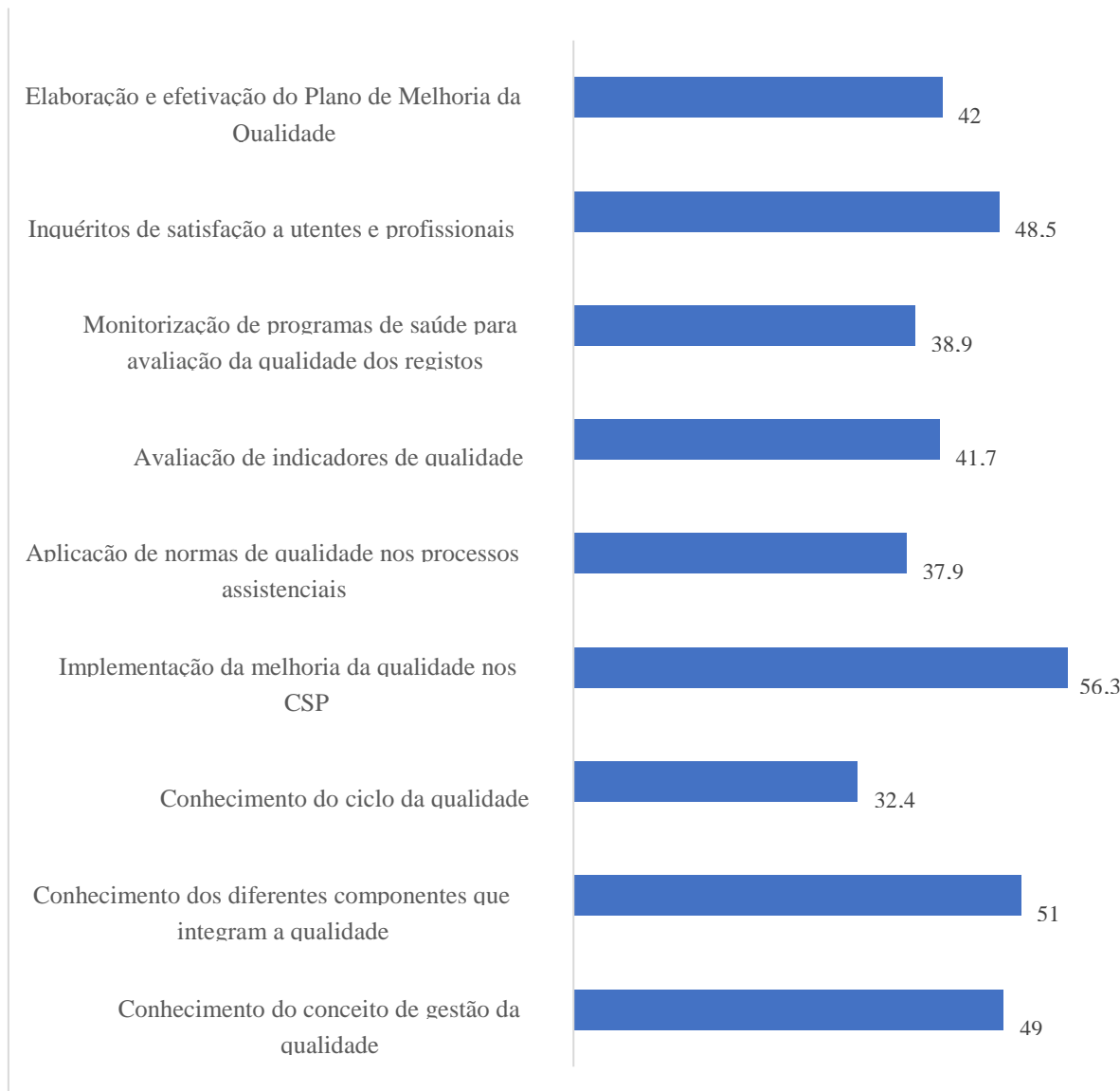
Relativamente às competências relacionadas com a organização do serviço, a sua valorização é ainda mais reduzida, sobretudo no que diz respeito à capacidade de dinamizar equipas de trabalho multiprofissionais. Não pode haver a ideia de que os outros profissionais das unidades funcionais não valorizam os AT/SC, quando eles próprios atribuem pouca importância ao seu papel nas equipas multidisciplinares.

Figura 22 Percepção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – conhecimento do serviço



As competências relativas ao conhecimento do serviço também tendem a ser pouco valorizadas, sobretudo aquelas que dizem respeito aos aspetos relacionados com a formação e a investigação, mas também o conhecimento dos sistemas de registo de uso habitual nos cuidados primários. Neste âmbito, valorizam mais, embora com valores na casa dos 60%, a partilha de conhecimentos, boas práticas e novas práticas de trabalho e as questões da inovação e da qualidade.

Figura 23 – Perceção dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – área da qualidade



Na área da qualidade, valorizaram mais as competências relacionadas com a implementação da melhoria da qualidade nos cuidados de saúde primários.

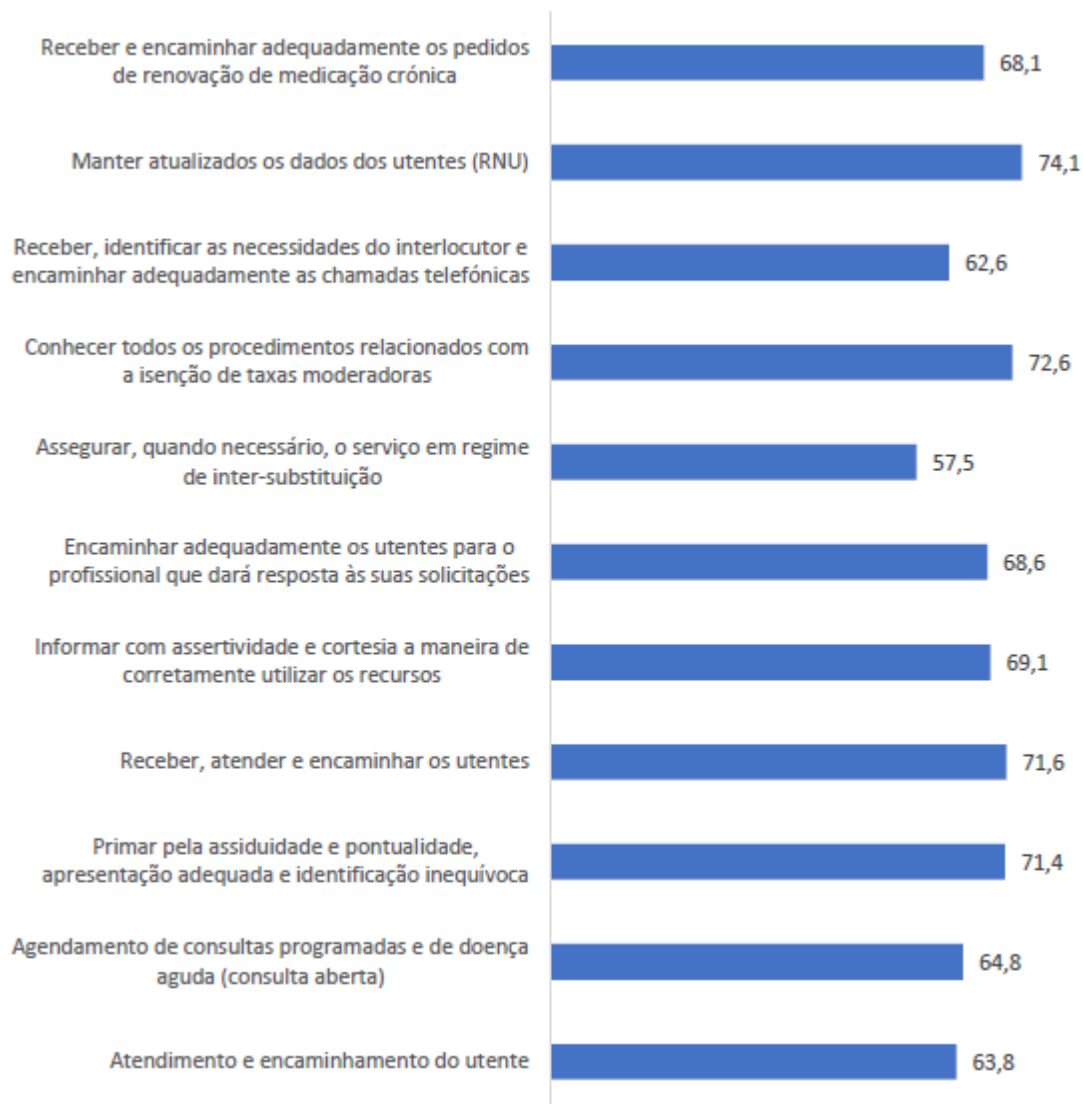
Figura 24 Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos nos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – responsabilidade profissional



A responsabilidade profissional também foi, em geral, pouco valorizada, com valores superiores no caso da bioética (confidencialidade, consentimento informado) e no que diz respeito ao facto de ser capaz de abordar e gerir o atendimento do utente “difícil”.

Não se pode deixar de salientar os valores relativamente baixos quanto à capacidade de orientar os pedidos de IVG, testamento vital e contraceção de emergência. Mais uma vez, importa insistir que estes profissionais devem ser o principal facilitador do acesso aos cuidados de saúde primários.

Figura 25 Perceção dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – competências individuais front office



À exceção das competências pessoais, que foram as mais valorizadas, as competências ligadas ao *front office*, comparativamente com as anteriores, obtiveram maiores níveis de valorização, sobretudo a capacidade de manter atualizados os dados dos utentes no RNU.

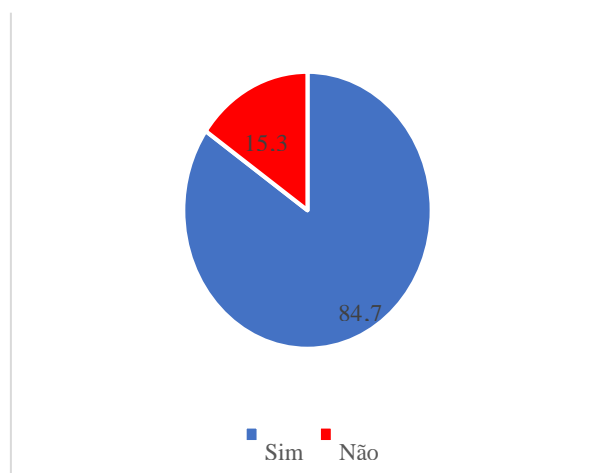
Figura 26 Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto às competências que devem fazer parte desta profissão – competências individuais back office



Já as competências de *back office* foram menos valorizadas, sobretudo a gestão do processo de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e a capacidade de fazer e atualizar o inventário de mobiliário e equipamento.

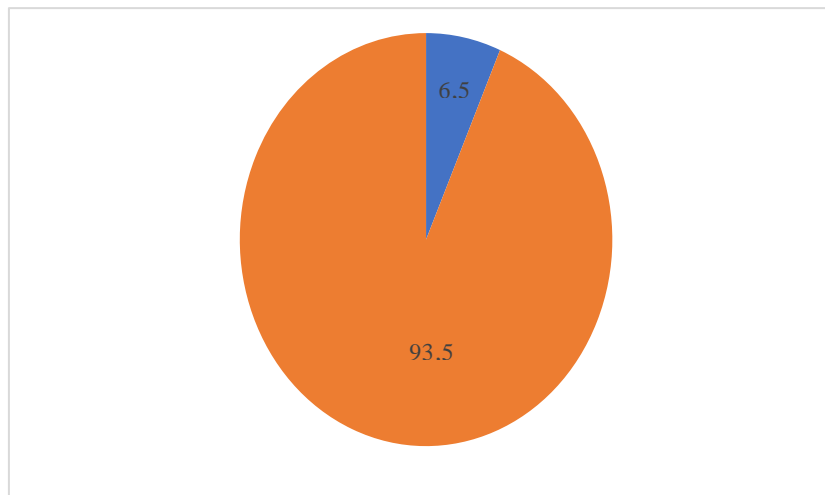
É de sublinhar que, quer as competências sejam mais ou menos valorizadas pelos profissionais, todas elas são importantes para a boa organização e funcionamento dos serviços, para a promoção do trabalho em equipa e mais importante ainda, para uma resposta sempre adequada aos utentes que procuram os serviços e que são os clientes dos assistentes técnicos, dos secretários clínicos e do Serviço Nacional de Saúde.

Figura 27 – Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto à possibilidade de exercerem todas as competências anteriormente mencionadas



Os 15,3% que referiram não estar em condições para o cumprimento de todas as funções e competências assinaladas nas figuras anteriores, apontam como justificação a ausência de formação, sobretudo para tarefas muito específicas, assim como a inexistência de tempo, no normal horário de trabalho, para cumprir todas as atividades exigidas. Foi também mencionado o facto de as funções adstritas ao secretariado clínico estarem pouco claras em geral e a falta de informação sobre os procedimentos para executar muitas destas atividades. Alguns respondentes afirmaram a existência de áreas de atividade onde não se sentem confortáveis e outros indicaram que algumas das funções assinaladas não são da responsabilidade destes profissionais.

Figura 28 Perceção dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP quanto à existência de outras competências que tenham sido incluídas no questionário



Como competências não incluídas no questionário, foram apontadas a gestão de horários e assiduidade, os reembolsos, o preenchimento RENTEV, gestão do fluxo dos utentes e gestão de ficheiros de processos clínicos.

Figura 29 – Perceção dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP quanto à existência de formação regular e de qualidade para as funções que desempenha

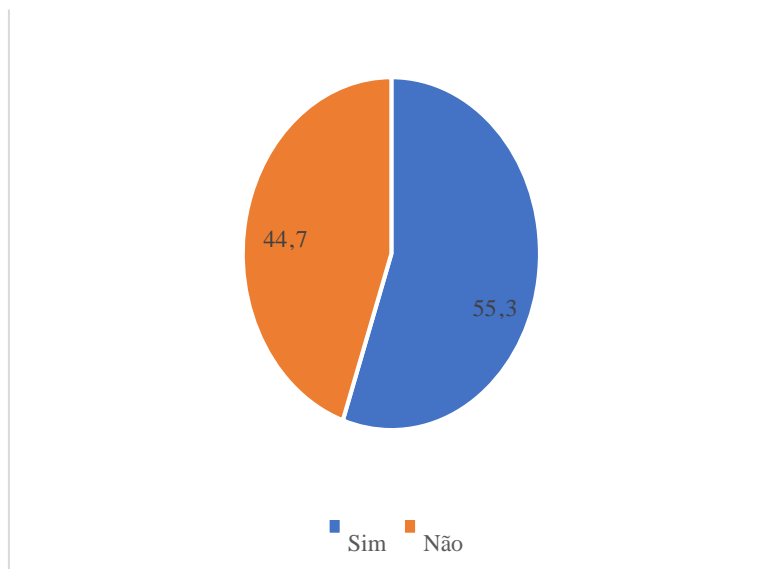


Figura 30 Satisfação dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP relativamente à profissão que exercem

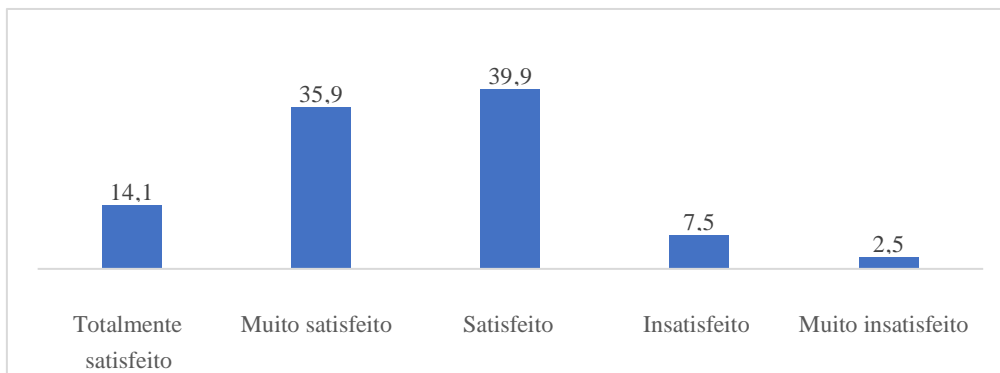


Figura 31 – Satisfação dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP relativamente à unidade onde trabalham

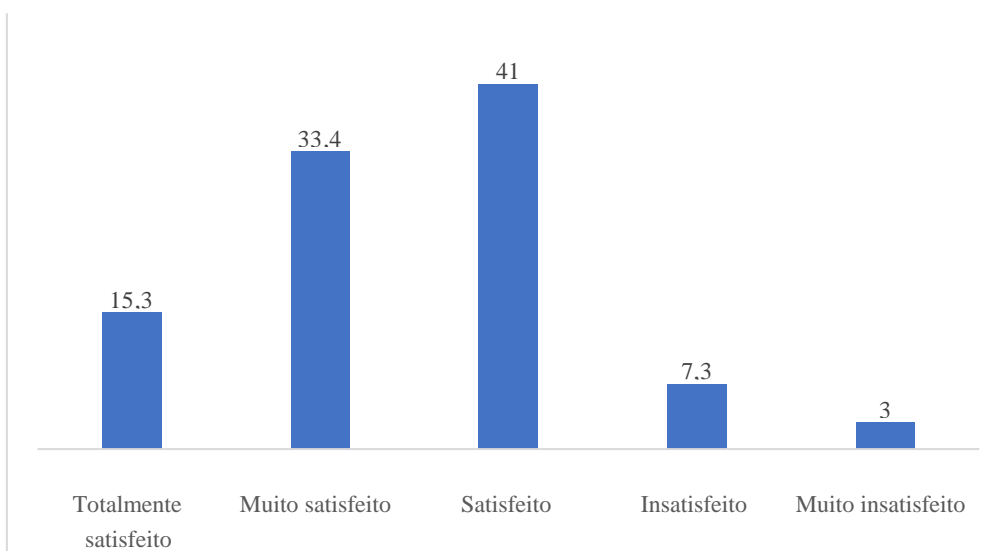


Figura 32 – Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente ao ambiente geral na unidade onde trabalham

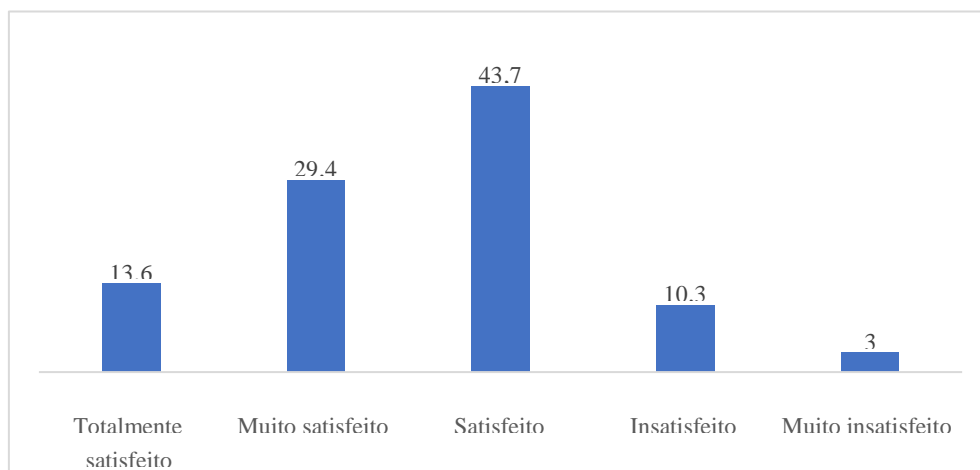


Figura 33 Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente ao coordenador da unidade

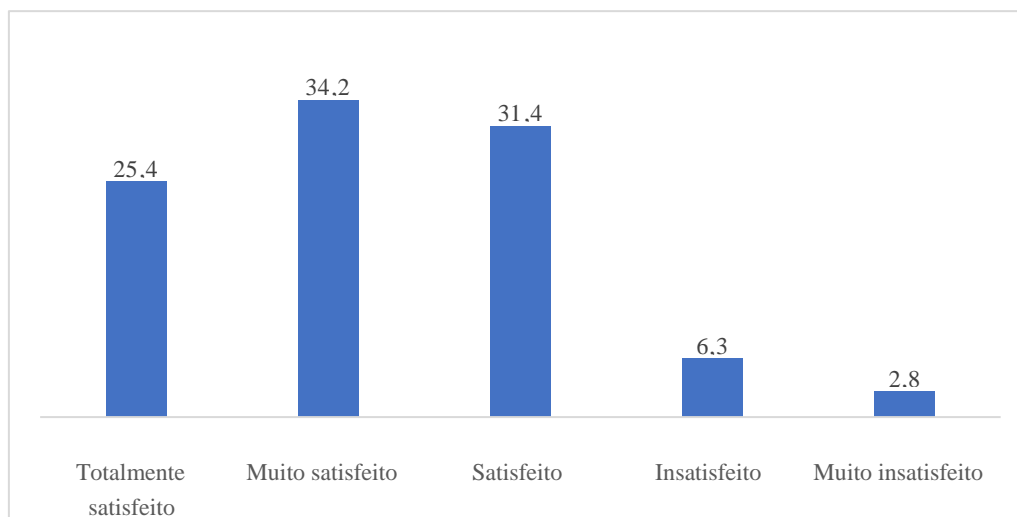


Figura 34 – Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente aos colegas da unidade

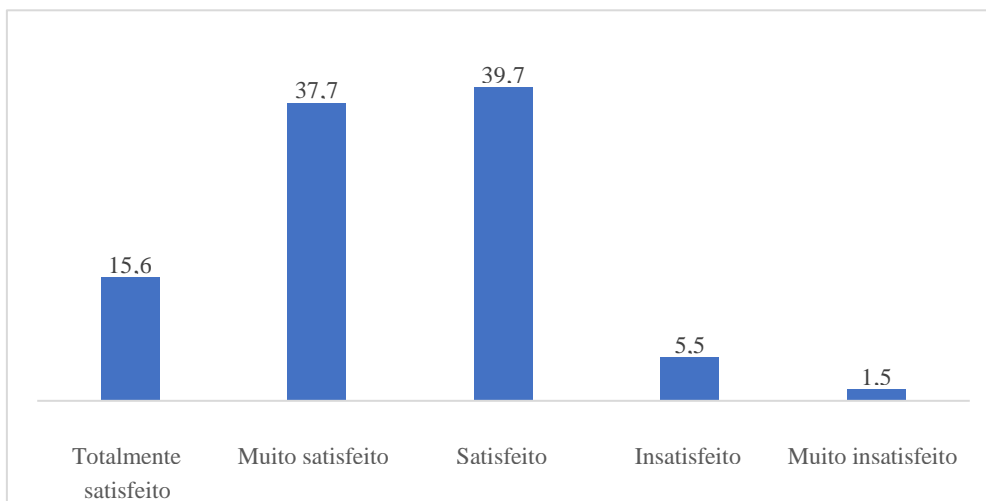


Figura 35 – Satisfação dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP relativamente ao grau de autonomia para exercer a sua atividade

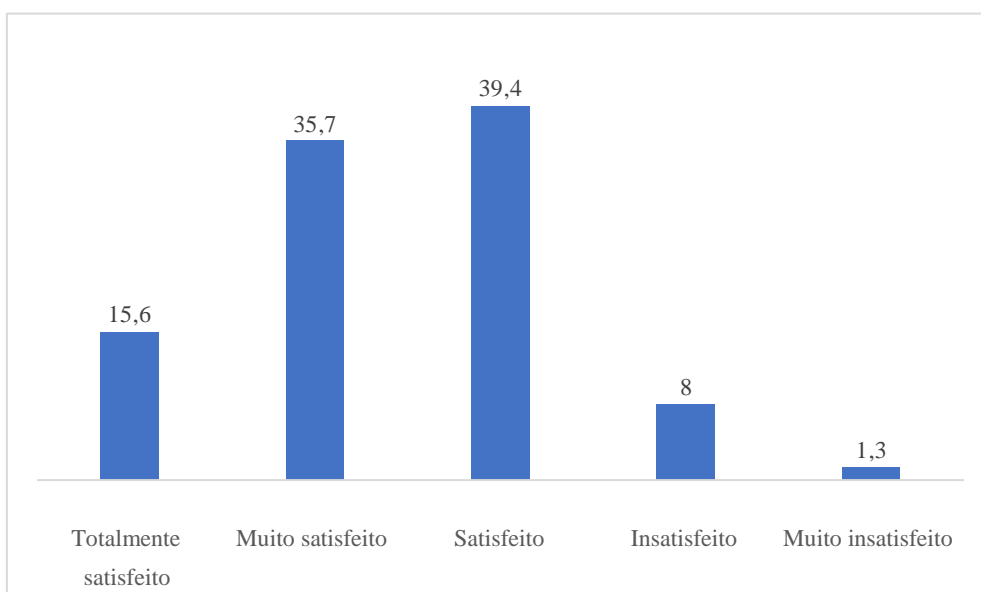


Figura 36 Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente ao vínculo profissional

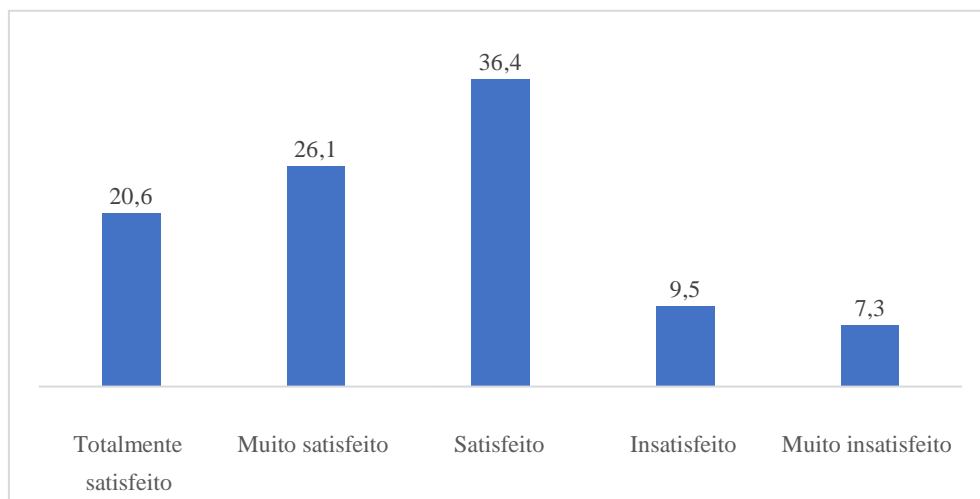


Figura 37 – Satisfação dos assistentes técnicos/secretários clínicos dos CSP relativamente à carga horária

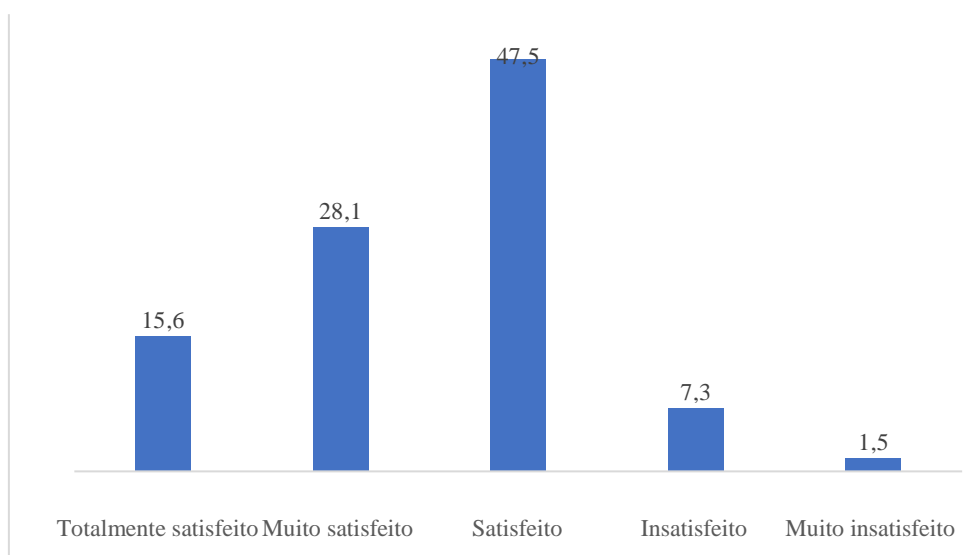


Figura 38 – Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente às atividades que exerce

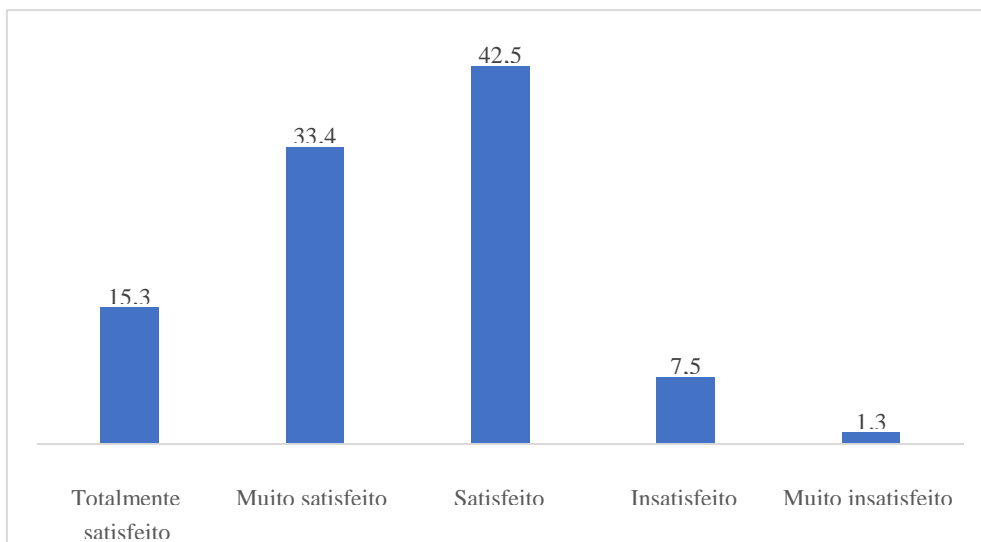


Figura 39 Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente às competências que dispõem para exercer as atividades que são esperadas

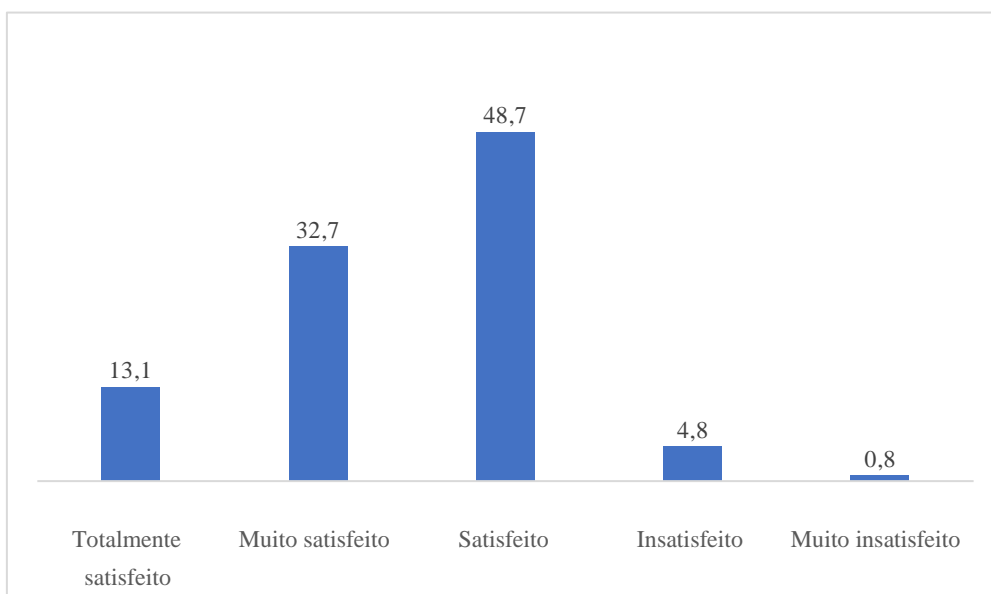


Figura 40 – Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente à formação que dispõem para exercer as atividades que são esperadas

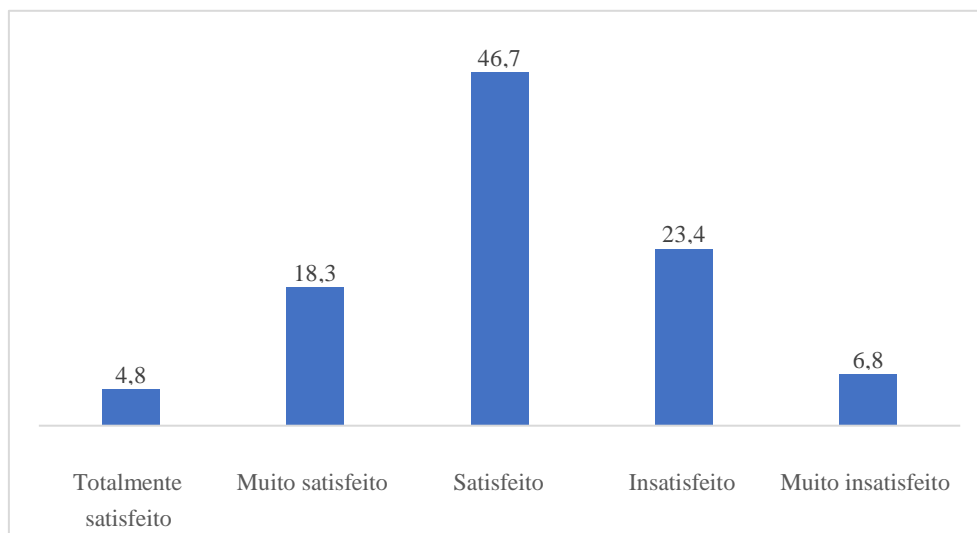


Figura 41 – Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP ao reconhecimento da direção/coordenação quanto ao seu trabalho

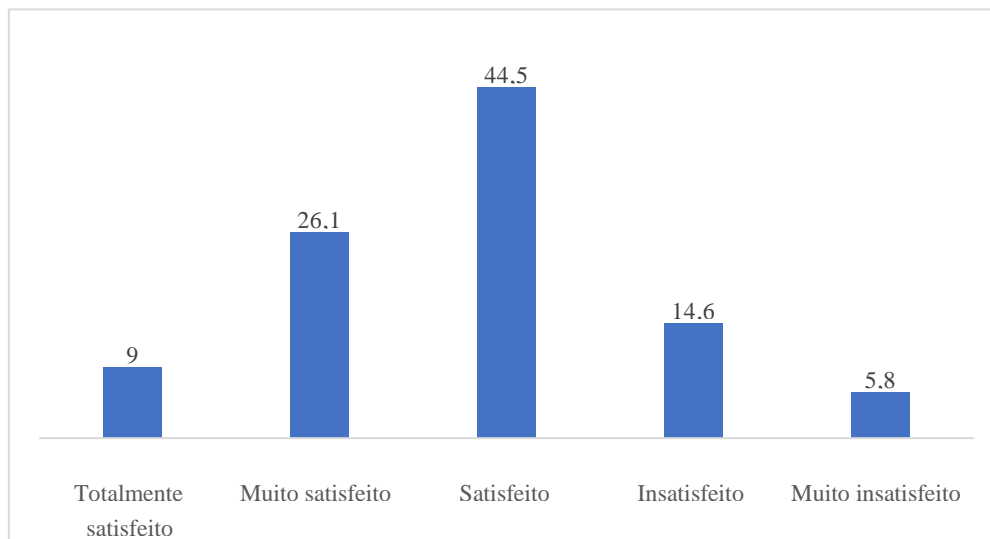


Figura 42 Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente ao reconhecimento dos utentes quanto ao seu trabalho

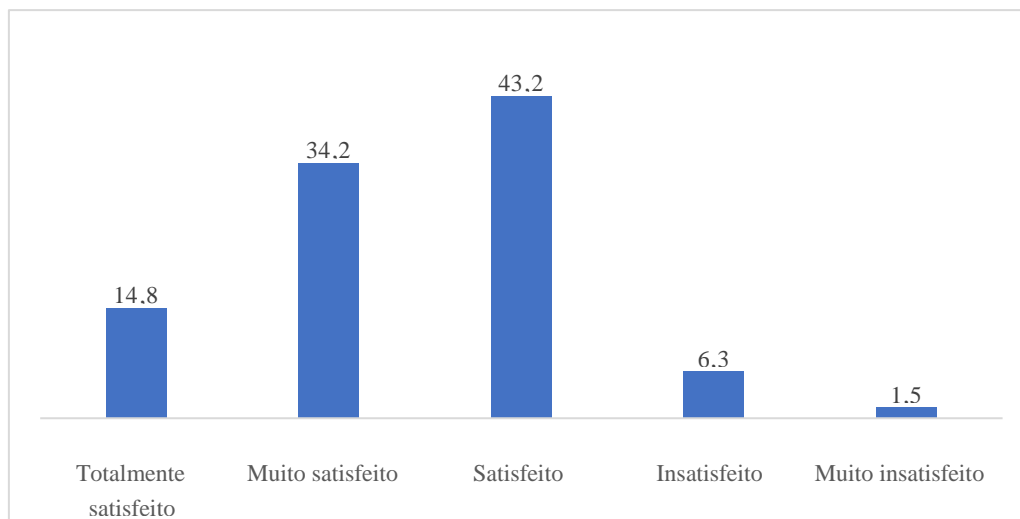
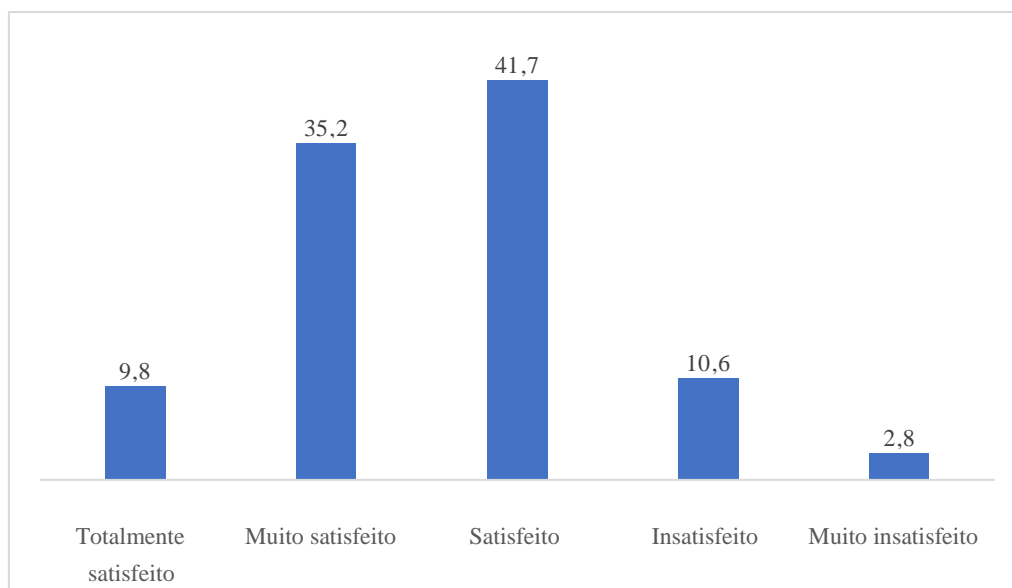


Figura 43 – Satisfação dos assistentes técnicos/ secretários clínicos dos CSP relativamente ao trabalho em equipa na unidade



A satisfação dos AT/SC é em geral elevada para todos os aspetos questionados, com alguma exceção no caso da formação que é disponibilizada pelas ARS/ ACeS.

PARECER DO GRUPO DE TRABALHO PARA A REFORMA DO PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL - PROJETO SAÚDE ORAL EXPERIÊNCIA PILOTO

Exmo. Sr. Coordenador Nacional para a Reforma do SNS

na Área dos Cuidados de Saúde Primários:

Assunto: Parecer do Grupo de Trabalho para a reforma do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Projeto Saúde Oral Experiência Piloto

Este parecer resulta da análise crítica do documento sobre a proposta de reforma do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, subsidiando sugestões para essa mesma reforma. A elaboração deste parecer coube a uma equipa de profissionais (médicos dentistas e higienistas orais) e foi solicitado pela Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados de Saúde Primários.

1. Preâmbulo

A evolução da prestação de cuidados de saúde oral ao nível do Serviço Nacional de Saúde em Portugal passou por várias fases, nos últimos anos. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (Despacho nº 153/2005 – 2ª série) tinha como objectivos a redução da incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes e a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde através da integração de intervenções de promoção, prevenção primária e tratamento, dirigidas a diferentes grupos populacionais.

A partir de 2007, os utentes do SNS beneficiários de programas e projetos públicos, passaram a ter acesso a cuidados de prevenção primária e secundária em consultórios privados, mediante acordos estabelecidos com os prestadores e suportados financeiramente por acordos de contratualização de serviços. Inicialmente por capitação e limitado a um número de indivíduos por Centro de Saúde e, desde 2008 através do “Cheque Dentista”.

Esta estratégia tem vindo a ser alargada progressivamente a outros grupos considerados de risco e a implementação do programa é da responsabilidade dos ACeS – Unidades de Saúde por Higienistas Oraís e equipas de saúde escolar e complementada com a prestação de cuidados de saúde em consultórios privados.

De acordo com os resultados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís e quando comparado com os estudos anteriores, este programa proporcionou uma significativa melhoria do estado dentário da população abrangida sobretudo na dentição definitiva, embora não tenha sido quantificada a redução da prevalência das doenças orais atribuída ao PNPSO. Quando analisada a dentição decídua, apesar de se verificar que aumentou o número de crianças livres de cárie, existem ainda indivíduos que apresentam um nível elevado de doença acumulada.

Na reforma proposta para o PNPSO prevê-se o alargamento da oferta pública de cuidados de medicina dentária nos cuidados de saúde primários através do reforço de médicos dentistas nos Centros de Saúde, num primeiro momento através de experiências piloto em unidades selecionadas. Os utentes a serem abrangidos por este alargamento serão os portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados, inscritos nos ACeS.

2. Fundamentação

A reforma apresentada constitui um alargamento da prestação de cuidados pelo sector público, correspondendo a uma necessidade sentida por todos, profissionais e utentes do SNS, e reflete o esforço de adequação às necessidades das populações, nomeadamente, a prestação de cuidados de maior proximidade e de uma resposta mais completa pelo SNS. A internalização dos médicos dentistas no SNS é uma prerrogativa que poderá colmatar necessidades não satisfeitas e contribuir para um maior acesso das populações mais carenciadas a cuidados básicos de saúde oral. De enaltecer que o Programa privilegia o trabalho organizado em equipas multidisciplinares e multissetoriais e promove a participação activa dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde e a articulação com outros programas, nomeadamente, os Programas de Prevenção e Gestão da Doença Crónica e Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

Neste contexto colocam-se novos desafios e é urgente clarificar aspectos de operacionalização, articulação, integração e avaliação tanto do alargamento ora proposto, como das estratégias anteriormente adoptadas. A reforma apresentada para o PNPSO foi, no entender deste grupo de trabalho, uma oportunidade desaproveitada de efetuar uma reforma de fundo ao programa.

Face à análise do documento “PNPSO – Projeto Saúde Oral Experiência Piloto”, o grupo de trabalho teceu as seguintes considerações:

- Verificam-se diversas incorreções na utilização de termos técnicos e científicos, para além de incorreções de estrutura formal e linguística;
- Ignora-se o trabalho dos médicos dentistas que já exercem funções a nível do SNS, constituindo a sua experiência acumulada ao longo dos anos as “experiências piloto” necessárias para um desenvolvimento informado de um plano consistente e mais sustentável;
- Não se verifica complementaridade entre o trabalho do médico-dentista integrado no Centro de saúde e o trabalho do higienista oral e o modelo organizativo previsto não favorece a articulação entre as profissões;
- Continua a observar-se a não utilização da estratégia de alto-risco para a aplicação de selantes de fissura, correspondendo a uma prática desajustada do que é a melhor evidência científica;

- Considera-se francamente insuficiente a intervenção curativa para a dentição decídua, sendo a presença de cárie nesta dentição, um preditor de risco para a dentição definitiva;
- A Norma parece orientada para os tratamentos dando pouco ênfase à prevenção e promoção de saúde;
- Na reforma proposta para o PNPSO prevê-se o alargamento da oferta pública de cuidados de medicina dentária nos cuidados de saúde primários através do reforço de médicos dentistas nos Centros de Saúde, num primeiro momento através de experiências piloto em unidades selecionadas. No entanto, o documento parece ser uma extensão do PNPSO, quando deveria sugerir a internalização continuada, de forma paulatina, dos tratamentos de saúde oral, realizados por profissionais a admitir nas organizações de saúde do SNS, atuando, sinergicamente, com o PNPSO para colmatar as necessidades da população, em saúde oral. Os utentes a serem abrangidos por este alargamento serão os portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados, inscritos nos ACeS;
- No capítulo gestão operacional é necessário repensar se os indicadores refletem efetivamente o que se quer medir. Verifica-se igualmente uma confusão entre indicadores de processos e resultados: a título de exemplo, é referido a média de tratamentos por utente como indicador de resultado. É apresentada uma tabela com o cálculo dos indicadores que apresenta várias incorreções. O desenvolvimento dos indicadores de avaliação deverá ter em conta que o impacto na alteração da saúde da população apenas será conseguido no médio ou longo prazo.
- Existe uma falta de clarificação da dimensão da população e rácio médico dentista/habitante população com doença crónica e da e da partilha de espaço de gabinete para o médico-dentista e o para o higienista oral
- A validação da experiência piloto em Janeiro de 2017 é precoce, já que apenas estarão decorridos 5 meses de trabalho, desde o seu início.

3. Sugestões:

- Acrescentar uma Comissão Técnico-Científica externa à DGS a nível Central e uma Comissão de Acompanhamento a nível regional, para uma melhor monitorização do processo, onde estejam integrados profissionais de Saúde Oral dos CSP;
- Referenciação - Articulação de cuidados com o hospital (feita pelo médico dentista) e entre os profissionais de saúde oral (médicos dentistas e higienistas orais);
- Reforço da vigilância e triagem, preferencialmente, por higienistas orais, dirigidos especificamente para a deteção precoce de população e que deveria ser efectuada a outros grupos que não só os coortes prioritários;

- Reforçar a capacidade do SNS para progressivamente dar resposta às necessidades da população. Alocação de mais recursos (médicos-dentistas e higienistas orais) garantindo a proximidade e a acessibilidade;
- Rever as experiências de médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde que não foram consideradas;
- Constituição de equipas ou unidades de saúde oral com médicos dentistas, higienistas orais, assistentes de gabinete e apoio administrativo;
- Alargar o cheque-dentista para tratamento dos dentes decíduos;
- Permitir a utilização do cheque-dentista aos 16 e 18 anos mesmo que aos 13 anos não tenham utilizado, podendo ser emitido pelo médico-dentista. Neste caso ficariam assegurados 1 ou 2 tratamentos curativos em vez da obrigatoriedade de tratar todas as cáries existentes, como seria suposto, se tivessem sido utilizados todos os cheques previstos no programa;
- Garantir a execução correta e um melhoramento da emissão dos cheques dentista;
- Estabelecer a aplicação de selantes com base no risco individual, canalizando os recursos financeiros economizados com esta medida para a inclusão de tratamento da dentição decidual;
- Os tempos de consulta, quer de Medicina Dentária, quer de Higiene Oral, devem ser alvo de análise e adequados à tipologia da intervenção e dos utentes. Sem esquecer os recursos técnicos disponibilizados para a atividade assistencial e de acordo com Normas de Boas Práticas existentes.
- Iniciar e promover iniciativas de formação e de educação aos profissionais de saúde de todas as áreas. Utilização dos médicos dentistas e higienistas para formação, consultadoria e referênciação.

Um dos aspectos em que assenta a estratégia proposta implica a referênciação do médico/enfermeiro de saúde familiar. O reconhecimento precoce de problemas orais requer contudo um conhecimento prévio, bem sedimentado, do modo como se avalia e interpreta a progressão da doença, e a sua variabilidade do normal. Quanto mais precoce for este reconhecimento melhor será o prognóstico em termos de ganhos em saúde e a minimização de problemas que decorrem de intervenções desnecessárias e/ou desajustadas. Nesse sentido o programa deve promover a formação de todos os profissionais envolvidos, quer a nível das escolas, na formação pré-graduada, quer em formação contínua, formação essa passível de ser quantificada e avaliada.

- Sistema de informação da saúde oral (SISO)

Todos os membros da equipa de saúde oral devem ter acesso. Criação de um *link* da PDS no SISO. Salvaguardar que o SISO está em perfeita conexão com o *Sclinic* – sem duplicação de registos ou ponderar a possibilidade de o integrar no *Sclinic*.

- Fomentar a articulação dos profissionais de saúde oral com as unidades funcionais do ACeS.

A articulação dos profissionais de saúde oral com as diferentes unidades funcionais dos ACeS (USF, UCSP, UCC e outras) é fundamental no sentido de se desenvolver os programas de saúde oral de uma forma transversal a todos os programas nacionais desenvolvidos no SNS, nomeadamente saúde infantil e juvenil, saúde escolar, saúde do adulto, saúde mental, cuidados continuados e cuidados paliativos. A participação dos profissionais de saúde oral no Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados é um aspeto fundamental no sentido de ser desenvolvido o *empowerment* do indivíduo e autocuidado de saúde oral.

No seguimento das considerações e sugestões constantes neste parecer, e para que seja viável o alargamento deste programa, é essencial dotar o SNS de recursos humanos, nomeadamente, médicos dentistas, higienistas orais, assistentes de gabinete e apoio administrativo, por forma a contemplar todas as vertentes necessárias à execução adequada e sustentada do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, garantindo níveis de equidade, acesso, eficiência e qualidade em saúde.

A proposta de reforma do PNPSO deverá, no entender deste grupo de trabalho, ser objeto de alterações que reflectam as propostas elencadas neste documento.

Lisboa, 20 de Julho de 2016

O grupo de trabalho:

Alexandra Queirós Martins - ARS Norte, IP - ACeS Porto Ocidental

Delmira Regra - ARS LVT, IP – ACeS Arco Ribeirinho

Estela Castro - ARS Norte, IP – ULSAM, EPE- ACeS Alto Minho

José Frias Bulhosa - ARS Centro, IP - ACeS Baixo Vouga

Manuel Nunes - ARS Centro, IP - ULS Castelo Branco

Maria Miguel Bettencourt - ARSLVT, IP - ACeS Sintra

Sandra Ribeiro Graça - Faculdade de Medicina Dentária – U. Lisboa.

AUTONOMIA DAS USF E INCREMENTO DE HORÁRIO NAS USF MODELO B

Art.º 23 do DL n.º 73 / 2017

- Entre a exigência de um direito e o exercício de um dever -

Enquadramento

A conceção das USF tem como um dos princípios basilares da sua afirmação, o exercício de uma autonomia organizacional, funcional e técnica. Tal facto é bem explícito nos artigos 3º, 5º e 13º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei no.º73/2017 de 21 de junho.

Para a assunção e afirmação efetiva desta autonomia, não basta a sua consignação em lei e exigência como um direito, mas obriga a um natural e consistente exercício e desenvolvimento da mesma, assumindo-a como exigência responsável de um dever.

As recentes questões sobre o conteúdo e aplicação do art.º 23 do decreto-lei suprarreferido, horário de trabalho nas USF modelo B, mais do que diferentes interpretações jurídico administrativas, refletem, quer um insuficiente exercício da legítima autonomia das USF, como do seu reconhecimento.

Nessa revisão, o artigo 23.º introduz de forma explícita:

- A necessidade de ajustamento dos horários das USF modelo B às características da lista de utentes;
- A definição da competência do Conselho Geral na aprovação dos horários, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento e a cobertura assistencial, que serão depois submetidos, pelo coordenador, para validação pelo diretor executivo do respetivo ACeS.

A metodologia para este ajustamento está enquadrada em diferentes artigos do presente diploma:

- O n.º 3 do artigo 9.º define uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas (UP) por médico e enfermeiro e o n.º 1 do artigo 34.º de 2474 UP por secretário clínico;
- Os n.ºs 1 do artigo 30.º, n.º 2 do artigo 32.º e n.º 2 do artigo 34.º, estabelecem para médicos, enfermeiros e secretários clínicos que, 1 unidade de contratualização (UC) corresponde a 55 UP, 55 UP e 71 UP, respetivamente;
 - O valor da UC decorre da correspondência lógica, entre a dimensão mínima das listas de utentes por grupo profissional (1917 UP para médicos e enfermeiros e 2747 UP para secretários clínicos) e a respetiva carga horária semanal de base (35h);
 - Assim, cada UC, para qualquer uma das áreas profissionais, deve corresponder a 1h de trabalho no regime base de 35h semanais;
 - Os acréscimos de UC são remunerados de acordo com os artigos 30.º (no 4 e 5), 32.º (no 5) e 34.º (n.º 5), respectivamente para médicos, enfermeiros e secretários clínicos.

Proposta

Decorre do atual enquadramento legal o seguinte:

1

A dimensão ponderada da população afeta à USF, assim como o rácio por profissional e grupo profissional é objeto de contratualização anual e consta obrigatoriamente da carta de compromisso.

2

As USF modelo B devem adaptar as suas cargas horárias semanais, tendo como referência:

- a) Nas USF modelo B, o horário de trabalho tem como base as 35 horas;
- b) Os incrementos ajustados às UC aplicam-se a todos os profissionais, independentemente do regime de trabalho de carreira;
- c) A definição do valor em tempo dos incrementos por profissional e grupo profissional, é aprovada pelo Conselho Geral e devidamente fundamentada tendo em conta:
 - i. O plano de ação, o período de funcionamento da USF, a cobertura assistencial e os objetivos da Carta de Compromisso ajustados à dimensão máxima de lista de utentes;
 - ii. Se o desempenho no ano anterior for inferior a 50% em alguma das Subáreas da Contratualização, o incremento correspondente a cada UC deve aproximar-se do rácio 1 UC = 1 hora.

3

Os incrementos fazem parte da carga horária, pelo que devem ser devidamente estipulados e definidos como tal no horário de cada profissional.

4

No início de cada ano, o Conselho Geral da USF, de acordo com as necessidades próprias para o cumprimento do compromisso assistencial consubstanciado na Carta de Compromisso e com rácio de UP por profissional, referente ao n.º de inscritos em 31 de dezembro do ano anterior, aprova o valor do incremento da carga horária dos médicos, enfermeiros e secretários clínicos assim como os horários dos seus profissionais.

A ata do Conselho Geral com aprovação das cargas horárias e respetiva fundamentação assim como os horários dos profissionais, são submetidos pelo coordenador da unidade para validação pelo Diretor Executivo.

No quadro legal em vigor e dentro das competências organicamente atribuídas devem as respetivas Administrações Regionais de Saúde acompanhar e monitorizar a aplicação/implementação das regras e princípios constantes do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-

Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, em matéria de horário de trabalho e, sempre que tal se mostre necessário, proceder a auditorias específicas.

30 de agosto de 2018

Henrique Botelho

Coordenador Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários

RECOMENDAÇÃO – FASES DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

2019.08.26

DESTINATÁRIOS:

Departamentos de Contratualização das ARS e ULS

ACeS (Diretores Executivos e Conselhos Clínicos e de Saúde) e respectivas Unidades Funcionais

Introdução

A Contratualização Interna deve ser entendida como um processo de melhoria contínua, assente num processo de autoavaliação das partes envolvidas.

A caracterização de cada fase do processo de contratualização, através da utilização de uma *check-ins* de tarefas potencia uma maior apropriação do mesmo, facilita a identificação de não conformidades, e a introdução de medidas corretoras, contribuindo para um melhor desempenho de todos os intervenientes.

Enquadramento legal e normativo

- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e suas alterações/republicações;
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, que o republica - artigos nº 6º, 17º, 18º, 21º e 29º;
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril;
- Despacho 10143/2009, de 16 de abril – artigos n.º 4º, 5.º, 9.º, 10.º e 12.º;
- Portaria nº 212/2017, artigo 5º, pontos 3, 4 e 5;
- Despacho n.º 5803/2019, de 21 de junho;
- Guião para a contratualização no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários 2019 - ACSS
- Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019 - Cuidados de Saúde Primários - ACSS
- Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019 – ACSS.

Fases da Contratualização Interna

São definidas 4 fases:

Preparação

Negociação

Monitorização e Acompanhamento

Avaliação Final

Listagem das atividades a ocorrerem em cada uma das 4 fases, e a serem verificadas pelas UF e pelos ACeS:

1. FASE DE PREPARAÇÃO

1.1 Validar no BI-CSP a caracterização sumária do ACeS e da Unidade Funcional (UF):

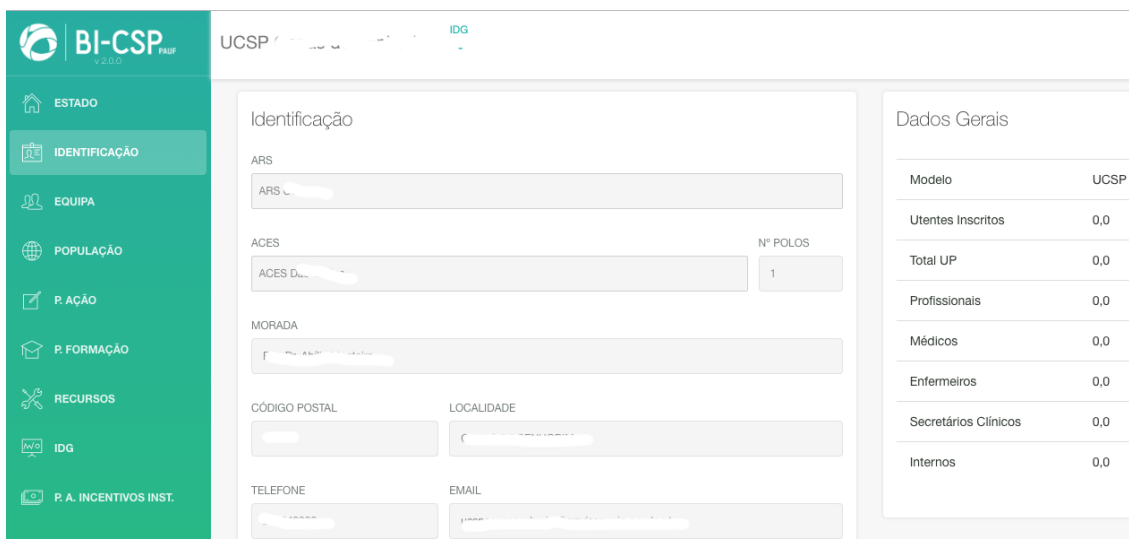
- <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>

- <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

ACeS - Preencher e atualizar os separadores: “Quem Somos”, incluindo endereços e contactos, “ACeS Cidadão” e “Fator X”.

UF – Preencher e atualizar o separador: “Quem Somos”, incluindo endereços e contactos.

Na plataforma “PLANO DE AÇÃO” - <https://fpa.azurewebsites.net/#/identificacao>:



Modelo	UCSP
Utentes Inscritos	0,0
Total UP	0,0
Profissionais	0,0
Médicos	0,0
Enfermeiros	0,0
Secretários Clínicos	0,0
Internos	0,0

- ❖ Preencher e atualizar o separador “IDENTIFICAÇÃO”: “Identificação” (incluir n.º de polos), “Data início de atividade”, “Coordenação”, “Conselho Técnico” e “Horário Funcionamento”;
- ❖ Identificação da “EQUIPA”: Vínculo, Provimento e % ETC de cada profissional, Outros profissionais afetos à UF e Profissionais em formação;
- ❖ O separador “POPULAÇÃO” abrangida (utentes inscritos, unidades ponderadas) é de preenchimento automático. Deve ser analisada a prevalência e incidência das morbilidades mais importantes da população da unidade funcional;
- ❖ Preencher a Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais e a ata da definição dos incrementos (aplicável às USF modelo B).

1.2 Realizar um Balanço do ano (ACeS e UF):

- Análise dos Relatórios de Atividades (ACeS e UF) e dos pareceres dos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS).
- Análise da aplicação do Manual de Articulação.
- Balanço da utilização do Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais (USF e UCSP).

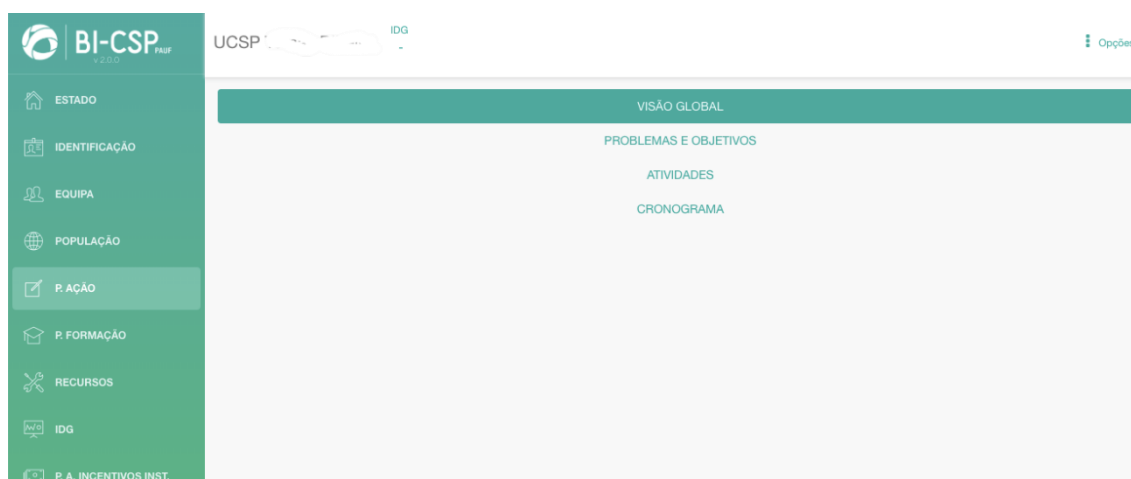
- Validação das atividades específicas (USF de modelo B).
- Revisitação dos horários/cargas de trabalho e, nas USF do modelo B, dos incrementos.

1.3 Revisitar o Plano Regional de Saúde da ARS respetiva, do Plano Local de Saúde do ACeS e dos Planos de Ação das restantes UF do Centro de Saúde.

1.4 Apresentação e divulgação pelo ACeS, em reunião geral de coordenadores e conselhos técnicos:

- Das necessidades em saúde identificadas, para contratualizar como carteiras adicionais.
- Das estratégias prioritárias nas diferentes áreas de governação clínica.

1.5 Revisitação do Plano de Ação da UF, e elaboração da proposta de plano de melhoria e impacto esperado no Índice de Desempenho Global (IDG) - <https://fpa.azurewebsites.net/#/planoacao>



1.6 Assuntos pendentes, novas propostas e definição de calendário negocial (ACeS e UF), independentemente do funcionamento da plataforma “PAUF”.

2. FASE DE NEGOCIAÇÃO (ACeS e UF)


Nesta fase são 3 os objetivos a atingir:

- Apresentação de propostas;
- Negociação com troca de propostas;
- Assinatura e emissão online da Carta de Compromisso, após acordo nos itens seguintes:

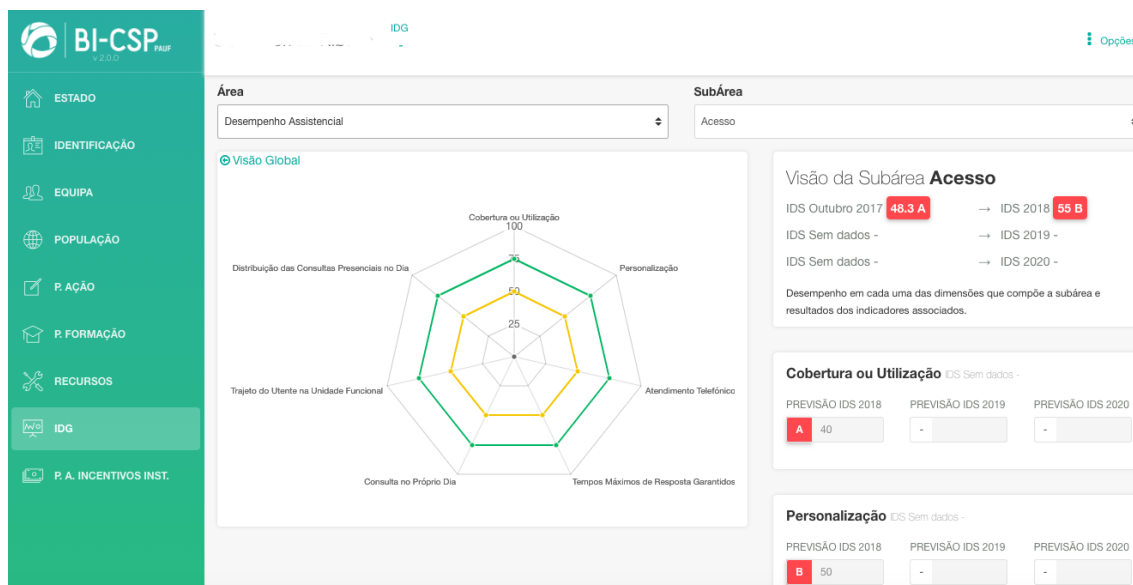
2.1 Revisitação do Plano de Ação (modelo de candidatura a USF, adaptado) onde se inclui:

- Máximo de população a inscrever em unidades ponderadas;
- Eventuais reajustamentos do horário de funcionamento;

- No “Plano de Melhoria / Atividades” incluir:
 - Área Desempenho Assistencial - as várias atividades de melhoria propostas para cada área/subárea/dimensão;
 - Área da “Formação” - as formações planeadas para o ano em causa;
 - Área “Serviços Assistenciais” - inserir eventuais Carteiras Adicionais ou Alargamento de Horário;
 - Área “Serviços Não Assistenciais” introduzir as atividades de governação clínica contratualizadas com o CCS;
 - Área “Qualidade” serão registadas os processos de melhoria contínua contratualizados para a dimensão “Acesso” e dimensão “Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados” – <https://fpa.azurewebsites.net/#/planoacao>



- Resultado esperado do IDG e IDS's - <https://fpa.azurewebsites.net/#/idgplanoacao>



- Plano de Formação - <https://fpa.azurewebsites.net/#/formacao>
- Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais (USF e UCSP) - <https://fpa.azurewebsites.net/#/incentivos>

2.2 Recursos necessários a alocar para cumprir o plano de ação:

2.2.1. Recursos Humanos – Horas extraordinárias ou novos profissionais e cargas horárias alocadas, incluindo aprovação dos horários de trabalho e valor do incremento da carga horária nas USF modelo B.

2.2.2. Investimento nas diversas áreas:

- Equipamento de comunicação;
- Sistema de informação em uso;
- Equipamento clínico;
- Obras;
- Viaturas;
- Outros.

2.2.3. Manutenção nas diversas áreas, incluindo manutenção e calibração de material electro médico, climatização, sistema de informação e edifício.

2.2.4. Fundo de maneiio (artigo 17º do DL das USF – “Podem ser afetos à USF um fundo de maneiio, de montante a contratualizar). Sim / Não? Como é operacionalizado.

2.2.5. Receitas (artigo 17º do DL das USF – (...)) “bem como as receitas previstas no artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, destinadas a projetos específicos contratualizados anualmente ou de acordo com o estabelecido na carta de compromisso.” Sim / Não? Como é operacionalizado.

2.2.6. Manual de Articulação (em papel)

2.2.7. Definição do modelo de acompanhamento.

3. FASE DE MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

- Carregamento *online* de relatório de execução trimestral sobre compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (*Tableau de Bord*);
- Renegociação de objetivos, se necessário;
- Cronograma do acompanhamento;
- Análise de reclamações e não conformidades sinalizadas;
- Análise dos relatórios de acompanhamento da ERA e das medidas corretivas instituídas.

4. FASE DE AVALIAÇÃO FINAL

- Prestação de contas: relatório final de atividades publicado na página web da ARS, e validação das atividades específicas (USF modelo B).
- Reconhecimento público:
 - o Incentivos institucionais (USF e UCSP).
 - o Outras formas de reconhecimento para as demais UF (e.g. financiamento de programas de certificação, formação; etc.).

Cronograma das Fases da Contratualização Interna

1. Preparação – Outubro
2. Negociação – Novembro e Dezembro
3. Monitorização Acompanhamento – Janeiro a Dezembro
4. Avaliação Final - Janeiro

O Coordenador