

**RECOMENDAÇÃO n.º 02****2017.08.25****DESTINATÁRIO:****Ministro da Saúde / Secretário de Estado Adjunto e da Saúde****ASSUNTO:****CONSTITUIÇÃO DE LISTAS DE UTENTES POR MÉDICO DE FAMÍLIA****I. INTRODUÇÃO**

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

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

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

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

**II. PONDERAÇÃO DAS LISTAS VERSUS VALOR ABSOLUTO**

Como é sabido, existe uma ... *tendência para analisar unilateralmente as listas apenas sob o ponto de vista da sua dimensão*<sup>1</sup>, desvalorizando o conceito de *unidades ponderadas* (UP) e

---

<sup>1</sup> *Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos CSP*, Missão dos CSP, janeiro de 2006.

os critérios, cientificamente validados, que devem nortear o cálculo dessa mesma ponderação (demográficos, literacia, dispersão geográfica, variáveis de contexto socioeconómico, nacionalidade dos imigrantes e os problemas de comunicação associados, etc.).

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

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

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

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

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

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

Por outro lado, a alteração ao Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009, efectuado através do Aviso n.º 17239/2012, publicado em 27 de dezembro de 2012, estabelece na sua Cláusula 11.ª - *uma lista de utentes inscritos com uma dimensão de **no máximo 1.900 utentes**, correspondentes a 2.358 unidades ponderadas.*

Embora este valor se aplique apenas às listas dos MF sindicalizados com contrato de 40 horas e enquanto **limite máximo**, as administrações, na maioria dos casos, têm feito dele a regra atribuindo listas de 1900 utentes sem qualquer respeito pelo valor ponderado<sup>2</sup>.

A constituição das listas de utentes é uma questão que tem sido objeto de ampla discussão e

---

<sup>2</sup> Importa ainda relevar o **erro técnico** contido na redacção da citada Cláusula 11.ª do ACT. Sendo as **UP** definidas como a **componente fixa** da lista e que estabelece a regra, o **v.a.** constitui a **componente variável** que a explica em função das características da mesma. Ou seja, a redacção adoptada inverteu a ordem dos factores e dessa forma retirou qualquer lógica e efeito à frase violando o sentido da construção inovadora das listas de utentes estabelecido através dos DL 117/98, 298/2007 e 73/2017. A redacção contida na Cláusula 11.ª, para ter sentido, deveria ter sido redigida da seguinte forma: - “uma dimensão de no máximo XXXX unidades ponderadas, correspondentes a YYYY utentes de uma lista padrão nacional”.

algum estudo ao longo de anos na tentativa de encontrar as melhores soluções que harmonizem a legítima pressão social quanto ao acesso a este tipo de cuidados com os recursos disponíveis e os direitos laborais dos profissionais.

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

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

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

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

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

Como tal, propomos:

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

Na situação a) os procedimentos serão os seguintes:

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

Na situação b), os procedimentos são os seguintes:

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

A constituição desta lista deve obedecer aos seguintes critérios:

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

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

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

25 de agosto de 2017



Henrique Botelho

*Coordenador Nacional para a Reforma do SNS, área dos Cuidados de Saúde Primários*