

Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro
(Diário da República n.º 196, I Série B)

Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários

Proposta de medidas – Oito áreas:

1. Reconfiguração e Autonomia dos Centros de Saúde
2. Implementação de Unidades de Saúde Familiar
3. Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública
4. Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade
5. Implementação de Unidades Locais de Saúde
6. Desenvolvimento dos Recursos Humanos
7. Desenvolvimento do Sistema de Informação
8. Mudança e Desenvolvimento de Competências

Lisboa, Janeiro de 2006

Uma oportunidade histórica

António Correia de Campos

Ministro da Saúde

2

O Programa do XVII Governo Constitucional demonstra a importância que o Executivo atribui aos cuidados de saúde primários (CSP), pilar de sustentação de todo o sistema de saúde. As unidades de saúde familiar (USF) que se pretendem criar, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que é o Centro de Saúde, constituem a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) tem entre mãos uma tarefa complexa: criar os instrumentos legais e operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos CSP e, ao mesmo tempo, acompanhar o desenvolvimento desta nova metodologia de organização dos cuidados. No presente documento descrevem-se as oito áreas prioritárias de intervenção para este projecto, a saber:

Reconfiguração e Autonomia dos Centros de Saúde – Os Centros de Saúde ganham, no novo modelo, um grau de autonomia de gestão que é efectivamente novo no contexto nacional. Os cidadãos terão a possibilidade de influenciar as linhas de orientação das actividades do Centro de Saúde, uma inovação que nos coloca na linha da frente entre os países mais desenvolvidos.

Implementação de Unidades de Saúde Familiar – As Unidades de Saúde Familiar (USF) são o desenvolvimento lógico do projecto de Regime Remuneratório Experimental, iniciado em 1998, e que todas as avaliações efectuadas demonstram ser um dos caminhos a seguir. Constituindo uma das incontornáveis linhas de contacto do cidadão com o sistema de saúde, as USF são peças centrais do novo modelo.

Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública – O nível civilizacional de um povo pode ser medido pela qualidade dos seus serviços de Saúde Pública. Pretende-se dar um novo impulso a esta área, reforçando a sua componente de intervenção e dotando-a de instrumentos que permitam ampliar a sua efectividade para segurança dos cidadãos.

Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade – É importante concretizar acções assentes no conceito da comunidade como espaço de intervenção do sistema de saúde. O desenvolvimento dos cuidados continuados reveste-se de tal importância que é objecto de um programa próprio. A acção da MCSP complementa harmoniosamente este plano de acção, através de intervenções junto da comunidade, particularmente dos grupos sociais mais vulneráveis ou mais isolados.

Implementação de Unidades Locais de Saúde – Constituindo uma visão alternativa da organização dos cuidados, as Unidades Locais de Saúde (ULS) continuarão a ser de-

envolvidas e testadas, no sentido de dotar o País de formas diferentes de organização e prestação de cuidados de saúde que possam ser avaliadas e comparadas. Deste trabalho resultarão sistemas organizacionais mais justos e eficientes.

Desenvolvimentos dos Recursos Humanos – Os recursos humanos na área da saúde em Portugal caracterizam-se hoje por marcado enviesamento hospitalar. Existe, por outro lado, um défice pesadíssimo de recursos humanos no âmbito dos CSP que importa inverter. O presente programa propõe medidas corajosas nesse sentido, valorizando objectivamente a opção pela actividade profissional neste contexto.

Desenvolvimento do Sistema de Informação – Não é possível gerir convenientemente o que quer que seja sem informação precisa, pertinente e em tempo útil. Apesar de todo o esforço desenvolvido na última década, os CSP continuam marcadamente deficitários em termos de sistemas de informação adequados à sua realidade. Será realizado um esforço muito significativo no sentido de dotar todos os intervenientes no processo, dos actores directos na prestação de cuidados de saúde até aos gestores de topo do sistema, dos instrumentos adequados às suas necessidades objectivas de informação.

Mudança e Desenvolvimento de Competências – A sustentabilidade de um sistema assenta, entre outros factores, na motivação, competência técnica e capacidade de desenvolvimento profissional dos seus actores. É imprescindível assegurar que os profissionais que abracem o novo modelo de organização de cuidados de saúde tenham à sua disposição condições de formação profissional que lhes permitam enfrentar desafios com confiança, segurança e satisfação.

Este é, em resumo, um plano de acção abrangente e ambicioso. O seu sucesso pode e, na verdade, deve, mudar o rosto dos CSP em Portugal. A complexidade da tarefa, estou seguro, constituirá tão somente um aliciante adicional para os membros da Missão. Estou igualmente convicto de que os profissionais de saúde exercendo a sua actividade nos CSP saberão interpretar este esforço como uma extraordinária oportunidade que todos temos, cada um individualmente e em conjunto, de fazer história na prestação de cuidados de saúde aos portugueses.

Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*

Os centros de saúde (CS) são a base institucional dos cuidados de saúde primários (CSP) e o *pilar central de todo o sistema de saúde*. Constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população.

A concretização técnica do Programa do XVII Governo Constitucional para os CSP abrange um conjunto de áreas e medidas, tais como: reconfiguração organizacional dos CS, com ênfase em pequenas *unidades de saúde familiar*; autonomia progressiva dos CS e desenvolvimento da *gestão pela qualidade* nos CSP; reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública; criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados; melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares; modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS; política adequada de recursos humanos, incluindo atracção de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores; sistemas adequados de informação clínica e para a gestão; integração dos sectores cooperativo, social e privado/convenicionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população; sintonização de todas as acções com o Plano Nacional de Saúde.

O Grupo Técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril, assume que a **reforma dos cuidados de saúde primários** tem como **finalidade** contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: melhores cuidados e melhor saúde.

Esta reorganização deve respeitar os **princípios e valores da boa governação**:

* Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril e Despacho n.º 10942/2005 do Ministro da Saúde, de 21 de Abril:

- Maria Regina Carlos (Coordenadora)
- Ana Cristina Garcia
- António Gomes Branco
- Cristina André Correia
- José Marques Robalo
- Maria Inês Guerreiro
- Rui Monteiro
- Vítor Ramos

Grupo de Apoio Técnico Complementar e Consultivo:

- Alcindo Maciel Barbosa
- Maria Cândida Madeira
- João Nunes Rodrigues
- Jorge Silva
- José Luís Biscaia
- José Mendes Nunes
- Maria da Luz Pereira
- Maria Germana Carvalho
- Rui Lourenço

- centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; inclusiva de vontades e saberes;
- transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível;
- observando um quadro ético de responsabilidade social.

Foram identificados como **critérios de sucesso**:

- existência de uma liderança técnica reconhecida;
- poder político com efectiva capacidade executiva nos seus diferentes órgãos (centrais, regionais e locais);
- investimento adequado e integrado aos principais objectivos estratégicos;
- informatização do sistema de informação, garantindo a monitorização do processo.

Lisboa, 15 de Junho de 2005

Nota introdutória

Luís Augusto Pisco*

6

Os governos procuram cada vez mais organizar os sistemas de saúde de maneira a melhorar a equidade, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos. Nos últimos anos tem sido reconhecido e aceite o papel determinante que os Cuidados de Saúde Primários podem ter para ajudar a atingir estes objectivos.

Um relatório da Organização Mundial de Saúde, de Janeiro de 2004, conclui que a evidência disponível confirma que sistemas de saúde fortemente orientados para os cuidados primários obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores a um mais baixo custo.

O Programa do XVII Governo Constitucional, na área da saúde, dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários, reconhecendo o seu papel de pilar central do sistema de saúde e a sua importância na ligação ao utente, por ser o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde.

Por resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro (Diário da República nº 196, I Série B) foi criada na dependência directa do Ministro da Saúde a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

O Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, no seu documento *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*, estabeleceu as orientações estratégicas para a reforma em curso. Este documento esteve em apreciação pública e foram recebidas até 15 de Setembro múltiplas contribuições individuais e institucionais (o resumo encontra-se na página Web da MCSP).

Coube à MCSP incorporar no texto do Grupo Técnico as contribuições pertinentes e reformular realisticamente o cronograma, adaptando-o. É este documento, revisado e adaptado, que passa a constituir o guião para as alterações que serão introduzidas nos cuidados de saúde primários nos próximos meses e que será amplamente divulgado.

Um desafio maior do que a formulação de estratégias é a sua implementação. Transformar estratégia em acção é agora a grande aposta e aquilo que se exige à MCSP. Estamos cientes de que a execução desta estratégia é uma tarefa complexa e difícil e que muitos vaticinam uma elevada possibilidade de insucesso.

*Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Grandes realizações são sempre o resultado do trabalho de equipas. E nós constituímos uma equipa motivada, com habilidade e capacidade de ser forte em condições de grande stress e mudança. Estas pessoas vão promover, dinamizar e apoiar este processo de mudança. Esta equipa tem pessoas com capacidade e credibilidade para auxiliar os profissionais de saúde que o queiram a formar com êxito as unidades de saúde familiar que todos desejamos.

Podemos ser guiados por uma visão, valores claros e um plano estratégico perfeito, mas aquilo que se faz a cada momento não pode ser previamente escrito, não pode ser previamente delineado. Vamos todos ter que responder conforme os acontecimentos vão ocorrendo.

A reforma dos cuidados de saúde primários tem de ser olhada pelos profissionais de saúde e pelos cidadãos como uma oportunidade de melhoria e não como uma ameaça.

Liderar grandes mudanças organizacionais implica reconfigurar de forma radical uma complexa teia de pessoas, tarefas e instituições. A primeira etapa deste percurso que agora iniciamos é ganhar o maior número de intervenientes, que queiram alterar de forma significativa o modo como trabalham e se organizam nos Centros de Saúde, que queiram mais autonomia e responsabilidade, que queiram trabalhar em equipa e que gostem de ver o seu esforço e o seu desempenho valorizados e recompensados.

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro; Despacho n.º 24766/2005 do Ministro da Saúde, de 26 de Outubro; Despacho n.º 26369/2005 do Ministro da Saúde, de 21 de Novembro de 2005) é constituída pelos seguintes elementos:

- Luís Augusto Pisco (Coordenador)
- Armando Brito de Sá
- Carlos Alberto Nunes
- Cristina André Correia
- Horácio Mendes Covita
- João Moura dos Reis
- João Nunes Rodrigues
- José Luís Nunes
- José Miguel Fragoeiro
- Maria do Carmo Ferreira
- Maria Manuela Branco da Silva

Os responsáveis pelos **Grupos de Apoio Regional** são:

- Alentejo – Arquimínio Eliseu
- Algarve – Lurdes Guerreiro
- Centro – António Jorge Barroso
- Lisboa e Vale do Tejo – Regina Sequeira Carlos
- Norte – Henrique Botelho

Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários

8

1. Reconfiguração e Autonomia dos Centros de saúde

1.1 Reconfiguração dos centros de saúde

A reconfiguração dos centros de saúde (CS) deve assentar nos conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo da sua existência de 34 anos (1971-2005). Para além desta aprendizagem é também importante analisar as razões da não aplicação do Decreto-Lei 157/99, de 10 de Maio, nomeadamente o facto de ter sido dada, erradamente, precedência à questão dos órgãos de administração. Deveremos, também, compreender a resiliência sistémica que permitiu atenuar os temidos efeitos do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

Nesta longa e, por vezes, tormentosa aprendizagem, foi possível identificar alguns princípios que se vêm revelando fundamentais para a modernização dos CS como o «coração» do SNS e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde. De entre esses princípios destacam-se os seguintes: orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização; melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação.

- A.** A estrutura organizacional dos centros de saúde deve assentar em pequenas unidades operacionais (artigo 10º do DL n.º 157/99), por exemplo, unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados continuados (UCC) e serviços de saúde pública locais (SSPL) entre outros, sendo a figura da USF critério base de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde a uma determinada população, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próximo dos cidadãos. Esta autonomia pode variar em função do seu grau de desenvolvimento.
- B.** A reconfiguração dos CS deve observar suficiente flexibilidade organizativa para acautelar a diversidade de situações no país.
- C.** Deverá prever-se um período de transição entre a situação actual dos CS e o estágio de autonomia de gestão dos CS.
- D.** No período de transição, e até disporem de personalidade jurídica, a organização interna dos CS, os objectivos gerais, as atribuições, o âmbito de actuação e o seu funcionamento, entre outros, devem constar de um regulamento interno, aprovado por despacho dos conselhos de administração das administrações regionais de saúde (ARS), sob proposta da direcção dos CS e ouvidos os profissionais.
- E.** Este regulamento, cuja elaboração deve orientar-se pelo «regulamento tipo» a produzir pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), terá um carácter transitório, vigorando até o CS ser dotado de personalidade jurídica e dispor dos meios para lhe ser atribuída autonomia administrativa e financeira.
- F.** A actividade dos CS deverá reger-se por compromissos assumidos no âmbito de

um processo de contratualização liderado por agências de contratualização. Esta contratualização deve pautar-se pelo rigor e responsabilização, abrangendo as diferentes dimensões da actividade assistencial, e incluir aspectos de adequação às necessidades de saúde, de acessibilidade, de qualidade e de eficiência.

G. No âmbito da contratualização devem ser ensaiadas e avaliadas formas de financiamento, de modo a colher informação que permita definir um modelo justo de financiar os cuidados de saúde primários (CSP).

H. Para otimizar a gestão, os CS devem abranger áreas com uma dimensão geodemográfica que permita vigilância e gestão epidemiológica para a maioria dos fenómenos de saúde-doença. Na definição destas áreas devem ainda ser considerados outros critérios, como a densidade populacional, o índice de dependência de idosos e a acessibilidade geográfica ao hospital de apoio.

I. Para atingir a dimensão geodemográfica adequada, tendo em conta o referido no ponto anterior, podem ser constituídos grupos dos actuais CS.

J. O agrupamento de CS, para fins de gestão, não prejudica a identidade e nomes dos actuais CS.

K. No período de transição, a direcção dos CS deve competir a um órgão colegial, composto por um médico especialista dos cuidados de saúde primários que preside (Director) e dois vogais, um enfermeiro e um funcionário da carreira administrativa, nomeados no espírito do preconizado nos pontos 6 e 7 do artigo n.º 56, do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

L. Até à criação de condições para se aplicar a totalidade do conteúdo da Subsecção II («Direcção Técnica e Conselho Técnico»), do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, devem as direcções dos CS fomentar a existência de uma hierarquia técnico-científica para assegurar a organização, a prestação, a articulação e a qualidade dos cuidados de saúde.

Medidas:

1. Até 31 de Março de 2006 deverá ser elaborado, pela MCSP, o regulamento interno tipo, referido no nº3 do Artigo 56º, do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.
2. A questão da direcção dos CS deve ser simplificada o mais possível, garantindo uma capacidade operativa efectiva.
3. As direcções dos CS deverão ser nomeadas com base em *cartas de missão*, além de:
 - 3.1. Os directores e restantes membros da direcção dos CS devem, obrigatoriamente, frequentar formação teórico-prática ao longo das suas funções, baseada em *estudos de caso* e dirigida à resolução de problemas concretos da gestão dos CS, com um mínimo anual de 60 horas.
 - 3.2. A formação deve ser delineada e supervisionada pela MCSP e executada com recurso a entidades idóneas com competência em gestão de saúde, nomeadamente universidades, institutos politécnicos e empresas reconhecidas.

das, sob responsabilidade directa dos Conselhos de Administração (CA) das ARS.

4. Até 31 de Dezembro de 2006 todos os CS terão iniciado o processo de reconfiguração, segundo os princípios atrás enunciados.
5. Até 31 de Dezembro de 2006 pelo menos 20% (72) dos CS actuais estarão reconfigurados.

1.2. Autonomia gestonária dos centros de saúde

Apesar de a própria Constituição prever que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tenha uma gestão descentralizada e participada, na prática esse objectivo nunca foi conseguido.

Existe, sim, uma administração fortemente centralizada (centralismo delegado nas ARS e estas nos coordenadores das sub-regiões de saúde (SRS) e hiperburocratizada, que cerceia a capacidade de inovar, fomenta a desconfiança no sistema e, inevitavelmente, faz crescer a desmotivação e a desresponsabilização a todos os níveis.

Os CS continuam sem qualquer tipo de autonomia administrativa e financeira, sem uma hierarquia técnica e sem instrumentos que lhes possibilitem praticar uma cultura de contractualização interna e de participação dos diversos actores, desde profissionais, autarquias, utentes, fundações, entre outros.

Os órgãos de direcção de um CS (como de qualquer organização moderna e avançada) devem existir para apoiar os profissionais na concretização da sua missão.

Não se pode esperar que esta pirâmide hierárquica e verticalizada interprete e aplique de moto próprio a reforma dos CSP.

A. A atribuição de personalidade jurídica e de autonomia gestonária aos CS deve resultar da motivação e mobilização dos profissionais. Implica, necessariamente, a reorganização dos serviços, a transferência de competências e de recursos das SRS e a contratação de outros recursos, em função de necessidades específicas.

B. Às lideranças dos CS cabe encontrar as melhores soluções organizativas e gestonárias, com competência técnica, autonomia e responsabilização pela utilização mais efectiva e eficiente dos recursos.

C. Os CS devem ter órgãos de gestão próprios com apoio técnico e logístico dos recursos existentes nas actuais SRS, ou seja, segundo o n.º 1 e n.º 2, do artigo 58.º do DL n.º 157/ /99, devem as ARS organizar serviços de apoio técnico comum a grupos de CS e ULS, segundo o princípio da economia de meios, para a prestação do apoio técnico indispensável ao desempenho eficiente das atribuições dos CS.

D. Cumpridas as exigências essenciais ao normal funcionamento do CS, a sua criação, bem como a definição da respectiva área geodemográfica, fazem-se por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta dos conselhos de administração das ARS, e ao abrigo dos dispositivos legais para a reforma dos CSP. Essa portaria delegará nos presidentes das ARS a nomeação dos órgãos de gestão dos Centros de Saúde.

Medidas:

1. Até 31 de Março de 2007 deverá ser publicada a futura lei dos CS. Esta deve ter as características de uma lei-quadro que permita a organização de serviços, de acordo com as características e necessidades específicas da comunidade.
2. A atribuição de autonomia aos CS deve ser gradual e deverá estar concluída no prazo máximo de três anos.
3. Para preparar a autonomia dos CS cabe às ARS reorganizarem os serviços sub-regionais para apoiar o processo de transferência de recursos e de competências, como estipulado no Artigo 58º, do DL nº 157/98, de 10 de Maio.
4. No desenvolvimento da reestruturação dos CS alguns dos recursos dos serviços sub-regionais deverão ser reorganizados na função de apoio técnico e logístico aos CS (serviços de apoio técnico comum) em áreas como, por exemplo, jurídica, obras, contabilidade, informática e prestações indirectas.

1.3. Contratualização e avaliação

As experiências de contratualização com CS, iniciadas em 1996/97 com as agências de contratualização de serviços de saúde, limitaram-se aos primeiros passos de explicitação de produção relacionada com recursos e à identificação de alguns indicadores de desempenho. As diminutas equipas e os fracos meios destas agências, bem como a inexistência de autonomia dos CS, fizeram que este processo nunca passasse de um exercício inicial. Os indispensáveis passos do acompanhamento, da avaliação e da aplicação de consequências (recompensas ou penalizações) nunca chegaram a ser dados de modo completo. Torna-se urgente sair da acomodação e do conforto disfuncional do actual modelo de gestão dos CSP e evoluir para um processo de contratualização efectiva. É indispensável que as agências de contratualização, cuja intervenção se deve estender a todos os níveis de cuidados, incluam um sector vocacionado especificamente para a contratualização no âmbito dos CSP.

Medidas:

1. Até 30 de Junho de 2006 a MCSP, em colaboração com as agências de contratualização, deverá elaborar e publicar os termos de referência para a contratualização entre as ARS e os CS e as USF, tendo em conta a experiência e os conhecimentos já existentes.
2. Até final de 2006 deverão ser instaladas as agências de contratualização a um nível de escala populacional (1 a 1,2 milhões de habitantes) que permita realizar, ao longo de cada ano, todas as fases do processo de contratualização. Alguns dos recursos (pessoal, instalações e equipamentos) dos serviços sub-regionais poderão ser reorientados para as agências de contratualização.
3. Até 31 de Dezembro de 2006 todos os CS deverão constituir centros de custo, quer para os serviços gerais quer por USF, e terem o seu processo de contratua-

lização para 2007 concluído.

4. Para as USF entretanto constituídas e implementadas, e até à atribuição de autonomia aos CS, o processo de contratualização interna deverá ter início em sede da agência, com participação da equipa regional de apoio à reforma dos CSP. Esta contratualização deve orientar-se pelos princípios e métodos previstos no Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, referentes aos *centros de responsabilidade integrados* (CRI), nomeadamente no que se refere ao sistema de incentivos.
5. Os termos de referência para contratualização com os CS e as USF devem contemplar um envelope financeiro para apoio a um programa de melhoria contínua da qualidade organizacional, tendo por base os resultados de avaliação do *MoniQuOr.CS* e o Plano Nacional de Saúde e variando em função desses resultados.
6. Para o ano de 2007 cada ARS, em colaboração com o IQS, deverá instituir um programa de melhoria contínua da qualidade, tendo por base os resultados da avaliação do *MoniQuOr.CS*. e abrangendo pelo menos todos os Centros de Saúde que cumpram menos de 50% dos critérios.

1.4. Participação dos utentes e da comunidade

Implementar uma participação efectiva dos cidadãos e da comunidade nos CS e nas estruturas de contratualização do SNS equivale a dar um passo decisivo no sentido da repropriedade pela sociedade do seu SNS, enquanto dispositivo colectivo, generoso e solidário, de protecção e de coesão social. As iniciativas recentes de institucionalizar e dar força às associações e organizações de utentes vão também neste sentido.

A reactivação dos conselhos consultivos dos CS e a criação de ligas de amigos são exemplos práticos para concretizar esta participação. A nível Europeu registam-se movimentos e progressos neste processo de participação e de empoderamento («empowerment») dos cidadãos nos sistemas de saúde, com especial incidência na área dos CSP.

Deve ser revista a legislação das comissões concelhias de saúde e, em especial, a dos conselhos regionais de saúde que, sobretudo por erros graves de concepção, nunca tiveram qualquer utilidade prática, apesar dos meios envolvidos. As associações de utentes devem ser ouvidas periodicamente.

Medidas:

1. Até ao final de 2006 cada CS deve dispor de um *concelho consultivo* (artigo 28º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio) cuja composição flexível deve abarcar a participação de agentes e parceiros interessados em apoiar e contribuir para o bom funcionamento dos serviços.
2. Os CS devem acolher, estimular e apoiar a formação de *ligas de amigos*, que poderão organizar diversas actividades de cariz cívico e de voluntariado, consonantes com a missão do CS.

3. Deverão ser estimuladas e avaliadas novas formas de participação dos cidadãos e da comunidade nos CS: *grupos de auto-ajuda e de ajuda mútua, grupos de voluntários, ligas de amigos dos CS*, entre outros.

1.5 Gabinete do cidadão e sistema de gestão de utentes

O princípio da centralidade do cidadão tem no Gabinete do Cidadão e no sistema integrado de gestão de utentes/clientes os instrumentos para a sua aplicação em variadas dimensões. O Gabinete do Cidadão é um órgão fulcral do CS. Para além de ter as funções do actual gabinete do utente, este novo Gabinete deve facilitar a comunicação entre o CS, enquanto instituição pública, e os cidadãos/comunidade, e dar apoio logístico ao Conselho Consultivo do CS. Também é nele que devem ficar descentralizadas, a partir de uma plataforma comum de âmbito nacional, as operações relacionadas com a gestão de utentes/clientes a nível local.

A centralidade do cidadão e as preocupações e principais atribuições do Gabinete do Cidadão incluem, entre outros, os seguintes aspectos:

- *zelar pela equidade no acesso e na utilização de cuidados e discriminar positivamente os cidadãos e as famílias com necessidades especiais;*
- *apoiar o exercício efectivo de direitos e deveres dos cidadãos no domínio da saúde e do sistema de saúde;*
- *facilitar e gerir o exercício da liberdade/possibilidades de escolha, com regras justas;*
- *incentivar e facilitar a participação dos cidadãos na melhoria contínua da organização e do funcionamento dos CS;*
- *incentivar e facilitar a participação organizada dos cidadãos e da comunidade na contractualização local de serviços de saúde, tendo em conta os recursos disponíveis;*
- *incentivar e facilitar a participação organizada dos cidadãos e da comunidade na protecção e promoção da sua própria saúde;*
- *incluir indicadores de desempenho e acessibilidade dos CS na informação a disponibilizar ao público.*

Medidas:

1. Todos os CS reconfigurados devem ter um Gabinete do Cidadão (GC), considerado como um órgão nuclear do CS, com um conjunto de atribuições e tarefas coerentemente interligadas com todo o funcionamento do CS.
2. O GC deve ser dotado de uma equipa com várias competências de âmbito social, administrativo e de gestão, a funcionar junto da direcção do CS e sob sua orientação e supervisão directa.
3. O GC deve ser divulgado amplamente na comunidade como o instrumento operativo essencial da centralidade do cidadão nos CS.
4. O GC deve acompanhar e interagir com um sistema integrado de gestão de utentes.

1.6. Racionalização dos cuidados na doença aguda/urgência nos cuidados de saúde primários

Fosse por ausência de estratégia, fosse para satisfazer interesses pouco transparentes e externos à coesão do sistema de saúde, a realidade é que os SAP e afins (SASU, CATUS, SADU, entre outros) tiveram, no decurso dos últimos anos, um crescimento exponencial. Eram 64 em 1985, 230 em 1996, e ignora-se quantos são em 2005.

A sua existência deve-se mais às falhas de resposta nos serviços e locais adequados do que à resposta correcta às necessidades das populações e a uma utilização racional dos recursos humanos e materiais. Ao invés de se intervir a montante, onde os problemas surgiam e as soluções tardavam, a opção emergência quase sempre na linha do facilitismo e da resposta imediata a qualquer preço. Por outro lado, e numa espiral contínua de crescimento, estes serviços foram progressivamente retirando profissionais das suas actividades regulares, prejudicando o normal funcionamento das unidades de saúde. Contribuíram para a redução da actividade normal, programada e personalizada, agravada, em muitas situações, pelo inerente direito a folgas compensatórias, oneraram o SNS em horas extraordinárias e representam um esforço acrescido que não é compensado para efeitos de aposentação dos profissionais.

No limite, contribuíram para que se estabelecesse alguma confusão entre assistência «urgente» e conceitos tão diversos como «acessibilidade», «intersubstituição em equipa», «recurso» e «atendimento em horas incómodas». Não negligenciando o papel de alguns destes serviços quanto à disponibilidade de uma maior acessibilidade, bem como às diferentes respostas e enquadramentos, relativos ao litoral-urbano e ao interior-rural, os SAP têm vindo a contribuir para pulverizar recursos já de si escassos. Em grande número de casos têm objectivamente concorrido para desorganizar os serviços de proximidade, afastar os utentes da relação privilegiada com o seu médico de família, diluir problemas e registos por vários médicos e serviços, confundindo estratégias de investigação e tratamento, esbatendo responsabilidades, diminuindo a efectividade do atendimento e medicalizando desnecessariamente grande número de problemas, aumentando a iatrogenia e os custos.

O desafio consistirá em promover a acessibilidade do utente ao seu médico de família/USF, responder eficaz e capazmente às situações de urgência (e emergência em meios isolados) e construir, de acordo com as especificidades de cada local, respostas integradas para o atendimento em horas incómodas.

Medidas:

1. Até 31 de Março de 2006 todos os SAP e afins deverão ser avaliados pelas direcções dos CS, sob orientação das ARS e em colaboração com a MCSP e o Grupo de Trabalho do MS para a reestruturação dos Serviços de Urgência.
2. Em simultâneo deverão os CS elaborar um plano que contemple, dentro das suas possibilidades e recursos, a recentragem do atendimento, programado ou não, na actividade regular de cada médico de família.

3. Todas as situações de doença aguda/urgência dos CSP deverão ser assumidas pelas USF que se venham a constituir, durante o horário contratualizado para o seu funcionamento, em complementaridade com as Unidades Básicas de Urgência ou outras estruturas equivalentes.
4. Grande parte da realidade rural, pela sua interioridade e isolamento, tem de ser observada segundo uma perspectiva ajustada. A busca de soluções deverá ser alvo dum tratamento diferenciado e, sempre que possível, numa lógica de proximidade.
5. O Sistema Integrado de Urgência/Emergência deve incluir, enquanto «portas de emergência», as unidades de CSP não abrangidas, em tempo útil, pela cobertura disponibilizada pelo INEM.
6. Nestas unidades, convenientemente equipadas, deverão ser obrigatoriamente desenvolvidos programas de formação e treino que permitam a todos os profissionais médicos e de enfermagem a aquisição de competências específicas em Suporte Básico e Avançado de Vida e Trauma.

2. Implementação de Unidades de Saúde Familiar

2.1. Implementação de unidades de saúde familiar

Nos países em que a medicina geral e familiar está mais avançada assiste-se à progressiva redução da «solo practice» e à formação de grupos e de equipas («group practices» e «family health teams») como resposta aos complexos desafios que se colocam actualmente aos CSP.

A experiência portuguesa dos últimos 30 anos conduziu à conceptualização das USF enquanto modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde pessoal e familiar. Baseiam-se na medicina geral e familiar, disciplina com cerca de 20 anos de tradição no país, e na enfermagem de família, área prática e disciplina emergente que terá um impulso decisivo com a nova organização dos CSP.

As USF devem, assim, ser consideradas as unidades elementares da vertente de prestação de cuidados individuais e familiares dos CSP.

- A.** As USF devem obedecer a um conjunto de características independente do modelo de gestão e da sua natureza jurídico-funcional:
- equipas multiprofissionais auto-organizadas (equipa nuclear e alargada), potenciando as aptidões e competências de cada profissional;
 - sistema de informação (gestão do utente, administrativa, clínica e de desempenho);
 - autonomia organizativa, funcional e técnica com estatuto semelhante aos CRI desenvolvido no DL n.º 374/99, de 18 de Setembro, mantendo contudo a sua dependência hierárquica resultante das suas carreiras de origem, em termos disciplinares e de avaliação de desempenho;
 - sistema retributivo misto (base/carreira e capitação ajustada) para todos os profissionais que premeie a igualdade de acesso, o desempenho individual e colectivo para

- a eficácia e eficiência, e a qualidade do sistema;
 - outros incentivos que tenham como objectivo apoiar e estimular o desempenho colectivo dos profissionais da USF, tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos, dos quais, uma parte, para reinvestimento na própria USF;
 - contratualização baseada numa carteira de serviços básica e adicional (opcional);
 - existência de um acordo de intersubstituição que garanta, nos dias úteis, atendimento no próprio dia aos utentes de qualquer das listas dos MF que procurem ajuda;
 - existência de uma hierarquia técnico-científica para garantir a qualidade do serviço, indicada pela equipa;
 - integração em rede com as outras unidades no CS.
- B.** Um projecto de USF deve incluir:
- constituição de equipa multiprofissional, com indicação do coordenador;
 - população abrangida;
 - compromissos relativos aos objectivos de desenvolvimento:
 - a. carteira de serviços;
 - b. modelo de acessibilidade;
 - c. plano de actividades com definição e quantificação de metas e objectivos a atingir, designadamente nas áreas de acessibilidade, continuidade, efectividade e produtividade;
 - d. plano de formação contínua de todos os profissionais;
 - e. horário de funcionamento;
 - regulamento interno da USF;
 - carta de qualidade da USF;
 - articulação com as outras unidades do CS;
 - sistemas de informação (*hardware* e *software*);
 - instalações e equipamentos (incluindo projecto de investimento, se necessário).
- C.** A USF tem por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes, incluindo os cuidadores informais. Esta responsabilidade focaliza-se de modo especial num grupo de cidadãos que, em geral, **varia entre 4.000 e 14.000 utentes**. Estes limites são apenas indicativos, podendo ser ultrapassados em função de circunstâncias geodemográficas ou dos recursos disponíveis.
- D.** A dimensão mínima e máxima das USF terá em conta o número de utentes a dar cobertura, traduzidos em unidades ponderadas, a carteira básica de serviços e a **contratualização da carteira de serviços adicionais** (ex. intervenção na comunidade, alargamento da cobertura horária, internamento, saúde oral, psicologia clínica, entre outros).
- E.** A **evolução das USF** deverá ser organizada em **cinco patamares** ou níveis de desenvolvimento. A classificação de uma USF num dado nível será determinada por cumprimento de critérios, em três áreas de diferenciação:

- grau de autonomia funcional e técnica;
- diferenciação do modelo retributivo e de incentivos;
- modelo de financiamento.

Os **dois primeiros níveis** ou estádios correspondem, na prática, a fases de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar. São fases indispensáveis nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Além disso, haverá a introdução da contratualização da carteira adicional de serviços e da capitação ponderada das listas dos médicos, no nível 2.

A partir do **3.º nível** será possível aplicar a modalidade retributiva especial para os médicos e o sistema de incentivos para todos os profissionais, sensível ao desempenho e qualidade, a definir em diploma próprio (que substituirá e alargará definitivamente o Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio).

O **4º nível** será a contratualização do orçamento-programa com a agência de contratualização para uma USF estatal.

No **5º nível** só são admissíveis contratualizações externas com entidades/USF de propriedade ou com gestão não pública (cooperativas, convenção, ou outras).

F. A melhoria contínua da qualidade pressupõe a adopção de uma cultura e prática regulares de avaliação e a consequente utilização de objectivos e de indicadores. A USF deve estar preparada para monitorizar o progresso (identificar pontos fortes e pontos fracos) e rever processos (estabelecer e implementar novos planos de melhoria).

G. A avaliação deverá integrar as seguintes modalidades: auto-avaliação, hetero-avaliação e avaliação externa, inserida no desenvolvimento do sistema de avaliação Mo-niQuOr.CS e na implementação de um sistema de acreditação de USF e de CS, sob responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

H. O **sistema retributivo e de incentivos** deve ter como objectivo apoiar e estimular o desempenho individual e colectivo dos profissionais da USF, tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos. Constituem modalidades de incentivos: melhoria das condições de trabalho; participação em acções de formação; apoio à investigação; prémios de desempenho, de acordo com o regulamento interno elaborado pelos profissionais das USF.

Medidas:

1. Até 31 de Janeiro de 2006 deverão ser publicadas, sob a forma de «Despacho Normativo», as orientações normativas que determinam os procedimentos necessários à implementação das USF.
2. Até 31 de Janeiro de 2006 deverá ter sido elaborada, pela MCSP, a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em cinco níveis de desenvolvimento.

3. Até 31 de Março de 2006 deverão ter sido elaborados, pela MCSF, o sistema retributivo e o sistema de incentivos das USF.
4. Até 31 de Dezembro de 2006 implementar, pelo menos, 100 USF.
5. Até 31 de Dezembro de 2007 implementar, pelo menos, 200 USF, para cumprir o objectivo definido no Programa do XVII Governo Constitucional (cerca de dois milhões de cidadãos abrangidos).

2.2 Sistema retributivo especial ou regime de organização e remuneração especial (RORE) de uma USF

Desde a criação do regime remuneratório experimental (RRE), em Maio de 1998, a DGS, em colaboração com vários parceiros, efectuou três avaliações (2000, 2001 e 2004) sobre a evolução da implementação do regime e avaliação dos seus resultados, com o objectivo de permitir ao poder político a tomada de uma decisão definitiva sobre o modelo. Passados quase sete anos após o início de actividade do primeiro grupo RRE, mantém-se a indefinição quanto ao futuro deste regime.

Parece não haver dúvidas de que o modelo de organização e gestão de uma USF, com um sistema retributivo misto (remuneração base, capitação e pagamento por actos ou procedimentos, individualmente e ao grupo) sensível às diferenças de desempenho, apresenta melhores indicadores de acessibilidade, de efectividade e de eficiência, com maior satisfação dos profissionais envolvidos e dos utentes, e custos menores, quer em medicamentos, quer em meios complementares de diagnóstico e terapêuticos.

Medidas:

1. A partir de 1 de Janeiro de 2006 prorrogação do DL n° 117/98, de 5 de Maio, por um período máximo de seis meses.
2. Até 30 de Junho de 2006 deverá ser publicado diploma legal que consagre o sistema retributivo especial para os médicos e o sistema de incentivos para todos os profissionais que integram as USF.
3. Após a publicação do diploma referido no ponto anterior, o regime remuneratório experimental (RRE, DL n° 117/98) passa a estar enquadrado legalmente pelo novo diploma.
4. Até 31 de Dezembro de 2006 implementar em, pelo menos, 100 USF, o novo sistema retributivo especial referido no ponto n° 1.
5. Até 31 de Março de 2007 deverá ser publicado diploma legal que consagre o sistema retributivo especial para todos os profissionais que integram as USF.

2.3 Abertura de USF à iniciativa dos sectores médico cooperativo, social e privado/convencionado

Cabe ao Estado, por imperativo constitucional, fomentar e proteger o sector cooperativo.

Estipula, ainda, a Lei de Bases da Saúde (Base XXXVI) a possibilidade de unidades de saúde de serem geridas por grupos de médicos em regime de convenção. Tais possibilidades começaram a ser trabalhadas em 1999 (USF-Convencionada) e 2001 (USF-Cooperativa), tendo sido interrompidas pelos ciclos políticos. Estas modalidades podem contribuir para a modernização da própria administração pública na Saúde, criando modelos comparativos em que organizações ligeiras se contrapõem às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas. Todavia, é imperioso que essa abertura de USF à iniciativa dos diversos sectores se faça em regime experimental a ser monitorizado e avaliado, além de dever estar condicionado por quotas máximas definidas por região.

Medida:

1. Até 31 de Dezembro de 2006 publicar os dispositivos legais e diplomas experimentais (à semelhança do RRE) para a abertura de USF à iniciativa dos sectores cooperativo, social e privado/convencionado.

2.4. Ponderação das listas de utentes (capitação ajustada)

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. A falta de médicos de família (MF) é uma realidade, existindo cerca de setecentos mil portugueses sem MF.*

B. *As medidas que se desenham no quadro da reforma/modernização dos CSP e da prática da medicina geral e familiar (MGF) em particular, apontam todas elas para a necessidade dum raciocínio organizacional e estratégico tomando por base, entre vários parâmetros, o conceito de capitação ajustada.*

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. Por outro lado, a aplicação, desde já, do conceito de lista de utentes por unidades ponderadas, com repercussão retributiva, associada a um alargamento voluntário das listas, permitirá diminuir, a curto prazo, o número de cidadãos sem MF.*

Medidas:

1. Até 31 de Março de 2006 publicar diploma normativo que defina os critérios e coeficientes conducentes ao cálculo da dimensão das listas de utentes por capitação ajustada (unidades ponderadas), iniciando-se o processo pelas USF e generalizando a todos os CS.
2. Os critérios e coeficientes definidos no número anterior serão elaborados tendo em conta indicadores estimativos sobre a quantidade de trabalho induzida pelas necessidades em saúde dos seus elementos e suas condicionantes geodemográficas.
3. Para a constituição duma lista de utentes será fixado um limite mínimo de unida-

des ponderadas, salvaguardando-se as situações pontuais de pequenas unidades de saúde para as quais haja necessidade de flexibilizar esse valor.

4. O valor de unidades ponderadas a que se refere o número anterior deverá corresponder, por simulação para uma lista-padrão representativa da realidade nacional, a cerca de 1.500 utentes.
5. Deverá ser possibilitado o alargamento voluntário de lista de utentes até um limite previamente determinado, ao qual corresponderá uma compensação retributiva a definir com base na experiência acumulada dos RRE.

2.5 Orientações para instalações, equipamentos e imagem das USF

A reorganização funcional dos actuais CS, com implementação das USF, implica que a adaptação, aquisição, aluguer ou construção de novos espaços para USF, devem ter em conta princípios e orientações nacionais, fundamentalmente a acessibilidade dos cidadãos aos diversos serviços da USF, o conforto, humanização e funcionalidade do espaço, uma imagem agradável e uma organização interna assente no trabalho em equipas nuclear e alargada; prevê-se, também, espaço próprio para formação de profissionais nas suas diferentes fases, além de salas de apoio técnico e apoio geral, não só tendo em conta a equipa multidisciplinar de que é composta, como a população que vier a servir.

Deve, também, ser garantido a necessária flexibilidade para se adequar às diferentes realidades loco-regionais (geodemográficas, urbanísticas, necessidades em saúde, recursos existentes, opções gestionárias e/ou outras).

Medidas:

1. Até 31 de Janeiro de 2006, em colaboração com as ARS, fazer o levantamento a nível nacional das novas instalações em construção/conclusão para CSP e elaborar instruções para que o seu funcionamento seja prioritariamente assegurado por futuras USF.
2. Até 28 de Fevereiro de 2006 elaboração de um documento orientador para a «Organização dos Espaços das USF», por um grupo técnico com representantes das ARS, DGIES, DGS, Ordem dos Arquitectos, ANM e MCSP, a ser criado oficialmente pela Secretária de Estado Adjunta e da Saúde.
3. Até 31 de Março de 2006 criação da imagem e logótipo para as USF.

3. Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública

3.1. Reorganização dos serviços de saúde pública a nível local

A reforma dos CSP passa pela reestruturação e reforço da vertente da Saúde Pública (SP) mais próxima das comunidades. Vocacionada para diagnosticar, monitorizar, vigiar e intervir sobre os factores que determinam e condicionam a saúde das populações, a saúde pública

moderna exige, hoje, uma acção multidisciplinar muito diferenciada, que só é possível com a existência de equipas pluricompetentes, coesas, dotadas de equipamentos específicos e com acesso fácil aos dados e informação relevantes em SP.

A nível local, a actuação específica dos serviços de saúde pública deverá ser sustentada pelo reforço do exercício em áreas como a identificação de necessidades de saúde, a monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes, a avaliação do impacto sobre a saúde das várias intervenções, a investigação e vigilância epidemiológicas, bem como a gestão e supervisão técnica de programas e projectos de intervenção no âmbito da promoção e protecção da saúde da população.

O cumprimento das referidas funções, com a efectividade e eficiência desejadas, obriga à reestruturação dos serviços de saúde pública de nível local, o que deverá passar, sempre que necessário, pela concentração dos recursos humanos, técnicos e tecnológicos que agora se encontram dispersos pelos actuais centros de saúde. Só deste modo se abrangerá uma população com dimensão adequada para proporcionar massa crítica de significado epidemiológico e se obterá uma gestão da informação e do conhecimento compatível com a qualidade desejada a uma intervenção em Saúde.

- A.** Os serviços de saúde pública locais (SSPL) devem ser reestruturados de forma a proporcionar a utilização de instrumentos epidemiológicos essenciais ao cumprimento das suas funções. Para tal, pode ser necessário adequar a dimensão da população abrangida por cada um.
- B.** Nesse contexto, os SSPL devem organizar-se de acordo com critérios geodemográficos, de modo a que cada SSPL abranja entre cem a duzentos mil habitantes.
- C.** A organização dos SSPL poderá implicar a concentração dos recursos humanos e materiais dos actuais serviços de saúde pública que abrangem áreas com dimensão populacional inferior a 100.000 pessoas, devendo ser salvaguardada a necessária adequação às especificidades geodemográficas, designadamente a muito baixa ou a grande concentração populacional.
- D.** Uma das áreas de reestruturação específicas dos SSPL diz respeito à sua diferenciação como observatório local de saúde da respectiva área de abrangência.
- E.** A heterogeneidade nacional, designadamente geográfica, demográfica e de cultura organizacional, recomenda o seguimento de experiências implementadas em ambientes diversos, com a finalidade última de aprimorar o modelo de reestruturação dos SSPL. Estes deverão conciliar a uniformidade adequada ao cumprimento das funções e à utilização dos instrumentos metodológicos específicos da Saúde Pública com a flexibilidade necessária à organização de equipas de trabalho adaptadas à sua realidade.
- F.** Idealmente a organização dos SSPL deverá acompanhar os demais processos de reconfiguração dos centros de saúde, nomeadamente a implementação das USF.

Medidas:

- I.** Até 31 de Dezembro de 2006 organizar pelo menos um SSPL por região de saúde

de que cumpra os requisitos atrás enunciados e que se articulem entre si e com os Centros Regionais de Saúde Pública.

2. Dotar os SSPL dos recursos humanos, técnicos e logísticos que propiciem a reorganização dos seus conteúdos funcionais, à medida que se forem reorganizando conforme referido na medida 1. Cada SSPL deverá assentar numa equipa multiprofissional específica, constituída, no mínimo, por médicos de saúde pública (um por cada 15.000 habitantes), técnicos de higiene e saúde ambiental (um por cada 15.000 habitantes), enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária (um por cada 25.000 habitantes) e administrativos (um por cada 25.000 habitantes). É desejável que todos os Centros Regionais de Saúde Pública sejam dotados de engenheiros sanitaristas, bio-estatísticos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, sociólogos e juristas que possam prestar apoio aos novos SSPL.
3. A MCSP deverá acompanhar a criação e desenvolvimento dos SSPL de forma a identificar, com base na experiência, as condições organizativas e instrumentais favorecedoras da reestruturação. A heterogeneidade nacional, designadamente geográfica, demográfica e de cultura organizacional, recomenda o acompanhamento de experiências implementadas em ambientes diversos, com a finalidade última de aprimorar o modelo de reestruturação. Este deverá conciliar a uniformidade adequada ao cumprimento das funções e à utilização dos instrumentos metodológicos específicos da saúde pública com a flexibilidade necessária à organização de equipas de trabalho adaptadas à sua realidade. O acompanhamento dos serviços de referência deverá, também, funcionar como mecanismo facilitador local do processo de reestruturação.
4. Reforçar o papel dos SSPL na monitorização do estado de saúde da população, dos determinantes da saúde, do desenvolvimento de projectos e programas, bem como no acompanhamento da reforma dos cuidados de saúde primários em curso.

3.2 Revisão dos suportes legislativos que enquadram o exercício e a organização dos serviços de saúde pública em Portugal

A defesa global e nacional da saúde da população (particularmente em situações de emergência) e os compromissos internacionais em termos de Saúde Pública, obrigam a que os serviços de saúde pública sejam organizados por níveis do sistema de saúde e se mantenham articulados entre si, de molde a partilharem atempadamente a informação e as estratégias indispensáveis ao controle dos factores que possam pôr em perigo a saúde das comunidades humanas. A reorganização dos SSPL tem, assim, de estar perfeitamente enquadrada na reestruturação dos serviços de saúde pública a todos os níveis do sistema de saúde.

Medidas:

1. Até 31 de Março de 2006 inventariar as disposições legais que restringem o exercício do médico de saúde pública e o afastam do seu perfil técnico e das funções

com impacto directo na saúde das populações (tarefas de índole individual, de fiscalização social que é vocação de outros ministérios ou outras tarefas avulsas, frequente e unilateralmente decididas por organismos exteriores à Saúde).

2. Iniciar o processo de revisão dos suportes legislativos que enquadram o exercício e a organização dos serviços de saúde pública em Portugal, tendo em conta a adequação da prática às competências específicas dos profissionais e de forma a potenciar a articulação dos serviços de saúde pública aos diversos níveis do sistema de saúde. Este processo, ao implicar alterações mais ou menos profundas num vasto quadro legislativo, impõe uma clara definição de prioridades e dificilmente poderá estar concluído antes do final do ano de 2006. Assim, devem ser identificados claramente os cinco principais constrangimentos (por consenso alargado) para que até ao final do ano de 2006 os mesmos tenham sido corrigidos.

3.3 Revisão dos suportes legislativos que enquadram o exercício da Autoridade de Saúde e reforço do seu papel

Medidas:

1. Inventariação de todas as disposições legais em que intervêm as Autoridades de Saúde, tendo como ponto de partida o trabalho desenvolvido nesta área pelas Coordenações do Internato Complementar de Saúde Pública (entre outros). Esta legislação, como é sabido, é muitíssimo vasta, está em muitos casos completamente desactualizada e desajustada da realidade actual e é frequentemente contraditória. Deve ser criado, até ao final de 2006, um Código da Autoridade de Saúde, o qual deverá constituir a base de trabalho das Autoridades de Saúde em termos de suporte legal da sua actividade.
2. O apoio jurídico e judicial às Autoridades de Saúde é essencial para garantir o efectivo exercício daquele poder. Este apoio deve ser garantido pelo Ministério da Saúde a todas as Autoridades de Saúde, de uma forma inequívoca. Até ao final de 2006 deverá ser publicada a legislação necessária para este efeito.
3. As funções de Autoridade de Saúde devem ser devidamente valorizadas e prestigiadas, sob o risco de, não o sendo, se perder uma boa parte da eficácia da sua actuação e se tornar cada vez menos atractivo o seu exercício. Até final de 2006 devem ser equacionados os mecanismos necessários para concretizar essa valorização, sob a forma de alterações legislativas e introdução de incentivos ao exercício daquelas funções.

4. Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade

4.1. Reorganização geral das equipas funcionais com intervenção na comunidade

A missão do CS implica que parte substancial da sua actividade seja concretizada na co-

munidade que serve. Estas intervenções incluem quer as dirigidas ao indivíduo/família, designadamente as orientadas para a resolução ou palição de problemas concretos, quer as dirigidas a grupos populacionais e/ou ambientes específicos, numa perspectiva de promoção e protecção da saúde das populações. Tradicionalmente, grande parte das actividades realizadas na comunidade encontra-se organizada em programas ou projectos de intervenção, sendo executadas por profissionais organizados em equipas. Cada CS deverá, pois, organizar equipas multiprofissionais destinadas a intervir na comunidade, tanto numa perspectiva individual ou familiar – equipas de cuidados continuados e paliativos, equipas de apoio psico-social, entre outras – como numa perspectiva de base populacional – saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, entre outras.

Independentemente da forma que se desenvolve a intervenção na comunidade, ela deverá acontecer de uma forma integrada, para que a organização dos recursos dirigidos às necessidades identificadas e sentidas como importantes pela população seja criadora de um sinergismo de acção, ao contrário do que acontece com as acções isoladas, sem multiplicação de efeitos.

As equipas serão constituídas pelos profissionais do CS que, de acordo com o seu perfil técnico e competências, melhor se adequam à especificidade de cada área de intervenção, organizando-se em geometria variável consoante as necessidades e recursos disponíveis.

A ideia essencial é que o CS passe a ser configurado, também, como um centro de recursos de intervenção na comunidade, de forma directa, pela execução dos programas e projectos de intervenção, e indirecta, pelo apoio que internamente darão às USF. A maior parte dos recursos e equipas atrás referidos já existem e têm tradição nos actuais CS. Trata-se, agora, de lhes proporcionar uma melhor organização e uma visão estratégica integrada e motivadora.

Todas estas actividades devem inspirar-se e guiar-se pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Medidas:

1. Incluir no processo de reconfiguração dos centros de saúde, desde o seu início, a organização de equipas funcionais multiprofissionais, constituídas caso a caso de acordo com a dimensão populacional e as necessidades específicas, e responsáveis por programas e projectos de intervenção na comunidade (por exemplo, cuidados continuados e paliativos, projectos com forte componente de apoio psico-social, saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, outros projectos de intervenção comunitária com forte componente de promoção da saúde, entre outros).
2. Até 30 de Junho de 2006 deverão estar inventariados pelos CS e ARS todos os projectos já existentes nestas áreas.
3. Acompanhar o desenvolvimento dos projectos em curso e estimular a criação de novas equipas, com base na experiência proporcionada pelas já existentes. A heterogeneidade nacional recomenda o seguimento de experiências implementadas em ambientes diversos, com a finalidade última de aprimorar o modelo de reorganização.

- Garantir os recursos necessários à implementação do Plano Nacional de Saúde, em particular na concretização das estratégias definidas para os programas prioritários.

4.2 Incentivo aos cuidados de saúde no domicílio

Vários estudos têm revelado deficiências na prestação de cuidados médicos no domicílio e grande variabilidade local, quer no número de horas assistenciais atribuídas para este fim, quer na respectiva utilização. A experiência dos grupos RRE mostra melhores indicadores a esse nível, a que não é estranho o facto de os cuidados médicos domiciliários serem objecto de pagamento específico.

Por outro lado, nem sempre a prestação de cuidados de saúde tem sido feita nas melhores condições de trabalho, confrontando-se, diariamente, os profissionais que desenvolvem esta actividade com dificuldades de ordem logística em contexto de grande risco e penosidade.

Medidas:

- Uma USF deverá contratualizar, fazendo parte do sistema de incentivos para todos os profissionais, o programa de apoio domiciliário aos seus utentes.
- Em parceria com as Autarquias, dotar as USF/CS de recursos logísticos e de materiais adequados às necessidades da população, para garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade no domicílio (equipamentos adequados, meios de transporte, meios de comunicação, entre outros).

4.3. Implementação da componente de cuidados continuados

A prestação de cuidados continuados, ou cuidados de média e de longa duração, ultrapassa largamente o âmbito restrito do sector da saúde e implica o envolvimento de outras áreas, designadamente de apoio social. As proporções relativas da componente saúde e da componente de apoio social podem variar muito, consoante as situações concretas de cada paciente. Por isso é necessário garantir, da parte do sector da saúde, uma estrutura organizacional de prestação e de coordenação da componente «cuidados de saúde». Parece ser vantajoso que esta estrutura assente em equipas multiprofissionais de cuidados continuados sediados nos CS. Em cada circunscrição geográfica (definida por escala populacional, especificidades da população, povoamento e racionalidade de meios) deve ser organizada uma equipa coordenadora de cuidados continuados que integre elementos do(s) CS da respectiva área, do(s) hospital(is) do SNS da área, das instituições particulares de solidariedade nacional, dos organismos do Estado com responsabilidade nestas áreas, das autarquias locais e de outros parceiros sociais da respectiva área.

Medidas:

- Até 31 de Dezembro de 2006 cada circunscrição geográfica (definida por dimen-

são e especificidades da população, povoamento e racionalidade de meios) deve dispor de uma *equipa coordenadora de cuidados continuados* que integre elementos do(s) CS, dos hospitais do SNS, da segurança social e de outros parceiros relevantes.

2. Até 31 de Dezembro de 2006 deverão ser organizadas, em pelo menos 20 % dos CS ou grupo de CS (consoante a dimensão), equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados, com intervenção na coordenação do recurso personalizado a cuidados de internamento ou a outros cuidados complementares e com eventual prestação directa de cuidados. Deve ainda estar representada na equipa coordenadora intersectorial local.

4.4. Implementação de unidades móveis

A prestação de cuidados de saúde a partir de unidades móveis tem recebido atenção crescente quer do público quer dos decisores. Este tipo de unidades tem sido estudado e testado em dois contextos: (i) como modo de levar cuidados primários a populações muito isoladas e (ii) como estratégia para chegar a grupos populacionais específicos que habitualmente não recorrem aos serviços de saúde convencionais.

No primeiro contexto, Portugal apresenta características geográficas, incluindo a distância aos recursos de CSP, que não justificam a existência de unidades móveis no nosso país; é previsível que tais unidades mais não fizessem que mimetizar a presente situação de «micro-extensões», fornecendo cuidados de saúde muito limitados, quer no tempo, quer nos recursos disponíveis. A solução para tais situações seria, como, aliás, tem sido a norma em países desenvolvidos, a melhoria da rede viária e a existência de condições de transporte diário de pacientes à USF mais próxima. Em situações especiais, contudo, e a seleccionar cuidadosamente, unidades móveis desta natureza poderão cumprir uma função útil, nomeadamente no suporte a populações muito isoladas e para tarefas bem definidas.

No tocante a grupos populacionais específicos, essencialmente populações inseridas em «bolsas de pobreza», a Organização Mundial de Saúde recomenda que se dê a máxima prioridade a estes sectores mais desfavorecidos da sociedade, assegurando-lhes uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde, existindo já experiência nacional e internacional que atesta do interesse num tipo de abordagem proactiva e em parceria.

As Unidades Móveis são assim, uma boa estratégia de aproximação à comunidade, permitindo um melhor conhecimento dos contextos locais, valorizando as diferentes culturas existentes, a participação comunitária e o «empowerment», pelo que faz sentido pensar o uso de unidades móveis para chegar a esses grupos.

Medidas:

1. Até 30 de Junho de 2006 todos os CS deverão ter identificado grupos de elevado risco de saúde e/ou social existentes na sua área geográfica de influência que, de algum modo, possam beneficiar da prestação de cuidados dirigidos aos seus problemas específicos através do recurso a unidades móveis.

- Até 30 de Setembro de 2006 as ARS, em parceria com as Autarquias e outras instituições, deverão ter elaborado um mapa identificador de grupos de risco que permita o planeamento e orçamentação de equipas móveis de apoio às referidas populações.

4.5. Redes de apoio às famílias

Muitos dos problemas de saúde dos utentes dos centros de saúde estão intimamente ligados a factores de ordem psico-social e/ou socio-económica. São exemplos alguns dos problemas da área materno-infantil, da adolescência, da toxicod dependência, onde o alcoolismo tem sido subestimado e subintencionado, das situações de isolamento, pobreza e sofrimento dos idosos, da área sócio-ocupacional, entre outros.

A intervenção a este nível deve passar pela constituição e/ou pelo reforço das equipas já existentes de intervenção na comunidade, interligadas ou integradas nas redes de apoio às famílias da respectiva comunidade.

Medida:

- As equipas de intervenção na comunidade do CS devem interligar-se e integrar as redes de apoio às famílias da respectiva comunidade, numa dinâmica intersectorial e de acordo com as necessidades de saúde na área psico-social.

5. Implementação de Unidades Locais de Saúde

5.1 Fomentar a interligação centros de saúde-hospitais via unidades locais de saúde

A abordagem sistémica da saúde implica o aprofundamento da interligação dos CS com as restantes instituições de saúde locais, designadamente com os hospitais. A este nível a experimentação tem sido escassa. Uma das falhas mais óbvias do sistema tem sido a incapacidade para se centrar no cidadão, abolindo as barreiras de índole variada que são colocadas à sua circulação entre os diversos níveis de cuidados.

O sistema de saúde, como serviço para o cidadão, tem de aperfeiçoar uma gestão integrada que elimine barreiras e garanta fluidez nos circuitos que o utente ou o doente necessitem de percorrer ao longo dos cuidados primários, dos cuidados hospitalares ou dos cuidados continuados.

*O conceito de **unidade local de saúde** (ULS) é uma evolução natural e lógica das antigas Unidades de Saúde Funcionais, já previstas no artigo 14º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que possibilita uma visão e práticas de interligação entre os serviços de saúde que servem, preferencialmente, uma determinada população. Apesar da experiência de sucesso que são as unidades coordenadoras funcionais materno-infantis (UCF), os modelos organizativos e de financiamento actuais são incongruentes com este conceito. Na prática,*

os diversos serviços e instituições não são, de facto, interdependentes. A partir daqui só resta a boa vontade e a regulação moral dos profissionais e dos gestores para construir as bases para algumas formas de interligação.

A experiência da ULS de Matosinhos evoluiu, independentemente da vontade dos seus promotores, para um modelo efectivamente centrado no hospital, faltando avaliar qual o impacto dessa evolução no desenvolvimento dos CSP, na prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença e na obtenção de ganhos de saúde objectivos para a população abrangida. Entretanto, há que não confundir gestão integrada do utente, centrada no cidadão e na resposta às suas necessidades, com gestão integrada dos serviços, centrada no dispositivo de administração. Desenvolver e consolidar alguns mecanismos que visem ganhos de eficiência através da economia de escala em alguns aspectos logísticos (aprovisionamento, apoios técnicos, sistema de informação, etc.) não obriga, necessariamente, à gestão comum de serviços com profundas diferenças de cultura e métodos.

Existe evidência de que:

- o conceito das unidades locais de saúde como instrumentos de coordenação que assegurem a organização e prestação dos cuidados centrados nas pessoas representa uma forma mais adequada para garantir a sua circulação fluida entre os serviços;
- promover a deslocação regular aos CS e a colaboração regular entre especialistas hospitalares e os médicos de família, proporciona ganhos de funcionalidade, acessibilidade, eficiência e efectividade; existem exemplos bem sucedidos a nível nacional que poderão ser referência para outras iniciativas;
- o trabalho regular conjunto de equipas multidisciplinares, devidamente formalizadas, enquadradas e orientadas para objectivos de saúde concretos, envolvendo hospitais e CS, como é o caso das UCF da área materno-infantil, proporciona ganhos de saúde notáveis. Por outro lado, não é plausível que a administração comum de hospitais e centros de saúde promova, por si só, melhores práticas em ambos os sectores, pela simples razão de que esse desiderato carece de medidas de diferente natureza.

Medidas:

1. Até 30 de Junho de 2006 deverá ser elaborada legislação regulamentadora para as ULS, com a colaboração das duas unidades de missão (dos hospitais e dos CSP).
2. Esta regulamentação deverá prever flexibilidade, diversidade de experiências e rigoroso controle e avaliação.
3. A regulamentação referida no ponto anterior deve facilitar iniciativas como:
 - 3.1. Criação formal de consultorias hospitalares regulares nos CS a partir dos principais serviços hospitalares de referência de cada um, coordenadas e acompanhadas em conjunto pelos directores dos CS e dos serviços hospitalares envolvidos.
 - 3.2. Financiamento global de base capicional ajustada e posterior contratualização para as vertentes: promoção de saúde, assistência individual de proximidade, cuidados hospitalares e cuidados continuados.

- 3.3. Possibilidade de, em alguns casos, as unidades de CSP funcionarem como «compradores» de cuidados aos hospitais, para satisfazer de forma adequada e em tempo útil as necessidades de saúde da população a seu cargo, através de mecanismos de concorrência.
- 3.4. Identificação, por cada USF, de uma carteira de especialistas conhecidos com quem troca informação escrita, electrónica, telefónica ou pessoalmente, numa prática de referenciação personalizada e em ambos os sentidos.
- 3.5. Instalação de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica nos CS, de grande relevância para os CSP, como electrocardiografia, espirometria e outros, que poderá também vir a ser equacionada numa base de parceria e cooperação entre os hospitais e os CS.
- 3.6. Rentabilização da capacidade hospitalar instalada, através da definição de uma carteira de serviços de diagnóstico e terapêutica, disponíveis para os CS da sua área de atracção.
- 3.7. Aplicação de forma efectiva do princípio do prescriptor/pagador, abolindo a prática da transferência de custos na administração pública.
- 3.8. Participação das autarquias locais no processo de protecção e promoção da saúde, nos conselhos consultivos dos CS e também na contratualização e na coordenação das ULS, podendo ainda admitir-se experiências, a serem avaliadas, na gestão e prestação de cuidados.

6. Desenvolvimento dos Recursos Humanos

6.1 Implementação de uma política de desenvolvimento dos recursos humanos

Existe um défice considerável de médicos de MGF e de SP, além de défice de enfermeiros e de outros técnicos de saúde (psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dietistas, higienistas orais, fisioterapeutas, entre outros), apesar de existirem lugares vagos nos quadros dos CS, levando naturalmente à sobrecarga de trabalho diário dos profissionais actuais. A situação tem tendência a agravar-se, já que em 2013-2015, cerca de 70 % dos actuais MF estarão aposentados.

Há utentes inscritos sem médico de família.

Há um saldo demográfico médico negativo em MGF: ao défice atrás referido há ainda a acrescentar, em cada ano, uma quebra do número de médicos de família (mapas de vagas invertidos, mudanças de especialidade, saídas para actividades exclusivamente privadas, abandono da medicina, reformas, incapacidade permanente, entre outros). Em contraposição, os efectivos da carreira hospitalar têm crescido de uma forma não planeada, atingindo uma proporção de 3,8 médicos hospitalares para 1 MF.

Medidas imediatas:

- I. Considerar, à luz do Decreto-Lei n.º 112/98, de 14 de Abril, artigo 2º, alínea b), as

especialidades de MGF e SP como carenciadas.

- a. Até 31 de Janeiro de 2006 elaborar e publicar, em parceria com a Secretaria Geral do MS e com as ARS, o mapa de vagas em número igual ou superior aos assistentes eventuais que fizeram exame «de saída» na 2ª época dos internatos médicos (Junho/Julho) e aos que, entretanto, foram desvinculados do SNS ou se encontram em situação precária.
- b. As vagas a abrir devem respeitar, pelo menos, dois critérios: população sem médico de família e CS/USF que permitam a inserção dos jovens MF em USF e se comprometam à utilização eficiente dos recursos a afectar-lhes.
2. Aceitar que, a partir de Fevereiro de 2006, após a primeira época de exame de fim de internato, deverá ser feito o prolongamento automático do contrato administrativo de provimento (DL n.º 112/98, de 14 de Abril) para todos os recém-especialistas em MGF e SP.
3. Realizar provimentos céleres nos CSP (concursos externos) e programados para o mês seguinte ao fim dos internatos e simplificação legal dos concursos de provimentos, sendo considerado como critério de colocação a nota final do internato complementar.
4. Até 30 de Junho de 2006 elaborar, em parceria com a Secretaria Geral do MS e com a participação da Comissão Nacional de Internato Médico (CNIM), um plano a cinco anos, para atribuição de vagas no internato médico, com previsão das proporções a garantir pelas especialidades mais carenciadas, designadamente MGF e SP.
5. Mobilidade profissional:
 - a. Aumentar, em todas as ARS, a mobilidade profissional (que é actualmente quase nula) nas carreiras médicas de MGF e de SP, enfermagem e administrativa, renovando expectativas através de critérios facilmente verificáveis e com o objectivo de incentivar a inovação e a criatividade, nomeadamente na implementação de USF funcionalmente autónomas tipo RRE, cooperativas e convencionadas, e na reestruturação dos SSPL.
 - b. Definir duas épocas anuais para mobilidade interna (exemplo: Maio e Dezembro).
 - c. As vagas deixadas livres deverão ser imediatamente abertas (Julho e Março) para a colocação dos assistentes eventuais que fizeram exame de fim de internato nas primeira e segunda épocas.
6. Ajuste dos cálculos de necessidades de enfermeiros por cada unidade operativa (USF, Serviços de Saúde Pública, Unidades de Intervenção na Comunidade), tendo em conta a dimensão e características da população abrangida.
7. Permitir a possibilidade de prestação de serviço em regime de horário acrescido (42 horas semanais) para os enfermeiros, mesmo que ultrapasse os limites normativos estabelecidos, sempre que esses elementos integrem a equipa das USF que se venham a constituir, ou para as outras unidades operacionais, sempre que

seja reconhecida a sua efectiva necessidade.

8. Incentivar os médicos de MGF e outros profissionais com funções de direcção, administração, docência e alocados a outras actividades extra-MGF ou assistenciais específicas a retomar ou a conservar alguma actividade assistencial, com possibilidade de continuidade dessas funções de modo remunerado, mesmo estando em regime de dedicação exclusiva.
9. Incentivar os médicos de SP e outros profissionais com funções de docência ou investigação em ambiente académico a dar o seu contributo técnico e científico, no desenvolvimento de actividades de formação e investigação nos serviços/equipas em que se integrem.

Medidas a curto prazo:

1. Estabelecer, até 30 de Setembro de 2006, o mapa das necessidades em MF e de outros profissionais para os próximos cinco anos.
2. Abrir as vagas para os internatos médicos das várias especialidades em função das necessidades identificadas.
3. Incentivar a opção pela MGF, SP e enfermagem em CSP através de *vagas protocoladas*. Basta, para tanto, aplicar os incentivos previstos no artigo 5º e seguintes do Decreto-Lei n.º 190/99, de 5 Junho, sobre a mobilidade dos recursos humanos na administração pública.
4. Instituir o perfil profissional do enfermeiro de família, o que permitirá aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das *equipas de saúde familiar*.
5. Melhorar a razão enfermeiro/utentes/famílias nos cuidados de saúde primários e aproximá-la da dos países mais desenvolvidos.
6. Incentivar a opção pela MGF, SP e enfermagem em CSP através de incentivos relacionados com:
 - vínculos de trabalho que sejam céleres e proporcionem estabilidade aos profissionais e instituição;
 - diferenciação positiva em termos de valorização dos índices remuneratórios das carreiras médicas de Clínica Geral e de Saúde Pública e de Enfermagem;
 - subsídios de fixação selectivos concedidos pelas próprias autarquias;
 - regulamentação de aspectos já incluídos na carreira de enfermagem em CSP, jornada contínua (n.º 6 do artigo 56º do Decreto-Lei n.º 437/91) e subsídio de fixação na periferia (n.º 2 do artigo 58º do Decreto-Lei n.º 437/91).
7. Reconhecer e recompensar a função de *orientadores de formação* de MGF, SP, enfermagem e de outras profissões em saúde: formação, compensação da função, entre outros.
8. Abrir, faseadamente, as vagas já existentes nos quadros dos CS, conforme as necessidades, para psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, higienistas orais, fisioterapeutas, entre outros.

6.2 Valorização do papel do pessoal de apoio administrativo e auxiliar nos CSP

Os profissionais administrativos estão na linha da frente da interface com a comunidade e contribuem decisivamente para a imagem dos CS junto da população. Contudo, têm sido um grupo esquecido. A sua imagem pública global é por vezes desfavorável (salvaguardando-se, no entanto, numerosas excepções) porque um grande número de profissionais não teve preparação académica ou profissional para as respectivas funções, quer pela ausência de uma carreira específica (por exemplo, secretariado clínico-administrativo), quer pela insuficiente valorização do seu papel e pela falta de incentivos (formação, acompanhamento e supervisão). Por sua vez, verifica-se que em muitos locais os quadros de pessoal estão desajustados quantitativa e qualitativamente. Segundo alguns, os quadros estarão mesmo sobredimensionados. Se assim é, contudo, como explicar a proliferação de contratos a termo certo de três meses, assistindo-se à saída recorrente de profissionais já com rotina do serviço e a quem se dedicou um esforço formativo, para além de em muitos casos terem já de base conhecimentos técnicos e relacionais extremamente importantes para o sucesso da sua missão?

Medidas:

1. Criar a carreira de secretariado clínico-administrativo.
2. Elaborar uma «carta» sobre o papel e responsabilidades destes profissionais em CSP/USF, nomeadamente no que se refere às suas atitudes e participação numa perspectiva de atendimento e acolhimento de público.
3. Desenvolver formação contínua no domínio da comunicação interpessoal e na facilitação e apoio à prestação de cuidados de saúde, a efectuar no dia-a-dia, no contexto do trabalho em equipa multidisciplinar.
4. Criar incentivos profissionais, quer em termos de formação, quer de retribuição, a quem integrar as USF.

6.3 Reestruturação (ou criação) de serviços de saúde ocupacional nos CSP – serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho (SHST)

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, transpôs para o direito interno directivas e outras obrigações internacionais relativas à promoção da segurança e da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. Os princípios normativos deste Decreto-Lei (DL) e demais legislação complementar exigem que se adaptem conceitos e se explicitem algumas das obrigações e inerentes responsabilidades dos empregadores e trabalhadores no âmbito da Administração Pública, exigência que foi cumprida, no plano legislativo, com a publicação do DL n.º 488/99, de 17 de Novembro. Acresce, que para além das obrigações da administração pública para com os seus próprios trabalhadores, nos termos do n.º 6 do artigo 13º e do artigo 9º do DL n.º 26/94, de 1 de Fevereiro e do artigo 11º do anexo ao DL 109/2000, de 30 de Junho, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deverá (ou poderá) assegurar actividades de promoção e vigilância a um conjunto de trabalhadores não pertencentes aos servi-

ços públicos e que estão tipificados neste diploma. O nº 2 do artigo 11º do anexo ao DL 109/2000, de 30 de Junho, estipula, taxativamente, que «...as entidades patronais, os trabalhadores independentes, os vendedores ambulantes, as explorações agrícola familiares, a pesca de campanha e os artesãos...devem pagar os respectivos encargos».

Em matéria de SHST e no que respeita às suas obrigações como empregador e como prestador nas situações atrás referidas, o sector público, designadamente as instituições e serviços integrados no SNS, não tem cumprido a lei.

Se é verdade que alguns hospitais já organizaram os seus serviços de saúde ocupacional, o mesmo não se passa com os centros de saúde, apesar de vários exemplos e de vários estudos demonstrarem que a actividade aqui desenvolvida tem uma forte componente de risco profissional, principalmente no domínio do stress e burnout, para não referir a exposição a radiações ionizantes, a exposição ao látex ou a substâncias cancerígenas como o formaldeído.

Medidas:

1. Até 30 de Junho de 2006, em colaboração com as ARS, fazer o diagnóstico de situação dos serviços existentes nos CS, discriminando-se, designadamente, a actividade que tem sido dirigida para os seus funcionários e a que tem sido dirigida para o exterior (os trabalhadores e empresas previstos no artigo 9º do DL n.º 26/94, de 1 de Fevereiro e artigo 11º do anexo ao DL 109/2000, de 30 de Junho).
2. Até 30 de Setembro de 2006 criar/reorganizar um serviço de âmbito nacional (na Direcção Geral da Saúde) para fomentar e coordenar as actividades de SHST no sector da Saúde.
3. Até 31 de Dezembro de 2006, reestruturar ou criar serviços de saúde (e segurança) ocupacional nos CS com os meios que permitam o total cumprimento da lei por parte da administração pública (actividade dirigida para o interior e actividade dirigida para o exterior).
4. Até 31 de Dezembro de 2006 produzir os instrumentos legais que permitam aos CS gerar receitas próprias com a sua actividade de saúde ocupacional dirigida para o exterior e, assim, trabalhar no sentido do autofinanciamento, mesmo que parcial.
5. Até 31 de Dezembro de 2006 promover a eleição dos representantes dos trabalhadores e constituir as comissões de segurança e saúde no trabalho, conforme previsto nos artigos 5º e 6º do DL 488/99, de 17 de Novembro.

7. Desenvolvimento do Sistema de Informação

7.1. Instalação de uma arquitectura integrada e coerente do sistema de informação nos centros de saúde

Apesar dos anos decorridos e dos vultuosos investimentos aplicados, o sistema de informação dos CSP apresenta insuficiências que têm sido o principal calcanhar de Aquiles dos cen-

tros de saúde, impossibilitando a autoavaliação e a gestão eficiente baseada na contratação, na monitorização e na avaliação.

Para além da vertente instrumental (hardware e software), que necessita, ainda, de ser melhorada ao nível dos CSP, o desenvolvimento do sistema global de informação deve ser concretizado pela criação de condições facilitadoras da utilização eficaz e eficiente da informação armazenada nas várias aplicações, o que passa pela implementação de um processo global de gestão estratégica da informação de saúde em Portugal.

É urgente delinear uma arquitectura coerente e apropriada para o sistema de informação dos centros de saúde, baseada nas seguintes premissas:

- focada quer na população abrangida, quer no cidadão/utente;
- orientada para a gestão de informação de saúde, seja clínica ou populacional;
- guiada por princípios de acessibilidade, flexibilidade, coerência técnica e transparência;
- facilitadora da interligação com os cuidados secundários de saúde, permitindo, por exemplo, uma eficaz referenciação, consultadoria por via electrónica e acesso ao processo clínico hospitalar;
- de fácil apreensão, envolvimento e utilização pelos profissionais;
- com produção automática de painéis de indicadores nas áreas de gestão de utentes, vigilância epidemiológica, vigilância de saúde, gestão clínica, gestão administrativa e financeira e gestão institucional global;
- mobilizadora/promotora de iniciativas de excelência no âmbito da e-Health, contemplando, de forma gradual, serviços como «contact center» e telecuidados, teleconsulta e teleradiológico, partilha de informação PCE e transacções clínicas on-line, sítios na internet de informação de saúde e bem-estar, aconselhamento médico e correio electrónico, cuidados domiciliários com teleconsulta e telemonitorização, saúde pública e regulação, sítios de informação e serviços administrativos e regulatórios, transacções administrativas on-line e sítios para profissionais, facilitadores, por exemplo, da investigação clínica e epidemiológica.

Medidas:

1. Até 31 de Janeiro de 2006 efectuar a avaliação de equipamentos, aplicações informáticas, redes e o seu nível de utilização efectiva, bem como o nível de formação proporcionado aos utilizadores dessas mesmas aplicações e o seu acompanhamento efectivo. Esta medida será concretizada no âmbito do diagnóstico do actual status informático ao nível dos CS, SRS e ARS.
2. Até 15 de Janeiro de 2006 a MCSP emite parecer sobre aplicações informáticas – módulos clínicos que reúnem os requisitos mínimos para satisfazer uma USF no curto prazo – presentes no mercado informático português ou que estejam instaladas nos serviços de saúde aplicadas aos CSP.
3. Até 31 de Março de 2006 as ARS procedem à informatização (módulos administrativo e clínico) dos primeiros grupos que se constituirão como USF.
4. Até 31 de Março de 2006 garantir o acesso à internet e a utilização de correio

electrónico em todos os postos de trabalho já informatizados e que façam parte de CS com condições técnicas suficientes para suportar essas funcionalidades.

5. Até 31 de Março a MCSP produz um conjunto de requisitos funcionais para as aplicações informáticas a instalar futuramente. Esse conjunto de requisitos será utilizado pelo IGIF para certificação dos sistemas presentes no mercado.
6. Instalar até 31 de Dezembro de 2006, em efectivo funcionamento, as aplicações informáticas necessárias à aquisição de autonomia organizativa e financeira em todos os CS reconfigurados (aplicações nas áreas de gestão financeira, gestão de utentes, gestão de recursos humanos, entre outras).

7.2. Desenvolvimento de uma rede de partilha de dados e informação

O Sistema de Informação de Saúde deve proporcionar o armazenamento, a transferência e a partilha de informação e de dados comparáveis e que permitam sustentar a política, a gestão, o planeamento e a vigilância da saúde. Para tal, parece indispensável o desenvolvimento de uma rede de partilha de dados no domínio da saúde, o estabelecimento de indicadores válidos de saúde, a concretização de análises de dados e a elaboração de relatórios que, de forma amigável, resumam e divulguem os dados, indicadores e análises efectuadas.

No momento actual não existe uma rede de partilha de dados em Portugal entre os vários sistemas de informação de saúde; os conceitos e termos usados por cada um não são uniformes, impossibilitando qualquer comparação; e, salvo algumas excepções, os indicadores e relatórios existentes não se adequam à sustentação dos processos de gestão e planeamento da saúde, nem à monitorização das políticas neste sector. Acresce referir que a acessibilidade aos dados armazenados é nula por parte dos utilizadores-avaliadores, o que implica enormes perdas de eficiência. O desenvolvimento de um sistema de informação global moderno, eficiente e flexível constitui-se, pois, como uma das linhas de acção prioritárias para o sucesso da reforma dos CSP. Este desenvolvimento deve iniciar-se imediatamente, quer através da implementação de medidas simples que potenciem a utilização das aplicações informáticas já existentes, quer pelo aumento da acessibilidade aos dados armazenados, quer pela instalação de mecanismos que possibilitem o intercâmbio de dados entre aplicações, independentemente do ambiente informático em que se encontram criadas.

- A.** O sucesso da reforma dos CSP é determinado pela adequação dos sistemas de informação.
- B.** Tal adequação implica a existência de processo de gestão estratégica da informação, participada por decisores e técnicos aos vários níveis de intervenção – central, regional e local – designadamente da DGS e das ARS.
- C.** O desenvolvimento de um sistema de informação global moderno, eficiente e flexível passa pela:
 - flexibilidade das várias aplicações informáticas: a garantia de interoperabilidade entre as aplicações informáticas é condição essencial da necessária flexibilização;

- **acessibilidade:** os sistemas de informação devem proporcionar acesso fácil, seguro e adequado aos dados e informação armazenados, por parte dos utilizadores das áreas de gestão estratégica, de programação de saúde, da avaliação, da vigilância epidemiológica ou de saúde, de gestão operacional, entre outros;
- **uniformização dos termos e conceitos** utilizados nos vários sistemas de informação que recolhem, resumem e divulgam dados de saúde: condição indispensável à comparabilidade dos dados e informação;
- **relevância e adequação:** deve ser assegurado que a criação, adaptação ou modificação das várias aplicações informáticas de saúde seja assessorada e acompanhada tecnicamente por peritos das respectivas áreas de saúde-alvo;
- **automatização:** os painéis de monitorização de apoio à gestão administrativa e clínica devem ser produzidos automaticamente pelas aplicações informáticas, desde o nível local até ao nível nacional.

Medidas imediatas e de curto prazo:

1. Iniciar processo que garanta a interoperabilidade entre as aplicações informáticas do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), através da criação de aplicação assente em HL7 (*Health Level Seven*)¹.
2. Participação da MCSP na equipa nacional do Ministério da Saúde que coordenará a reestruturação do SI da saúde, a nível global.

Medidas a médio prazo:

1. Até 31 de Março de 2006 abrir as bases de dados a utilizadores devidamente credenciados para obtenção de informação que escape à disponibilizada pelos relatórios pré-fabricados. Esta medida deve ser aplicada de forma prioritária aos serviços e sectores responsáveis pela gestão, contratualização, planeamento, vigilância epidemiológica e vigilância da saúde das populações, a todos os níveis de intervenção.
2. Até 30 de Junho de 2006 criar funcionalidade, no âmbito dos subsistemas aplicativos referidos no ponto anterior, que permita a exportação automática de resumos estatísticos para outros formatos.
3. Até 30 de Junho de 2006 rever os relatórios (*outputs* estatísticos) produzidos pelos subsistemas aplicativos do IGIF sob assessoria e acompanhamento técnico de peritos das respectivas áreas de saúde-alvo (técnicos da DGS e ARS, entre outros).
4. Até 30 de Junho de 2006 deverá ser anunciada a arquitectura do sistema informático para os CSP. A hipótese de neste processo se recorrer ao apoio de universidades ou outras instituições poderá ser considerada. A partir desta especificação, a entidade certificadora de âmbito nacional, IGIF, estará na posse da ferra-

1. A norma HL7 é hoje um *standard* para intercâmbio electrónico de dados na área da saúde.

menta fundamental para apresentar o caderno de encargos indispensável à abertura de um concurso público para o desenvolvimento do Sistema Informático dos CSP.

5. Até 31 de Dezembro de 2006 implementar um processo global de gestão estratégica da informação de saúde em CSP.

8. Mudança e Desenvolvimento de Competências

8.1 Formação para a gestão da mudança

As USF e os CS – particularmente as suas práticas bem sucedidas na prestação de cuidados de saúde com elevada qualidade – constituem-se como espaços privilegiados de inovação e aprendizagem, contribuindo de forma decisiva para a qualificação dos profissionais da saúde; em particular, as USF deverão cumprir as «cartas de requisitos» para serem considerados «espaços qualificantes», nomeadamente serviços com idoneidade para a realização de formação pré e pós-graduada, não só para as especialidades de MGF e saúde pública, mas também para especialidades hospitalares e outras áreas profissionais (enfermagem, serviço social, psicologia clínica, entre outras).

Torna-se necessário desenvolver uma estratégia integrada para a qualificação dos recursos humanos (RH) das USF e CS, alicerçada no desenvolvimento permanente de competências, passíveis de reconhecimento e certificação, e capaz de atrair outras competências e outros profissionais. Por outro lado, deve ser considerada como prioritária a aposta nos processos de qualificação, enquanto oportunidades que proporcionam visibilidade e prestígio inter-pares, já que as competências geradas nas USF e CS que venham a ser consideradas e reconhecidas pelo sistema de ensino superior (protocolos com universidades), garantem a capacidade de atracção que as USF e CS poderão exercer sobre os RH com elevado potencial. Quando as iniciativas de desenvolvimento de competências e de formação realizadas nas USF e CS (sejam em modo ensino/formação convencional, via eLearning ou em contexto de trabalho e aprendizagem inter-pares) produzirem créditos, de acordo com o sistema ECTS – European Credits Transfer System – estará garantido o seu reconhecimento e aceitação pelo sistema de ensino.

Em termos práticos isto pode significar que, a prazo, toda a formação e as aprendizagens realizadas nas USF e CS devem alimentar organizadores e portfolios pessoais de competências, de acordo com os requisitos e standards de qualificação; Instalar ou cooperar com Centros de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências - CRVCC Saúde (cuidados de saúde primários); esta iniciativa constitui também uma oportunidade para a qualificação dos profissionais que não têm o 9º ou o 12º ano de escolaridade. Será que não se justifica a instalação de um dispositivo que permita ao pessoal de apoio administrativo e auxiliar valorizar as suas competências e aprendizagens, transformando-as posteriormente em créditos, que lhes dêem equivalência ao 9º ou 12º anos de escolaridade e aos respectivos níveis de qualificação profissional? As USF e CS necessitam de pessoal administrativo com po-

tencial, pois o sucesso é a resultante, na maior parte das vezes, da soma de pequenos detalhes.

A formação deve ser vista como um investimento indispensável para que a reforma dos CSP tenha sucesso. A necessidade de formação para a «gestão da mudança» é extensível a todos os sectores profissionais dos centros de saúde e restantes dirigentes intermédios.

Também neste campo, as desigualdades são cada vez maiores, o que importa contrariar, implementando planos de formação nos CS que incluam todos os profissionais e que sejam definidos segundo as necessidades reais da instituição e dos objectivos da reforma.

Medidas:

Consoante os profissionais e as suas responsabilidades, devem ser considerados, entre outros, os seguintes programas de desenvolvimento de competências e formação:

- Programa A - Lideranças técnicas
- Programa B - Gestão / Administração
- Programa C - Serviços de atendimento
- Programa D - Promoção da imagem de mudança

Estes programas serão realizados de acordo com as metodologias e as fases sumariadas a seguir, sendo detalhadas as iniciativas e as acções propostas para a sua concretização em Anexo ao presente documento.

- A.** Enquadramento dos programas de desenvolvimento de competências na estratégia das USF e dos CS.
- B.** Mapa de competências a desenvolver através dos planos de formação.
- C.** Roteiro de implantação das USF:
 - **Fase 0** – Mobilização dos profissionais da saúde e *marketing* das USF;
 - **Fase I** - Implantação das USF – Formação prioritária;
 - **Fase II** – Consolidação e desenvolvimento da rede de USF – O Centro de Recursos em Conhecimento para os CSP;
 - **Fase III** - Cooperação da rede de USF com as redes sociais e parcerias locais.
- D.** Matriz de responsabilidades no financiamento, organização, realização, instalação e monitorização do roteiro de implantação das USF.

8.2. Formação contínua dos profissionais nas USF

Independentemente da formação destinada especificamente à reconfiguração dos CS, importa salientar o princípio de que as actividades de formação contínua devem fazer parte das actividades quotidianas dos CS, USF e demais serviços/equipas, integradas numa lógica de melhoria contínua do desempenho.

Medidas:

1. Semanalmente cada USF deve disponibilizar tempo para exame de processos/procedimentos de trabalho diário e da maneira como podem ser melhorados, inclu-

indo discussão, pelo menos semanal, de casos clínicos e a abordagem de problemas da prática clínica pelos próprios elementos do grupo.

2. De entre os aspectos a contemplar nesta análise deve haver, também, a preocupação com a redução de custos desnecessários e, ainda, como superar as expectativas dos utentes.
3. A formação contínua deve ser prevista para todos os profissionais, concertada em planos individuais anuais e colectivos, tendo em conta as necessidades pessoais e os interesses das USF, que, por sua vez, devem ser incluídos no plano de formação do CS.

8.3 Ensino pré-graduado e treino pós-graduado

Além das actividades de formação para os próprios profissionais de saúde em exercício, as USF têm um papel insubstituível na formação dos futuros profissionais, tanto a nível pré- como pós-graduado. Se, naturalmente, nem todas as USF estarão vocacionadas para o ensino e treino profissional, importa reconhecer o papel dos profissionais envolvidos nesse tipo de actividade, criando-se condições logísticas e de remuneração para que as actividades de ensino e treino de estudantes de medicina e de enfermagem bem como de internos de MGF e de enfermeiros se possam desenvolver.

Medidas:

1. Até 30 de Junho de 2006 deverá existir, nas ARS, uma relação de todos os médicos e enfermeiros com competências formativas reconhecidas pelos órgãos competentes.
2. Até 30 de Junho de 2006 o Ministério da Saúde deverá ter definido os montantes a pagar aos profissionais de saúde envolvidos em actividades de formação pós-graduada, bem como as modalidades de pagamento, de modo a poder ser preparado o orçamento para as actividades formativas a partir de Janeiro de 2007.
3. Até 30 de Junho de 2006 o Ministério da Saúde deverá ter definido os montantes a pagar aos profissionais de saúde envolvidos em actividades de formação pré-graduada, bem como a modalidade de pagamento. Estas verbas deverão ser suportadas pelas Faculdades de Medicina e Escolas Superiores de Enfermagem segundo protocolos a estabelecer entre as ARS e os estabelecimentos de ensino superior, a exemplo do que já acontece entre a ARS do Centro e a Faculdade de Medicina de Coimbra, a entrar em vigor em Janeiro de 2007.
4. O Ministério da Saúde deverá garantir que as USF dispõem das condições técnicas e logísticas necessárias à concretização destas actividades, com base nas recomendações elaboradas no Ponto 2.5 do presente documento.
5. Nos termos do DL n.º206/2004, de 19 de Agosto, as USF devem, em articulação com as ARS e as Escolas do Ensino Superior, candidatar-se para poderem ter o estatuto de *serviço de saúde com ensino universitário*.

Mudança e desenvolvimento de competências

Formação para a gestão da mudança

A. Enquadramento dos programas de desenvolvimento de competências na estratégia das USF e dos CS

Os desafios colocados pela mudança e as oportunidades para a (re)construção das soluções organizacionais – equipas multidisciplinares e redes humanas prestadoras de serviços e cuidados – comprometidas com a prestação de cuidados de saúde primários, decorrentes das expectativas e das necessidades dos utentes e de outros parceiros prestadores de outros cuidados de saúde, constituem oportunidades de crescimento, de reforço da autonomia e de maior responsabilização dos profissionais de saúde, mobilizados para a prestação destes cuidados, em patamares de qualidade mais elevados;

Os profissionais de saúde, comprometidos com as USF e com os projectos de melhoria dos CS, serão desafiados a participarem activamente:

- Em programas de melhoria contínua e de desenvolvimento das suas competências técnicas, organizacionais e relacionais, através da participação em programas de formação profissional dirigidos, quer às equipas das USF (**formação integrada**), quer aos grupos profissionais (**formação segmentada**).
- Na implementação de processos permanentes de auto-avaliação do funcionamento e dos resultados das USF.
- Em sessões de balanço, análise crítica e monitorização inter-pares da qualidade das próprias práticas clínicas das USF, assim como em iniciativas de balanço das suas próprias competências em contexto real de trabalho.
- Na melhoria e no desenvolvimento da carteira de serviços das USF e respectivos *standards* de qualidade e de performance.
- No refrescamento, simplificação, economia e celeridade das principais cadeias de processos, rotinas, procedimentos e tecnologias de suporte, através de práticas de reflexão e partilha inter-pares e inter-USF de experiências e soluções.
- Na construção de convergências e total alinhamento dos programas de formação e de desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, com todas as outras dimensões estratégicas dos CS e USF, nomeadamente as orientações relativas à missão e aos objectivos fundamentais destas unidades.

B. Mapa de competências a desenvolver através dos planos de formação

A formação a realizar nos CS e USF, de forma contínua e sistemática, visa a elevação dos padrões de qualidade na prestação dos cuidados de saúde primários e, por consequência, deverá garantir que a USF esteja permanentemente apetrechada e possa desenvolver e actualizar as seguintes competências críticas ao seu funcionamento, dentro de padrões de qualidade elevados:

1. Competências de liderança e gestão (p. ex., a avaliação da *performance* da equipa e a (re)negociação de objectivos e metas); desejavelmente o líder do projecto e outro membro da USF deverão desenvolver estas competências, através da participação numa acção de formação que visará a construção, validação e negociação do projecto da USF, havendo a oportunidade de preparar e consolidar o **roteiro de implantação das USF** que inclua, entre outras, as seguintes evidências:
 - a. Missão, alvos e metas, objectivos e prioridades.
 - b. Plano de cuidados e de trabalho.
 - c. Competências necessárias e disponíveis (estratégias para a instalação e o desenvolvimento das competências não residentes na equipa).
 - d. Estratégias de envolvimento e construção de compromissos com a equipa de trabalho (a negociação, o comprometimento, a confiança recíproca, a afiliação, a responsabilização, as normas de conduta transparentes, a gestão de tensões e conflitualidades).
 - e. Painel de indicadores e instrumentos de monitorização (avaliação individual e de equipa) e avaliação de resultados.
 - f. Processos críticos e sua implementação, rotinas e procedimentos da USF.
2. Competências de trabalho em equipa (p. ex., a partilha de responsabilidades, a construção de um clima de coesão e confiança recíprocas, a organização e a distribuição do trabalho, métodos de trabalho cooperativo).
3. Competências técnicas (p. ex., clínicas, através da discussão e análise de casos clínicos e dos métodos e técnicas de optimização do processo clínico).
4. Competências de organização e de gestão de processos críticos (p. ex., optimização e simplificação da sequência dos processos de trabalho, inerentes às rotinas das consultas, tendo em vista a redução das listas e dos tempos de espera, sem deteriorar os indicadores da qualidade de serviço, percebidos pelo utente).
5. Competências de comunicação e interacção com o utente e outros utilizadores e parceiros (p. ex., a exploração do *marketing* relacional no acolhimento, atendimento e orientação do utente, por parte do(a) assistente).
6. Competências de trabalho colaborativo e em rede com outras USF e parceiros institucionais (p. ex., a disseminação e transferência de soluções de gestão de filas de espera, para equipa que vai instalar uma USF).

C. O roteiro de implantação das USF

Fase 0 – Mobilização dos profissionais da saúde e marketing das USF

Desenvolvimento de *workshops* regionais (preferencialmente em USF – sendo possível – ou nas instalações dos parceiros sociais – ordens, associações profissionais, sindicatos, etc), com a presença e participação dos membros da MCSP, responsáveis das ARS e dos líderes e *opinion makers* locais, tendo em vista a disseminação rigorosa e a apropriação fundamentada pelos profissionais (nomeadamente médicos, enfermeiros, gestores de unidades de saúde, assistentes administrativos e outros profissionais da

saúde) das mensagens-chave relativamente aos CSP; estes *workshops*, de duração máxima de duas horas, poderão ser estruturados em torno dos seguintes tópicos:

- Orientações estratégicas e desafios actuais para os CSP - (p. ex., «Os Rostos» da MCSP na região, apresentação/vídeo institucional da MCSP, brochura institucional, visita ao sítio da MCSP na internet, etc).
- USF: o que são, como funcionam (contratos-programa, desafios às equipas e incentivos), como se articulam (nomeadamente com os CS) e quais os desafios que lançam aos profissionais – (p. ex., vídeo com visita guiada a uma USF/RRE e/ou testemunhos presenciais de líderes e equipas USF/RRE e respostas a questões, etc).
- Captação de ideias e sugestões para a melhoria dos CSP – (p. ex., em pequenos grupos, os participantes apresentam e validam inter-pares sugestões e recomendações específicas para as USF em funcionamento e/ou a instalar na região).
- Agendamento de visitas a USF em funcionamento – (p. ex., os participantes interessados podem organizar-se em pequenos grupos e negociarem com os líderes das USF, que deram os seus testemunhos, visitas às próprias USF).
- E agora? – (p. ex., apresentação de vídeo sobre uma USF, usando a metodologia «teatro empresarial» que reforçasse a auto-estima e a crença nas USF, enquanto pilares para o desenvolvimento dos CSP e, por outro lado, inquietasse os profissionais presentes no workshop, estimulando a reflexão crítica sobre as suas próprias práticas).

Fase I – Implantação das USF – Formação prioritária

O roteiro para a implantação de uma USF recomenda que a equipa da «nova» USF inclua no seu plano de formação, para além dos programas sugeridos a seguir, a socialização e o contacto com práticas de referência de USF «maduras».

- Liderança e gestão
 - A missão da USF, os objectivos, as competências e os recursos, as necessidades e a «multiculturalidade» dos interessados no processo e do contexto.
 - Auto-diagnóstico da unidade: a identificação e a gestão das necessidades e expectativas e sinalização das competências críticas aos níveis pessoal, da equipa e da USF.
 - Estratégias de liderança situacional: a negociação de objectivos e planos de trabalho, a delegação de responsabilidades e tomada de decisões, a avaliação da performance e dos desempenhos.
 - As redes de influência e de comunicação e a gestão de expectativas e de conflitos.
 - A construção de equipas: dinâmicas, crenças, a afiliação e a pertença.
 - O plano de actividades, a monitorização da qualidade e a avaliação dos resultados da USF.
- Organização e funcionamento da USF
 - Modelo de organização e processos chave/críticos:

- Cadeia de processos, valores críticos, respectivos *standards* e *guidelines*, tecnologias, rotinas e procedimentos de suporte.
 - Competências e saberes específicos exigidos pelos processos, pelas tecnologias e pelos procedimentos.
 - A auto-avaliação e a análise da qualidade dos processos e resultados.
 - A satisfação do utente e dos parceiros/interessados no processo: a gestão dos «momentos de verdade», a construção da confiança, imagem e fidelização, o valor do *feedback* e os instrumentos de monitorização.
- Trabalho em equipa na USF
 - A confiança recíproca, a partilha inter-pares, a afiliação e a pertença e a cooperação na equipa.
 - Tensões e conflitos de interesse na construção e negociação de objectivos e de planos de trabalho e compromissos.
 - As agendas produtiva, relacional e da aprendizagem e inovação.
 - A avaliação e o balanço dos resultados, os incentivos e o reconhecimento e seus impactos no clima.
 - A partilha de informação e conhecimentos clínicos inter-pares (p. ex., discussão de casos clínicos, a optimização dos processos clínicos, exploração de metodologias tipo clube de leitura, para iniciativas de actualização técnica e científica, etc).

Fase II – Consolidação e desenvolvimento da rede de USF – O Centro de Recursos em Conhecimento para os cuidados primários

Constituir e dinamizar a **rede de USF**, enquanto comunidade de equipas e de profissionais que utilizam referenciais de trabalho comuns e partilham conhecimento e práticas e, por outro lado, realizam actividades permanentes de vigilância a:

1. Novos referenciais, normativos e *standards*.
2. Patentes e inovações nos cuidados e práticas clínicas (à escala mundial).
3. Tecnologias simplificadoras e/ou aceleradoras de processos e rotinas organizativas (alerta especial para os processos que incorporam, de forma intensa, tecnologias, já que a longevidade média daqueles recursos é de dois anos).
4. Práticas e soluções (de gestão, de optimização dos processos, de exploração das TIC disponíveis ou mesmo na dinâmica das redes colaborativas) que vêm atingindo melhores resultados e/ou conseguindo níveis de satisfação elevados).

Considera-se crucial para a consolidação, desenvolvimento e dinamização da Rede de USF, a existência de um **Centro de Recursos em Conhecimento para os cuidados primários** (CRC) enquanto estrutura dinamizadora de toda a rede de USF e construtora de uma rede de informação e conhecimento e de partilha de práticas (base documental, acessível e pesquisável em linha, que inclua *standards*, orientações técnicas e informação crítica para as USF, com destaque para:

- Legislação de referência aos cuidados de saúde primários.
 - Regulamento de candidatura à instalação de USF.
 - Roteiro para a instalação de uma USF.
 - Descrição detalhada de todos os processos fundamentais ou críticos de uma USF, por exemplo:
 - Gestão previsional das listas de espera.
 - Protocolos e procedimentos de contacto com os utentes (acolhimento, atendimento, encaminhamento, gestão de expectativas/necessidades e acompanhamento pós-contacto).
 - Protocolos e rotinas das consultas.
 - Protocolos e rotinas dos procedimentos técnicos.
 - Protocolos e rotinas de cuidados de saúde e serviços a prestar pelas USF (educação para a saúde, cuidados e apoios de cariz psicológico, social, de proximidade, etc).
 - Protocolos e rotinas para o funcionamento da equipa.
 - Painel de indicadores de desempenho e respectivas rotinas e instrumentos de recolha de dados.
 - Metodologia de constituição de redes com outras USF e entidades prestadoras de outros cuidados de saúde.
 - Narrativa de práticas e soluções implementadas por USF para a resolução de problemas de organização e funcionamento.
- O CRC para os CSP deverá ainda disponibilizar e desenvolver:
- Planos de apoio ao desenvolvimento pessoal dos profissionais que trabalham nas USF e CS, disponibilizando recursos e conteúdos formativos que poderão ser explorados em modo presencial e/ou em formato *eLearning*.
 - Iniciativas que promovam a atracção e a mobilização dos internos para a realização dos seus internatos e estágios nas USF e CS, nomeadamente os internos das especialidades de medicina geral e familiar, saúde pública, pediatria; destaca-se a importância do CRC para os CSP participar activamente na dinamização da rede de equipas integradas de orientadores (EIO) prestigiando as responsabilidades e competências de orientação de Internato e de tutoria clínica, visando também a atracção e o prestígio dos médicos com responsabilidades na orientação dos internatos complementares das especialidades críticas aos CSP.
 - Estratégias de *marketing* e promoção dos CSP que favoreçam a aproximação da rede de USF e dos CS das escolas que formam profissionais nas fileiras da saúde e dos cuidados em geral (p. ex., serviço social, serviços de proximidade, cuidados psicológicos e estratégias para a inclusão dos cidadãos desfavorecidos e/ou em risco); estas iniciativas criarão oportunidades de realização de estágios escolares e profissionais, assim como atrairão pesquisadores e investigadores, cujos resultados poderão inseminar com novos conhecimentos e práticas as organizações prestadoras de CSP.

- Partilhar de forma integrada informação, conhecimento e práticas com as redes de cuidados secundários e cuidados continuados, favorecendo a realização de iniciativas técnicas de troca e partilha de experiências entre profissionais, equipas e instituições.

Fase III – Cooperação da rede de USF com as redes sociais e parcerias locais

Construção e dinamização de redes e parcerias locais, dentro do espaço de influência das USF, focalizadas na implementação de projectos integrados de educação para a saúde (as *Redes Sociais*, que são dinamizadas pelas autarquias, assim como as escolas, as entidades prestadoras de cuidados/serviços de proximidade e as farmácias constituem-se como parceiros privilegiados).

Encontros e visitas recíprocas das equipas das USF, tendo em vista a partilha de práticas diversificadas de funcionamento interno e troca de experiências de construção e participação em redes (na rede de USF e nas redes locais).

D. Matriz de responsabilidades no financiamento, organização, realização, instalação e monitorização do roteiro de implantação das USF

Processos Responsabilidades	Principais Actividades	Competências Críticas	Actores e Participantes	Instrumentos de pilotagem/ acompanhamento
Gestão e financiamento dos roteiros de implantação das USF (PO Saúde)	Criação, dentro do PO Saúde, de uma medida para o co-financiamento da implantação das USF. Articulação com a SG do Ministério Saúde, para a monitorização da «carta de competências» em CSP. Mobilização das estruturas formativas do Ministério da Saúde.	Desenhar programa de co-financiamento e rotinas de monitorização e controlo. Operacionalizar planos de gestão e desenvolvimento de competências e de formação em cascata. Optimizar e explorar a «rede de centros de formação» da Saúde.	PO Saúde/ Saúde XXI define critérios de elegibilidade das despesas, custos padrão de referência, rotinas de submissão das despesas para co-financiamento, <i>timings</i> e mecanismos de controlo. Secretaria Geral. MCSP.	Normas para a apresentação de Candidaturas (planos de implantação e de formação regionais) por ARS. Dossier evidências técnicas. Dossier financeiro. Guião de procedimentos. Painel de monitorização das competências.
Organização dos dispositivos de apoio ao desenvolvimento das competências das USF (ARS)	Elaborar plano de formação regional transversal dirigida aos profissionais que integram as USF (formação segmentada). Elaborar plano de formação no âmbito da implantação da USF (formação integrada). Abrir concurso regional dirigido aos prestadores de serviços de formação (consultores e entidades formadoras). Gerir a realização e execução das acções de formação (em cascata), controlando a qualidade dos seus resultados.	Supervisionar e acompanhar os roteiros de implantação das USF. Elaborar e gerir candidaturas ao PO Saúde. Elaborar, supervisionar e controlar a qualidade dos projectos de desenvolvimento de competências e de formação.	ARS disponibilizam recursos e infra-estruturas de apoio aos projectos de formação, com a supervisão e acompanhamento dos Coordenadores das equipas regionais de apoio à MCSP.	Painel de acompanhamento e execução dos planos de formação. Painel de indicadores de satisfação dos profissionais e das equipas envolvidas nos programas de desenvolvimento de competências (avaliação 1º nível). Painel de indicadores de aplicação e transferência para as USF das competências desenvolvidas através dos programas de formação.

Processos Responsabilidades	Principais Actividades	Competências Críticas	Actores e Participantes	Instrumentos de pilotagem/ acompanhamento
<p>Executar as acções de desenvolvimento de competências, de acordo com os roteiros de implantação das USF e as exigências de qualidade determinadas pelas ARS nos contratos de consultoria e formação.</p> <p>Realização das acções de desenvolvimento das competências das equipas das USF (Entidades formadoras e Consultoras)</p>	<p>Executar as acções de desenvolvimento de competências, de acordo com os roteiros de implantação das USF e as exigências de qualidade determinadas pelas ARS nos contratos de consultoria e formação.</p> <p>Fornecer <i>feedback</i> às equipas, às ARS e à MCSP sobre a qualidade das acções (avaliação de 1º nível), as competências instaladas e residentes nas equipas (avaliação de 2º nível) e sobre as capacidades de execução do roteiro, em contexto real de trabalho (avaliação de 3º nível).</p>	<p>Dinamização dos programas de desenvolvimento de competências das equipas, de acordo com os roteiros de implantação das USF (especificações no «mapa de competências» e no «roteiro de implantação das USF» – pontos B e C deste doc.).</p> <p>Realizar acções avaliativas (aos diversos níveis) e introduzir medidas correctivas, quando em presença de desvios.</p> <p>Fornecer <i>feedback</i> (às equipas, às ARS e à MCSP) sobre o grau e qualidade de execução dos planos de formação e taxas de execução dos roteiros de implantação das USF.</p>	<p>Empresas consultoras e entidades formadoras (públicas e/ou privadas), contratadas para fornecerem serviços de formação e/ou acompanhamento dos roteiros de implantação das USF.</p>	<p>Monitorização da qualidade das acções de consultoria e de formação, com recurso a metodologias do tipo «cliente mistério».</p> <p>Painel de indicadores para a monitorização da qualidade das acções de consultoria e de formação.</p> <p>Relatórios de balanço e qualidade das acções de consultoria e de formação (indicadores de execução, taxas de satisfação, cronogramas cumpridos, resultados das avaliações, etc.).</p> <p>Pacotes de formação, recursos pedagógicos e materiais de apoio disseminados (metodologias, recursos, instrumentos, ajudas ao trabalho utilizados, etc.).</p>

Processos Responsabilidades	Principais Actividades	Competências Críticas	Actores e Participantes	Instrumentos de pilotagem/ acompanhamento
<p>Instalação e gestão local do roteiro de implantação da USF (liderança e equipa da USF)</p>	<p>Detailhar a missão da USF, os objectivos, as competências e os recursos e as suas necessidades. Realizar o auto-diagnóstico da USF. Implementar metodologia de liderança e gestão por metas e objectivos, baseada na negociação e na corresponsabilização pelos resultados da USF. Comprometer a equipa com um plano de actividades mensurável, em termos de resultados e qualidade de serviço. Promover a construção da equipa, através do desenvolvimento de laços que favoreçam a partilha de valores, a afiliação e a pertença.</p>	<p>Realizar a instalação da USF. Estabelecer a «carteira» de serviços da USF e respectivos padrões de qualidade. Executar acções de auto-avaliação. Gerir a equipa segundo critérios de resultados e padrões de qualidade. Construir e negociar planos de actividades mensuráveis e ajustados às necessidades da procura. Avaliar o desempenho da equipa e dos profissionais de forma participada e segundo critérios baseados nos resultados. Consolidar a coesão, a partilha e a afiliação da equipa em torno dos valores implícitos na missão da USF.</p>	<p>Liderança da equipa da USF. Equipas das USF. Coordenadores das equipas regionais de apoio à MCSP.</p>	<p>Painel de indicadores para a implantação da USF (métricas do roteiro de implantação das USF). Relatórios de auto-avaliação (periodicidade semestral), reportando graus de execução do roteiro de implantação da USF.</p>
<p>Monitorização geral dos roteiros de implantação das USF (MCSP)</p>	<p>Efectuar estudos-piloto dos roteiros de implantação de USF.</p>	<p>Monitorizar e auditar os planos de formação regionais. Monitorizar e auditar os roteiros de implantação das USF.</p>	<p>MCSP; ARS; USF; prestadores de serviços (entidades formatoras e consultoras).</p>	<p>Painel de indicadores para o acompanhamento e monitorização do roteiro de implantação das USF. Sínteses dos indicadores de avaliação aos 1º e 3º níveis (reportados pelas ARS). Relatórios com indicadores de implantação das USF.</p>