

Estados Gerais – Transformar para Salvaguardar o SNS

Conferência IV – Setúbal – 30 de junho de 2023

Laboratório de Ideias II

Respostas de emergência no acesso aos Cuidados de Saúde Primários

e

Necessidade de um plano

Trabalhos e debates entre março e outubro de 2023

Contributos de: Alexandra Fernandes (Via Verde Saúde Seixal); Ana Isabel Silva (DE do ACES Amadora); Ana Calado (USF Ribeiro Sanches – Amadora); Ana Rita de Jesus Maria (UCSP Alcântara – Lisboa); Carla Gouveia (USF Mosteiro - Odivelas) Catarina Viegas Dias (UCSP Olivais); Eunice Carrapiço (DE do ACES Lisboa Norte); Gonçalo Envia (DE do ACES Sintra); Isabel Cortez (UCSP Alcântara – Lisboa); Ivone Gonçalves Gaspar (USF Dafundo – Oeiras | Comissão de Ética ARSLVT); Luísa Carvalho (UCSP Brandoa); Maria José Colaço (Via Verde Saúde Almada); Maria Manuel Marques (CCS do AceS Estuário do Tejo); Olívia Matos (Via Verde Saúde Seixal); Paula Broeiro-Gonçalves (UCSP Olivais); Raquel Baptista Leite (UCSP Parede – Cascais); Sara Sousa (UCSP Brandoa); Susana Medeiros (Diretora de internato MGF - ACES Sintra); Victor Ramos (Fundação SNS).... mantêm-se aberto a novos contributos.

Sessão pública em 30 de junho de 2023

Moderadora: Maria Antónia Almeida Santos

- *Via Verde Saúde Seixal – Saúde de qualidade para todos* – Alexandra Fernandes (Seixal)
- *Respostas locais qualificadas com equipas multiprofissionais* – Sara Sousa (Brandoa - Amadora)
- *Diminuição das iniquidades através da estratificação de risco* – Paula Broeiro-Gonçalves (Olivais – Lisboa)
- *Planeamento e coordenação centrais e respostas locais adaptativas* – Gonçalo Envia (Sintra)

“Trabalho em curso ...”

2023 - 2024

Esta página foi deixada propositadamente em branco

Trabalho em curso

Índice

Notas prévias	Pág. 05
----------------------------	---------

Perguntas – Contributos

I – Cuidados essenciais a assegurar a TODAS as pessoas, em especial as mais vulneráveis	Pág. 07
II – Organização de respostas locais para as pessoas sem equipa de saúde atribuída	Pág. 09
III – Exemplos de respostas já organizadas, por iniciativa de grupos de profissionais	Pág. 11
IV – Fará sentido um plano de contingência enquadrador?	Pág. 12
V – Que vantagens pode ter um plano de contingência enquadrador?	Pág. 13
VI – Como organizar as respostas locais?	Pág. 14
VII – Como monitorizar e avaliar resultados?	Pág. 16
VIII – Como estimar e aferir a transitoriedade / necessidade de cada resposta?	Pág. 17
IX – Como tornar atrativa a participação neste esforço?	Pág. 17
X – O plano de contingência e suas respostas locais como oportunidade formativa	Pág. 19
XI – Que outros aspetos e ideias deverão ser tidos em conta?	Pág. 21
ANEXO I – Projeto “Via Verde Saúde Seixal”	Pág. 23
ANEXO II – Proposta inicial enviada ao Ministério da Saúde e Direção Executiva do SNS em março / abril de 2023	Pág. 26

Esta página foi deixada propositadamente em branco

Trabalho em curso

Notas Prévias

O “gap” na demografia médica e constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde

Os médicos que asseguraram o funcionamento do SNS durante mais de 40 anos nasceram na sua maioria entre 1946 e 1958, com aposentações entre 2011 e 2025. Esta geração garantiu a resiliência do SNS, permitindo-lhe superar várias crises ao longo de décadas.

Entre 1980 e 1997 (17 anos seguidos) a formação de novos médicos teve uma redução brutal, patente no gráfico da Figura 1. Esta quebra profunda e prolongada explica, em boa parte, a escassez atual de médicos com idades entre os 40 e os 60 anos, tendo o sector privado atraído muitos destes poucos elementos. São médicos experientes, muito qualificados, no auge das suas competências e carreira profissional. A sua escassez compromete a constituição e o funcionamento de equipas robustas e de serviços dinâmicos, bem como a qualidade da formação das novas gerações.

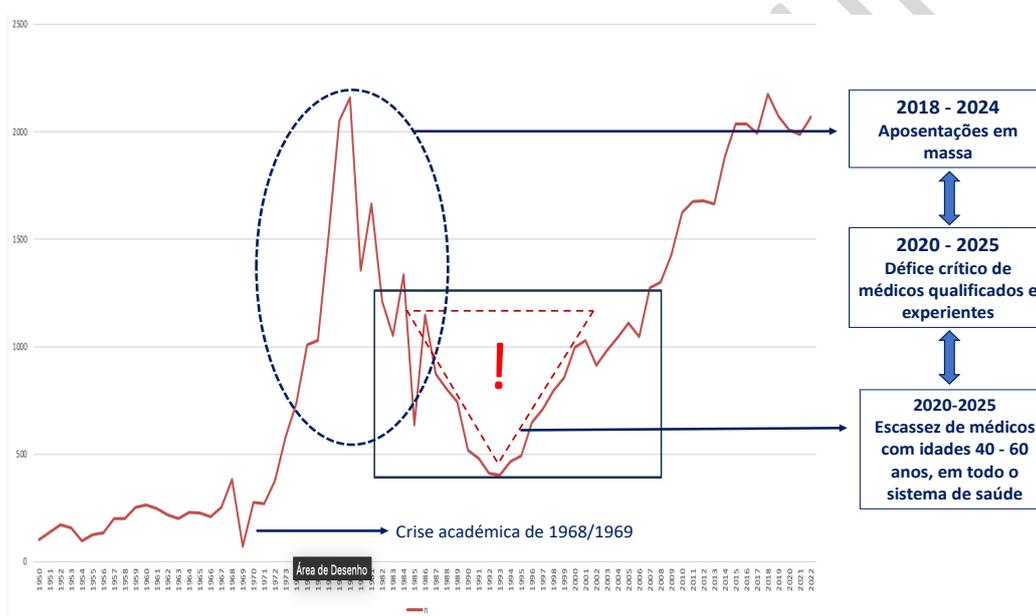


Figura 1 – Evolução das inscrições anuais na Ordem dos Médicos entre 1950 e 2022.

(Fonte: Ordem dos Médicos; gráfico de Gonçalo Envia)

Notas: a esta curva demográfica com consequências previsíveis, somaram-se fatores agravantes, tais como: a) aposentações antecipadas (2008-2011); b) emigração médica; c) captação de médicos pelo setor privado. Estes dois últimos foram especialmente motivados por bloqueio e desvirtuação das carreiras médicas, deterioração das condições de trabalho no SNS, bem como das suas retribuições.

Efeitos do bloqueio e descaracterização da carreira médica e degradação remuneratória

As carreiras médicas foram bloqueadas e descaracterizadas nos últimos 25 anos. As atualizações remuneratórias pararam e os sindicatos negociaram no tempo da “troika” um pacto com condições desfavoráveis para os médicos mais jovens, na sua maioria médicas. Foram especialmente prejudicados os(as) especialistas em medicina geral e familiar, sobrecarregados com listas de 1900 utentes, sem melhorias de condições de trabalho e de justas retribuições - condições dependentes de uma improvável integração em unidades de saúde familiar modelo B, apenas acessível a alguns.

A situação crítica atual era previsível. O fosso geracional ilustrado na Figura 1 causa constrangimentos assistenciais em todo o SNS lesando a constituição de equipas, o funcionamento dos serviços e a formação pós-graduada adequada de novos especialistas.

O direito constitucional à proteção da saúde e a indignidade das “filas de madrugada”

Existem atualmente em Portugal cerca de 1,7 milhões de cidadãos sem equipa de saúde de família no Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹. Isto é, sem acesso a uma equipa acessível, disponível e qualificada que os acolha e responda às suas necessidades de saúde essenciais.

Para mitigar os efeitos do “gap” geracional médico serão necessárias medidas criativas imediatas, adaptadas às condições de cada contexto e às necessidades e expectativas de cada comunidade. Soluções assentes em equipas de missão, multiprofissionais, coesas e simultaneamente flexíveis /adaptativas, bem como o funcionamento em redes colaborativas interinstitucionais, aproveitando as oportunidades abertas pela transformação digital com novas tecnologias de informação, de comunicação e de inteligência artificial, hoje disponíveis.

Estas soluções podem estimular no futuro novas arquiteturas organizacionais e inovações na prestação de cuidados. Está também na ordem do dia a transformação dos modelos tradicionais de cuidados para responder às novas necessidades e desafios que são, cada vez mais, intersectoriais.

São possíveis soluções imediatas para as pessoas com dificuldade de acesso e para acabar imediatamente com o indigno espetáculo das “filas de madrugada” para aceder a cuidados de saúde primários. Em alguns locais, pela consciência e por iniciativa voluntariosa de alguns profissionais, foram organizadas respostas isoladas e com fraco ou nenhum apoio dos decisores políticos e dos órgãos de administração. Vítimas do seu voluntarismo, sem enquadramento adequado e sem recursos suficientes, estão a passar do entusiasmo à exaustão e à desistência. Uma possibilidade para enquadrar estas e outras iniciativas será um “plano de contingência” bem estruturado, para os próximos três anos, que é o tempo previsível para superar o “gap” referido.

Perspetivar a médio e longo prazo

A partir de 2027, se as medidas em curso tiverem sucesso e já com uma nova demografia dos profissionais de saúde, designadamente dos(as) jovem médico(as), é legítimo esperar uma progressiva superação dos constrangimentos atuais. A despeito das visões catastrofistas, é possível vislumbrar boas perspectivas para regenerar o SNS e conseguir uma reconfiguração virtuosa de todo o sistema de saúde. Isto pode ser feito fazendo prevalecer o interesse público e a prossecução do bem comum. Um plano de contingência permitiria fazer as reformas estruturais necessárias com um mínimo de turbulência. Estas reformas requerem tempo para concretização e produção de efeitos.

Por outro lado, não se vislumbra alternativa aceitável e sustentável ao SNS, tanto financeira como social e moralmente. O SNS mantém-se como a base fundamental e o pilar estruturante de todo o sistema de saúde, num país com grandes iniquidades como Portugal.

¹ Fonte: BI-CSP

Perguntas - Contributos

I – Que cuidados essenciais devem ser assegurados a TODAS as pessoas para proteger a saúde, em especial as com maior vulnerabilidade?

Contributos: *Alexandra Fernandes; Carla Gouveia; Ivone Gonçalves Gaspar; Susana Medeiros;*

O conceito de equidade tem diferentes interpretações e diferentes significados, dependendo do sistema de valores e do contexto envolvente. As diferentes teorias da justiça social apresentam a equidade como uma ideia abstrata, não possuindo um poder operativo, pelo que a tarefa consiste em responder a questões como “igualdade do quê” e “equidade de que forma”. Pode dizer-se que, a identificação das iniquidades em saúde envolve um julgamento normativo baseado em teorias de justiça, teorias da sociedade e um raciocínio subjacente à origem das desigualdades em saúde. Isso significa que a identificação de desigualdades que poderão ser consideradas iníquas requer uma deliberação ética e moral. Do ponto de vista prático e tentando um pragmatismo na resposta à questão, será difícil chegar a um entendimento comum de quais os cuidados essenciais que devem ser assegurados a todas as pessoas. Parece-me que a igualdade no acesso à saúde poderá ser um valor comum; a equidade de acesso poderá ser dependente das necessidades e dos contextos de cada indivíduo.

Contributo de Ivone Gonçalves Gaspar

Cuidados essenciais a assegurar:

- Consulta de Medicina Geral e Familiar
- Consulta em situações de doença aguda (ou agudização de doenças crónicas)
- Vigilância de Saúde Infantil (primeiros 2 anos de vida e exames globais de saúde)
- Vigilância de gravidez e puerpério / Saúde Materna
- Vigilância da saúde e controle de doenças e fatores de risco (doentes crónicos complexos)
- Cuidados prioritários a idosos com situações de saúde e fragilidade complexas
- Cuidados de Planeamento Familiar
- Rastreamentos oncológicos com custo-efetividade comprovada (colo do útero e colorretal) – quer planeados, quer por oportunidade, de acordo com as realidades locais
- Tratamentos de enfermagem – pensos pós-operatórios, feridas, úlceras de pressão, entre outros
- Vacinação
- Encaminhamento para cuidados de saúde / consultas no domicílio
- Renovação apropriada de receituário crónico
- Emissão de atestados médicos de doença na sequência de avaliação clínica (CIT, declaração de doença, declaração de assistência à família)

- Informação para Comissões de Verificação de Incapacidade (temporária ou definitiva) bem como aptidão para frequência de estabelecimento de ensino (incluindo universidade) e aptidão para trabalho

Contributos de Alexandra Fernandes e Susana Medeiros

Em especial:

- Atendimento em doença aguda
- Seguimento de utentes diabéticos
- Gestão de polifarmácia
- Planeamento familiar
- Vigilância em saúde infantil
- Vigilância em saúde materna

Contributo de Carla Gouveia

II – Como organizar respostas locais contingenciais para responder com segurança e qualidade técnico-científica, às necessidades não satisfeitas das pessoas sem equipa de saúde de família atribuída?

Contributos: *Eunice Carrapiço; Ivone Gonçalves Gaspar; Susana Medeiros*

1. Sensibilizar, envolver e responsabilizar as equipas de saúde organizadas e que funcionam de forma eficiente, no cuidado às pessoas sem equipa de saúde atribuída;
2. Identificar, por exemplo utilizando um índice de complexidade, as pessoas mais vulneráveis e com maiores necessidades em saúde;
3. Colocar as diversas competências das equipas de saúde ao serviço dos utentes, aumentando a eficiência do trabalho da equipa profissional;
4. Utilizar e desenvolver ferramentas digitais em saúde, por exemplo a existência de um plano individual de cuidados centrado na pessoa, que possibilite o autocuidado;
5. Criar condições contratuais que permitam integrar especialistas em MGF que se reformem ou que estejam em medicina privada, nas respostas locais de contingência a pessoas sem equipa de saúde.

Contributo de Ivone Gaspar

A organização destas respostas locais contingenciais deverá ter em conta:

- Envolvimento dos médicos internos em formação de especialidade na realização de consultas a grávidas, crianças (vigilância e doença aguda) e a idosos com multimorbilidade.
- No modelo remuneratório das USF modelo B (que será generalizado) mantém-se o suplemento para as funções de orientador, o que só faz sentido se de facto implicar também a orientação de internos fora do contexto limitado e redutor da prestação de cuidados de saúde à sua própria lista.
- Havendo escassez de médicos com especialidade de MGF para contratar e dado os médicos "indiferenciados" não possuírem as competências necessárias para prestar cuidados de saúde com qualidade a estes grupos, fará sentido envolver a participação dos médicos internos no âmbito dos seus internatos (MGF, Pediatria, Obstetrícia-ginecologia, entre outros) ou pelos MF do ACES em trabalho extraordinário. Assim, sugiro que haja a obrigatoriedade de até 2/3 da carga horária de cada interno seja na prestação de cuidados à lista associada ao orientador / e população inscrita na unidade-base, mas que pelo menos 1/3 do tempo seja dedicado à prestação de cuidados na sua área de especialização a utentes sem MF.
- Apesar das resistências das próprias estruturas de coordenação do internato, este modelo já está em prática em alguns locais, embora em regime de voluntariado, com poucos internos disponíveis e poucas horas alocadas. No ACES Lisboa Norte a grande maioria dos internos realiza atividade privada, desde o 1º ano de internato, em serviços de urgência/atendimento

permanente de hospitais privados. Por isso, é incompreensível que não participem no SNS na prestação de cuidados aos utentes sem MF, numa fase tão crítica como a que estamos a viver.

- Oferta planeada e organizada de "programas formativos específicos" aos *enfermeiros de família* para estes se autonomizarem, dentro das competências próprias da sua especialidade de enfermagem, em áreas como o Planeamento Familiar e a vigilância protocolada de doenças como DM e HTA, com apoio médico próximo sempre que necessário.

Contributo de Eunice Carrapiço

A melhor forma de o fazer será potenciar as competências dos vários profissionais de saúde, nomeadamente:

- Enfermeiros especialistas - promover a sua autonomia de acordo com as competências reconhecidas na sua área de especialização;
- Secretários clínicos – formando-os e potenciando as suas competências para resolução de algumas tarefas burocráticas.
- Médicos internos de formação específica – tornar estas respostas locais contingenciais campos de formação atrativos integrados no programa de internato e de acordo com o regulamento do internato médico, indo ao encontro do proposto no guião de polos formativos da CIMMGF da ARSLVT.
- Médicos especialistas – promover o desenvolvimento de atividades mais dirigidas a situações de maior complexidade como multimorbilidade, doença crónica mal controlada, gestão terapêutica e atividades exclusivas da ação médica.
- Médicos não especialistas – atendimento de situações de doenças agudas comuns, enquadrados por apoio especializado, sempre que necessário.

Outro aspeto é a desenvolver é aplicação de algoritmos de apoio à decisão clínica e protocolos padronizados de vigilância de doentes, que ajudem a identificar as pessoas que necessitam de mais cuidados médicos ou de enfermagem, como o desenvolvido pela *Up-Hill* para a diabetes.

Julgo importante o grupo trabalhar em rede, havendo elementos “âncora” que sejam fixos e que promovam um trabalho de continuidade entre o grupo. A criação de espaços de reflexão e discussão entre o grupo também permitirá potenciar a qualidade organizativa e técnico científica da mesma.

Ainda deve ficar prevista e organizada a possibilidade de consultoria com profissionais de outras especialidades. Isso poderá agilizar o trabalho de quem integra estas equipas e reduzir a necessidade de referência a outros níveis de cuidados.

Contributo de Susana Medeiros

É necessário garantir que a equipa tem formação e experiência. Não concordo com prestação destes cuidados por internos sem treino que o vêm adquirir neste contexto.

Contributo de Carla Gouveia

III – Exemplos de respostas locais decorrentes da iniciativa, boa-vontade e dedicação de grupos de profissionais de saúde?

Contributos: *Alexandra Fernandes; Susana Medeiros;*

- **VIA VERDE SAÚDE ALMADA-SEIXAL** - ver ANEXO I
- **VIA VERDE MONTIJO** - ver ANEXO II
- **Programa Pro Cuidar** - vigilância de grávidas, crianças e colocação de métodos contraceptivos de longa duração – ver ANEXO III
- **Atendimento a grávidas sem equipa de saúde de família atribuída** - UAU de Sintra Ocidental – ver ANEXO IV

IV – Fará sentido um “plano de contingência” para enquadrar e orientar respostas estruturadas onde e quando forem necessárias? Se sim, porquê?

Contributos: *Alexandra Fernandes; Carla Gouveia; Ivone Gonçalves Gaspar; Susana Medeiros;*

Um “plano de contingência” pressupõe uma resposta temporária destinada a satisfazer uma necessidade imediata. Para que um plano de contingência não passe de temporário a definitivo exige que a população e os profissionais se mantenham vigilantes e exigentes na defesa de um acesso à saúde equitativo.

Contributo de Ivone Gonçalves Gaspar

Sim, para enquadrar as diferentes respostas e permitir que sejam apoiadas localmente, do ponto de vista financeiro, mas também organizacional.

A experiência da **Via Verde Seixal**, com quase dois anos de funcionamento, é de que, não havendo enquadramento legal, o serviço tem funcionado sempre «à margem da lei», tendo de «contornar» as disposições existentes, que estão desenhadas apenas para o modelo USF/UCSP. Um exemplo é a obrigatoriedade de atribuir lista de utentes aos médicos da equipa fixa ou que estão colocados temporariamente na VVS, o que cria expectativas irreais nos utentes de ter o «seu» médico de família e causa grave desconforto nos profissionais que, para atender a todos os utentes a VVS, não fazem o que aprenderam ser a sua função enquanto médicos de família numa lista de utentes.

Outro exemplo é a incapacidade de reter profissionais na equipa fixa, mesmo os que claramente se identificam com o modelo e a equipa, por razões puramente remuneratórias. De facto, o nível muito superior de retribuição que é possível auferir nas USF B tem feito com que quase todos os médicos e alguns enfermeiros e administrativos tenham deixado a equipa para ingressar numa USF.

Contributo de Alexandra Fernandes

Sim. Para que as respostas sejam estruturadas e atempadamente implementadas.

Contributo de Carla Gouveia

Considero fundamental a existência de um plano de contingência nesta área, atendendo à dimensão e gravidade deste problema. No entanto, defendo que o mesmo deverá ser suficientemente abrangente e flexível, de forma a poder ser adaptado a diferentes realidades e necessidades locais.

Contributo de Susana Medeiros

V – Que vantagens tem um plano de contingência que enquadre e oriente respostas temporárias estruturadas a necessidades de saúde não satisfeitas?

Contributos: *Carla Gouveia; Susana Medeiros;*

Vantagem imediata: a diminuição da iniquidade no acesso à saúde.

Contributo de Ivone Gonçalves Gaspar

Diversas vantagens:

- Clarifica o que se pretende com estas respostas, tipificando e harmonizando o atendimento;
- Permite dar um enquadramento legal de forma a proteger também outras formas de prestação de cuidados (os modelos atuais ou outros trazidos pelas reformas do SNS);
- Reforça a necessidade de se estar atento ao problema da iniquidade de acesso aos CSP;
- Pode potenciar futuras novas formas de trabalho / organização de cuidados de saúde;
- Clarifica e defende os profissionais que se envolvem neste tipo de trabalho;
- Promove a oportunidade de atrair profissionais e, a médio prazo, criar equipas estáveis que se possam vir a fixar na zona.

Contributo de Susana Medeiros

Permite dar respostas mais uniformes e previamente testadas. Estar preparados: melhor resposta e mais rápida.

Contributo de Carla Gouveia

VI – Como organizar respostas locais de contingência?

- a) **Ofertas pontuais sem supervisão da qualidade, segurança e adequação técnico-científica?**
- b) **Equipas multiprofissionais, com espírito missão, propósitos claros, enquadradas por profissionais qualificados, com acompanhamento e recompensa justa?**

Contributos: *Alexandra Fernandes; Ana Rita Jesus Maria; Carla Gouveia; Isabel Cortez; Susana Medeiros;*

Ambas possibilidades são aceitáveis, devendo ser escolhida a que for concretizável em cada local. Inaceitável é a inexistência de resposta. Havendo possibilidade de escolha, parece-me que a hipótese b) oferece uma resposta mais robusta e com melhores resultados.

Contributo de Alexandra Fernandes

A coordenação e a equipa nuclear devem ser constantes (alguém que está todos os dias no serviço e o reorganiza mediante as necessidades de adaptação ou melhoria). Pode haver colaboradores inconstantes somando pequenas disponibilidades.

Contributo de Carla Gouveia

Defendo a hipótese b). A ausência de supervisão da qualidade, da segurança e da adequação técnico científica pode aumentar o risco de erro e o dano nos utentes que recorrem a este serviço.

Por outro lado, acredito que a premissa da alínea b) possa potenciar o número de pessoas a ter cuidados, atenuar iniquidades entre utentes, reduzir índices de rotatividade dos profissionais, reduzir complicações de doença e evitar internamentos. Certamente também potenciará referências mais adequadas e em menor número para outros níveis de cuidados e, dessa forma, melhor resposta a jusante.

Contributo de Susana Medeiros

Valorizar as competências e o papel dos enfermeiros nas equipas – É essencial repartir melhor as tarefas – atividades protocoladas e padronizadas de vigilância de Saúde Materna e de Saúde Infantil alternadas entre médico de família e enfermeiro, evitando redundâncias disfuncionais e desperdício de recursos. Colheitas para rastreio de cancro de colo do útero feitas pelas enfermeiras. Vigilância de diabéticos e hipertensos feita maioritariamente pelas enfermeiras, ficando os médicos com as situações não controladas. Estamos atrasadíssimos nesta área. As Unidades carenciadas têm problemas – não sei qual é a dificuldade / facilidade em contratar mais enfermeiros.

A aplicação “SClínico” é inadequada para o trabalho da equipa de saúde familiar e dificulta a indispensável articulação de cuidados.

Contributo de Isabel Cortez

É necessário promover uma discussão aberta sobre a questão das **equipas multiprofissionais** - como aproveitar ao máximo as competências específicas e integrar as tarefas dos vários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos...) em benefício do utente. Apoiando-me no trabalho que desenvolvi durante o processo de doutoramento, acredito que as ferramentas digitais podem ser facilitadoras desta integração.

Contributo de Ana Rita Jesus Maria

Trabalho em curso

VII – Como monitorizar e avaliar resultados e benefícios de respostas locais contingenciais para pessoas sem acesso a cuidados de saúde essenciais?

Contributos: *Olívia Matos; Susana Medeiros;*

A população sem equipa de família tende a ser uma população que se caracteriza por: muito móvel, procura residência e trabalho onde for mais vantajoso; tem poucas expectativas de resposta atempada ao seu problema; população migrante a procurar o sistema pela primeira vez. Assim não é possível aplicar o modelo de avaliação habitual através de indicadores associados à continuidade.

A avaliação deve ser por volume de atividades, quantas consultas das diferentes áreas se realizam, quantos atos se fazem e o tempo que decorre entre a solicitação do utente e a realização do mesmo.

Exemplos:

- quantas consultas de saúde materna a unidade realiza por semana, e a grávida que procura uma consulta de vigilância de gravidez hoje quantos dias decorrem até ao agendamento.
- Quantas crianças de 5 anos temos ao dia de hoje para vacinar, quantos consegue a minha unidade vacinar por dia....

Contributo de Olívia Matos

-
1. Monitorizar satisfação dos utentes e dos profissionais envolvidos;
 2. Indicadores de resultados em saúde, adequados ao contexto.

Contributo de Ivone Gonçalves Gaspar

Exemplos de indicadores / medidas de monitorização e avaliação do Plano:

- Referenciações a consulta hospitalares e proporções de satisfação vs. devolução dessas referenciações
- Taxas de internamentos evitáveis por causas já monitorizadas regularmente
- Identificação de doenças sub-diagnosticadas através de análise comparativa de registos clínicos e/ ou prescrição medicamentosa.
- Avaliação de boas práticas / qualificação de prescrição
- Avaliação da experiência reportada pelos doentes / utentes (satisfação dos utentes)

Contributo de Susana Medeiros

VIII – Como estimar e aferir a transitoriedade / necessidade de cada resposta?

Trabalho em curso ...

IX – Como tornar atrativa para profissionais (dentro e de fora do SNS) a participação neste esforço, sem prejudicar a transformação estrutural e cultural do SNS?

Contributos: *Alexandra Fernandes; Carla Gouveia; Ivone Gaspar Gonçalves; Susana Medeiros;*

Fatores de atratividade:

- Relevância e valorização curricular acrescida dessa missão de serviço público
- Equipas coesas, com lideranças fortes
- Possibilidade de colaboração de profissionais a tempo parcial
- Reforço remuneratório para todos os profissionais da equipa fixa. Sugiro um acréscimo de 60% do ordenado-base, coerente com o que foi oferecido durante 3 anos aos médicos que escolheram vaga em determinadas UCSP no 1º concurso para assistente de MGF de 2022.
- Contratação direta, pela ULS, dos profissionais que, até agora, têm sido contratados através das empresas de outsourcing. A poupança de dinheiro pela eliminação do intermediário permitiria aumentar o valor do seu pagamento.

Contributo de Alexandra Fernandes

A remuneração deve ser equivalente à praticada nas atuais USF modelo B. Eventualmente, um abono extra (pela penosidade) ou aliciantes não monetários (semana de 4 dias, dias de férias extra, horário compatível com amamentação ou horários escolares de crianças pequenas).

Contributo de Carla Gouveia

Para além das recompensas remuneratórias, que deverão estar de acordo com o tempo que cada profissional dedique a este “plano de contingência” deverá haver uma mais valia a nível de avaliação seja no SIADAP seja nas grelhas de concurso para progressão nas carreiras profissionais.

Será fundamental que os locais onde se assegurem estas respostas sejam estruturas atrativas, com boas condições físicas e de logística para os profissionais e para os utentes.

Também será importante cultivar um espírito de pertença, devendo os elementos escolherem-se entre si sempre que tal seja possível e estarem envolvidos na conceção e concretização de cada projeto local.

A organização da equipa deverá assegurar tempos de consulta / atendimento adequados às respostas necessárias e prever a possibilidade de flexibilidade de horário.

Contributo de Susana Medeiros

-
1. Flexibilizar o horário e as tarefas de trabalho;
 2. Possibilitar que as tarefas dos profissionais estejam adaptadas e/ou definidas de acordo com as suas competências;
 3. Em alturas chave do processo (épocas de exames finais da especialidade e reformas), ouvir os profissionais e procurar soluções de compromisso que sejam adequadas para as duas partes (empregador e profissional);
 4. Criar uma base de dados dos profissionais médicos (que trabalham fora do SNS), com o respetivo consentimento, que estejam dispostos a colaborar neste plano de contingência;
 5. Criar incentivos não financeiros que passem por possibilidades de formação, participação em projetos de investigação, participação em grupos de interesse local e outros.

Contributo de Ivone Gonçalves Gaspar

X – Como aproveitar o plano de contingência e suas respostas locais como oportunidade formativa técnico-científica, ética, cívica e motivacional, para jovens profissionais de saúde em formação?

Contributos: *Alexandra Fernandes; Ana Rita Jesus Maria; Carla Gouveia; Isabel Corte; Ivone Gonçalves Gaspar; Susana Medeiros;*

1. Assegurar supervisão técnico-científica e ética, dependendo do ano de formação;
2. Possibilitar a aprendizagem e a aquisição de competências em áreas específicas da MGF.

Contributo de Ivone Gonçalves Gaspar

As respostas locais a utentes sem equipa de saúde familiar podem ser extremamente úteis na formação de internos (de MGF e não só), desde que seja assegurado:

- Adesão voluntária e esclarecida de interno/orientador
- Supervisão adequada à fase de formação
- Atividades adequadas à fase de formação
- Duração de consultas adequada à fase de formação
- Horário de trabalho compatível com o Regulamento do Internato

Quando estes pressupostos estão assegurados, esta oportunidade pode ter as seguintes vantagens na formação de internos e estagiários de outras profissões de saúde:

- Alargamento do campo de prática
 - Doentes menos investigados/tratados, em fases mais avançadas de doença
 - Pessoas com histórias, culturas e problemas de saúde diferentes
 - Crianças, grávidas, mulheres em idade fértil
 - «Desafio burocrático» das pessoas sem número de utente
- Melhores condições físicas para a prática
 - Gabinete
- Maior autonomia (clínica e organizacional)
 - Trabalho fora da lista do orientador e da unidade de colocação
 - Possibilidade de gerir a prática
- Articulação com outra(s) equipa(s)
- Pressão assistencial «positiva»
- Trabalhos de investigação/relato de caso/relato de prática
 - Realização profissional – Exemplos de apreciações por internos na VVS: «*Aqui os doentes não me perguntam pelo meu orientador*»; «*O meu trabalho faz verdadeiramente a diferença*»; «*Até me trazem presentes*»

Contributo de Alexandra Fernandes

Oportunidade de formação para os internos de MGF – através de estágios programados e estruturados para os internos do 3º e 4º anos com um tutor local. O estágio até pode ser 2-3 dias na unidade / equipa que presta a resposta aos utentes sem MF /equipa de saúde atribuída e o resto na USF-base a que estão ligados. Faço notar que os utentes mais vulneráveis estão a ser atendidos por médicos maioritariamente indiferenciados, sem adequada formação específica, cuja resposta é, geralmente, de qualidade e segurança muito inferior à que poderá ser prestada pelos internos do 3º e 4.º ano. Estamos perante médicos autónomos, em formação avançada e sob supervisão adequada. Os utentes nunca seriam cobaias. Há um elevado e inadequado paternalismo no internato de MGF, sem paralelo nos internatos hospitalares. Os internos teriam possibilidade de lidar com maior quantidade e diversidade de situações e de mais patologia. Permitindo-lhes "ganhar mão", treinar técnicas, etc. Teriam obviamente de ser apoiados localmente.

Já coloquei esta questão ao Prof. Paulo Santos (presidente cessante do Colégio da Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos) e à Dr.ª Cecília Shinn (Coordenadora regional do Internato - ARSLVT). Ambos não veem impedimento, mas o que é certo é que pouco se tem avançado nesta área.

Contributo de Isabel Cortez

Sobre o papel dos **internos**, posso acrescentar, enquanto coordenadora da UCSP Alcântara, que temos estado a proporcionar uma oferta formativa, sobretudo aos grupos vulneráveis de mulheres e crianças sem MF. Nesta unidade funcional UCSP cerca de metade dos utentes inscritos não têm MF e, em 2022, cerca de 15% do total de consultas realizadas na Unidade foram feitas por internos do ACES, a maioria a mulheres (grávidas e em idade fértil) e crianças, com benefícios no percurso formativo do interno e para a saúde da comunidade.

Contributo de Ana Rita Jesus Maria

A coordenação de internato de MGF da ARSLVT criou este ano um guião dos polos formativos que prevê a integração de médicos internos de MGF em projetos como estes. No entanto, julgo que seria também muito importante uma articulação com as escolas (medicina / enfermagem) para que parte do estágio de MGF/ saúde comunitária pudesse ser realizada em unidades como estas.

Contributo de Susana Medeiros

A colaboração em formação teria de ser um acréscimo à atividade da equipa de base e não existir para colmatar falta de recursos humanos. Os utentes mais vulneráveis não são cobaias e têm dificuldades/desafios que os formandos podem ainda não saber abordar convenientemente.

Contributo de Carla Gouveia

XI – Que outros aspetos e ideias deverão ser tidos em conta?

Contributos: *Ana Rita Jesus Maria; Isabel Cortez;*

Congelar contratualização em 2024 – Isto daria espaço para avaliar melhor os problemas da contratualização, mas, sobretudo, poderia permitir que as USF dessem algum apoio a UCSP e a projetos/unidades em situação crítica. Em 2022 propus que as USF prestassem cerca de 10 horas de apoio (nº de horas flexível consoante a dimensão da Unidade) a UCSP muito carenciadas e que estão a atender os utentes da área geográfica das USF. Infelizmente estes utentes ficam sem médico e são atendidos maioritariamente por médicos indiferenciados (com exceção de alguns médicos reformados), com uma qualidade frequentemente muito deficiente.

No País de Gales, penso que no Inverno 2017-2018 em que houve problemas graves de resposta nos CSP, os nossos colegas pediram uma “moratória” à contratualização, para terem mais tempo para prestar cuidados aos utentes. A Escócia abandonou o Quality and Outcome Framework (QOF) em 2016. Em Inglaterra há uma forte contestação à QOF e parece que vai haver, já em 2024, uma grande remodelação.

Acho que seria muito sensato congelar a contratualização um ano, o que aliviaria a pressão (e talvez a contestação) a curto prazo. Será interessante também perceber o que vai acontecer em Inglaterra. Isto não deveria impedir a passagem de USF A a modelo B.

Contributo de Isabel Cortez

Enquadramento técnico-científico dos médicos contratados, sem formação pós-graduada adequada – a boa medicina requer integração em equipa estruturada, com processos, procedimentos e práticas continuamente escrutinados. Os médicos contratados podem originar problemas de segurança e de qualidade pela falta de qualificações, na sua maioria. Por um lado, são atirados para as UCSP sem qualquer enquadramento e apoio. Por outro lado, não há qualquer controlo da qualidade do seu trabalho.

Manual de enquadramento – já existe em algumas unidades. Deveria ser unificado, completado e distribuído, eventualmente através das Empresas de Contratação. Como vamos continuar a precisar deles é fundamental um maior controlo da qualidade do seu trabalho por parte dos coordenadores das e do órgão de governação clínica e de saúde de cada ACES ou entidade equivalente nas ULS.

Unidades funcionais sem um único médico especialista em MGF (exemplo: UCSP Carregado), ou com um com um muito reduzido de médicos do quadro - Terá de ser destacado alguém para enquadrar e coordenar a resposta local. Teria de ter uma compensação justa.

Contributo de Isabel Cortez

Sobre os **médicos contratados**, é preciso de facto haver uma estrutura para os enquadrar, num trabalho simultâneo de qualificação e controlo de qualidade. Ambas estas tarefas implicam tempo e planeamento, não existindo qualquer orientação e o problema será crescente atendendo à recente legislação para integração de médicos imigrantes. As repercussões são vastas, tanto pelos gastos desnecessários com o pedido de exames complementares de diagnósticos (ECD) inadequados e/ou desnecessários, como do ponto de vista técnico e ético-legal, pois muitos dos colegas não prestam cuidados a grupos vulneráveis (crianças, grávidas, mulheres idade fértil), sendo insuficiente a sua contratação para responder ao problema dos doentes sem MF.

Contributo de Ana Rita Jesus Maria

ANEXO I

VIA VERDE SAÚDE SEIXAL

O ACES Almada-Seixal tem cerca de 368.000 utentes frequentadores, mais de 70.000 dos quais não têm equipa de família. Muitos destes cidadãos (25%) são imigrantes estrangeiros, com dificuldades socioeconómicas de várias ordens, características culturais específicas e pertencendo a uma faixa etária jovem, com uma taxa de natalidade muito elevada.

Estes utentes eram anteriormente acompanhados nas UCSP, recebendo cuidados de insuficiente qualidade prestados por médicos não especializados contratados através de empresas de *outsourcing* e enfermeiros sobrecarregados, uma vez que também tinham de prestar cuidados aos utentes das suas próprias «listas». Isto gerava uma inequidade inaceitável entre cidadãos no que concerne o acesso e qualidade dos cuidados.

Esta situação intolerável levou alguns médicos e enfermeiros do ACeS Almada-Seixal a propor um novo modelo para prestar cuidados de saúde adequados a estes cidadãos, até que lhes seja atribuída equipa de família, como a Lei consagra. Esta proposta foi imediatamente apoiada pela equipa diretiva do ACeS.

Assim, em janeiro 2022, entraram em funcionamento dois projetos «gémeos»: A Via Verde Saúde Seixal, que serve cerca de 45.000 utentes + cerca de 2.000 pessoas/ano em situação irregular e a Via Verde Saúde Almada, que serve cerca de 17.000 utentes + cerca de 1.000 pessoas/ano em situação irregular.

Estes projetos pretendem prestar os melhores cuidados de saúde possíveis com os recursos humanos e materiais disponíveis, num contexto de carência de médicos de família.

Isto é conseguido com um modelo de organização e prestação de cuidados alternativo ao modelo habitual. No modelo habitual, a cada equipa de família (médico, enfermeiro e secretário clínico) é atribuída uma lista de 1650 a 2000 utentes, aos quais presta cuidados personalizados e longitudinais.

No nosso modelo, uma equipa fixa de médicos especialistas em MGF, enfermeiros especialistas e generalistas e assistentes técnicos serve a totalidade dos utentes (47.000 no Seixal e 18.000 em Almada). Essa «equipa âncora» congrega e supervisiona um grupo maior de especialistas em MGF aposentados, internos de MGF, médicos não especializados contratados, médicos doutras unidades de saúde do ACES, enfermeiras contratadas e enfermeiras doutras unidades de saúde do ACES. Assim, médicos, enfermeiros e assistentes técnicos não têm lista própria, estando ao serviço da totalidade dos utentes. Esta forma de organização, apesar de diminuir a personalização do serviço prestado, aumenta a sua eficiência, ao permitir maximizar o aproveitamento das diferentes competências e disponibilidades destes profissionais.

Esta grande equipa presta cuidados dum modo que é também diferente do habitual:

- Marcação de consultas de doença aguda após triagem pela linha SNS 24
- *Walk-in clinic* para as consultas de Medicina Geral e Familiar, que são marcadas, por iniciativa do utente, para o dia seguinte ao da sua solicitação
- Vigilância de grupos vulneráveis (grávidas, crianças, planeamento familiar) e doentes crónicos complexos partilhada entre enfermeiro especialista e médico
- Teleconsulta sempre que adequado

Os Projetos Via Verde Saúde foram avaliados internamente e parecem ser eficientes e efetivos. Estão a conseguir assegurar acompanhamento adequado a todas as grávidas e crianças até aos dois anos, planeamento familiar a todos os casais interessados, tratamentos de enfermagem e vacinação sempre que indicado, renovação de todo o receituário crónico e mais de 250 consultas de medicina geral e familiar por dia. Os profissionais de saúde estão satisfeitos, exceto em relação ao pagamento e os utentes também estão satisfeitos, exceto em relação ao acesso a consultas médicas da iniciativa do utente. Há, no entanto, necessidade duma avaliação externa, mais detalhada e isenta, que está a ser realizada por investigadores da Nova SBE.

Em Portugal há cerca de 1.700.000 utentes sem equipa de família, com problemas de acesso e qualidade de cuidados semelhantes aos que tinham os utentes no ACES Almada Seixal. E, infelizmente, por razões de demografia médica, não parece possível que haja médios de família suficientes para todos nos próximos 5 a 10 anos.

Portanto, a criação temporária de serviços com as características dos projetos Via Verde Saúde poderia ser uma boa alternativa temporária para estes cidadãos.

Isso provavelmente explica o facto de a Via Verde Saúde Seixal ter recebido uma menção honrosa no Prémio Boas Práticas em Saúde 2022, e dos projetos Via Verde Saúde Almada e Seixal terem sido nomeados para a categoria «Empreendedorismo e Criatividade» dos SNS Awards 2023. Explica também o interesse doutros ACeS da ARSLVT (Arco Ribeirinho, Arrábida, Sintra, Loures) na implementação de serviços semelhantes.

Via Verde Saúde Seixal (VVSS)

Projeto iniciado em 2022, para resposta transitória, de qualidade, às necessidades de cuidados de saúde primários de pessoas sem equipa de saúde de família atribuída (enfermeiro e médico de família), no concelho do Seixal, abrangendo 47.000 utentes.

Baseia-se numa equipa multidisciplinar. Solução inovadora que otimiza o contributo das diferentes profissões de saúde, atuando em equipa, valorizando o papel de profissionais muito qualificados, como enfermeiros especialistas.

Medida temporária que permite corrigir de imediato desigualdades, visando em especial a população mais desprotegida do concelho.

Avaliação realizada por equipa da NOVA SBE

Via Verde Saúde: inovação organizacional em unidades de saúde

Nuno Matos, Olivia Villeneuve, Carolina Santos, Pedro Pita Barros

Fevereiro de 2024

Alguns destaques

A avaliação abrangeu três áreas principais: satisfação dos profissionais, satisfação dos utentes e implicações económicas e financeiras.

Satisfação dos profissionais

- Os resultados indicam um elevado nível de satisfação entre os profissionais de saúde devido à missão da VVSS, aos horários flexíveis e à oportunidade de fornecer cuidados abrangentes.
- Contudo, os desafios atuais incluem insatisfação salarial e a dificuldade em oferecer cuidados personalizados.

Satisfação dos utentes

- Manifestam apreço pela qualidade dos cuidados clínicos prestados, mas destaca problemas com o agendamento de consultas por telefone e a falta de médicos de família permanentes (embora entendendo esta ser uma solução temporária).

Implicações económicas e financeiras

- Economicamente, a análise sugere que a manutenção da VVSS, com aumento do financiamento e transição para um modelo mais sustentável, será orçamentalmente menos oneroso do que o seu encerramento, considerando o potencial aumento dos custos dos serviços de urgência hospitalar devido à falta de acesso aos cuidados de saúde primários.
- Se mais de 25% dos utentes atuais da VVSS tomassem a decisão de procurar auxílio em serviços de urgência hospitalar, os custos associados seriam superiores aos da evolução (desenvolvimento) do atual modelo VVS para outro, similar em termos remuneratórios, ao das USF modelo B (ou Centro de Responsabilidade Integrado, num hospital).

ANEXO II

Plano de Emergência para Resposta às Necessidades Básicas de Saúde dos Utentes sem Equipa de Saúde da Família

Sugestão-proposta de trabalho enviada ao Ministério da Saúde e à Direção Executiva do SNS em março / abril de 2023

Sumário Executivo

Existem atualmente em Portugal mais de 1,7 milhões de cidadãos sem equipa de saúde de família no Serviço Nacional de Saúde (SNS)². Isto é, sem acesso a uma equipa acessível, disponível e qualificada que os acolha e responda às suas necessidades de saúde essenciais.

Um conjunto de profissionais de saúde, inconformados com o arrastar e avolumar do problema, delinearão uma proposta com os seguintes pontos essenciais:

- Necessidade de um *Plano de Emergência* imediato, com caráter transitório, para promover, enquadrar, coordenar e avaliar respostas locais para tão grave problema;
- Estas respostas locais devem ser dadas por equipas multiprofissionais – *equipas de missão local* – bem estruturadas e coordenadas, com propósitos e objetivos técnico-assistenciais comuns, assegurando um conjunto de cuidados, com abrangência de respostas e requisitos explícitos de qualidade, ainda que com flexibilidade organizativa;
- Estas *equipas de missão local* são coordenadas por médico e enfermeiro especialistas, respetivamente, em medicina geral e familiar e numa das especialidades de enfermagem vocacionadas para os cuidados de saúde primários;
- Para além da coordenação e supervisão técnico-científica das equipas, deve ser feita formação inicial e continuada a todas elas, bem como implementado um processo de acompanhamento, monitorização/ajustamento e avaliação do "*Plano de emergência*";
- A colaboração nas *equipas de missão* é voluntária, com um regime remuneratório diferenciado (por exemplo, majoração de 60% relativamente à retribuição de referência para a respetiva posição de carreira profissional, na proporção do tempo dedicado);
- O recrutamento pode ser feito fora do SNS ou dentro do SNS, neste caso adicionalmente aos compromissos já existentes, sem prejudicar a assistência regular já garantida aos utentes ao cuidado de equipas dedicadas de saúde familiar;
- Estas equipas podem ainda proporcionar *oportunidades de formação* e aprendizagem pós-graduada para jovens profissionais de saúde (exemplo: internato de formação específica em Medicina Geral e Familiar ou Pediatria, Enfermagem, entre outras), sob a forma de estágios devidamente enquadrados, com programa e objetivos precisos e supervisionados de acordo com os requisitos exigidos pelas respetivas ordens profissionais.

² Fonte: BI-CSP

Plano de Emergência para Resposta às Necessidades Básicas de Saúde dos Utentes sem Equipa de Saúde da Família Atribuída

Proposta-base de trabalho elaborada com contributos de: Alexandra Fernandes (Via Verde Saúde Seixal); Ana Isabel Silva (DE do ACES Amadora); Ana Calado (USF Ribeiro Sanches – Amadora); Ana Rita de Jesus Maria (UCSP Alcântara – Lisboa); Carla Gouveia (USF Mosteiro - Odivelas); Catarina Viegas Dias (UCSP Olivais); Eunice Carrapiço (DE do ACES Lisboa Norte); Gonçalo Envia (DE do ACES Sintra); Isabel Cortez (UCSP Alcântara – Lisboa); Luísa Carvalho (UCSP Brandoa); Maria José Colaço (Via Verde Saúde Almada); Maria Manuel Marques (CCS do AceS Estuário do Tejo); Olívia Matos (Via Verde Saúde Seixal); Paula Broeiro-Gonçalves (UCSP Olivais); Raquel Baptista Leite (UCSP Parede – Cascais); Sara Sousa (UCSP Brandoa); Susana Medeiros (ACES Sintra); Victor Ramos (Fundação SNS)

Enquadramento e antecedentes

Existem em Portugal mais de 1,7 milhões de cidadãos sem equipa de saúde de família no Serviço Nacional de Saúde (SNS)³, isto é, sem acesso a uma equipa acessível, disponível e qualificada que responda às suas necessidades de saúde essenciais. Este número pode chegar aos 2 milhões no início de 2024. São várias as causas identificadas para este grave problema:

- a) Do lado da oferta de cuidados: inexistência de planeamento estratégico em saúde durante décadas, com marcado “gap” geracional por drástica redução de entradas nas faculdades médicas nas décadas de 80 e 90; aposentações antecipadas; emigração para outros países; crescente atratividade do setor privado comparativamente ao SNS; entre outros. A atual demografia médica leva a prever a aposentação de mais de 1000 médicos de família só em 2023⁴ e de cerca de mais 500 nos 2 anos subsequentes, agravando de imediato e mantendo o problema no acesso assistencial nos próximos 3 a 5 anos, se nada for feito. É necessária uma ação imediata para acorrer a esta emergência socio-sanitária;
- b) Do lado da procura de cuidados: aumento constante da população inscrita nos centros de saúde devido aos fenómenos migratórios; aumento de mobilidade das pessoas; envelhecimento da população com aumento de situações clínicas e psicossociais de grande complexidade, que ficaram sem assistência próxima e continuada por aposentação dos seus médicos de família, entre outros fatores.

Perante esta grave iniquidade por degradação de um Direito Constitucional, lesando um vasto conjunto de cidadãos, vários profissionais de saúde têm tentado, a nível local, organizar formas de mitigar o problema. Vítimas do seu voluntarismo, sem enquadramento adequado e sem recursos suficientes, estão a passar do entusiasmo à exaustão e à desistência.

³ Fonte: BI-CSP a 28-02-2023

⁴ Fonte: BI-CSP a 28-02-2023

Das respostas e experiências analisadas pode concluir-se que deve ser evitado o recurso a uma miscelânea de soluções dispare, dispersas sem requisitos explícitos de qualidade, sem coordenação nem acompanhamento, com risco de variações inaceitáveis de qualidade, quantidade e abrangência de respostas, causando mais confusão e iniquidade.

Com a publicação do Decreto-Lei nº 52/2022 que aprova o Estatuto do SNS, foram acautelados e previstos diversos mecanismos de contratação e remuneração diferenciada (artigos 17º a 19º) nas situações de insuficiência fundamentada de profissionais de saúde e necessidade em assegurar cuidados de saúde à população. Estas disposições podem facilitar o recrutamento e a retribuição adequada dos profissionais destas equipas multiprofissionais.

Propósitos, princípios e requisitos essenciais

1. Propósitos

- a) Resposta centrada nas **pessoas** lesadas nos seus direitos constitucionais, sem acesso adequado a uma equipa de saúde de família, para satisfazer **necessidades de saúde** essenciais, designadamente: a) vacinação; b) cuidados de planeamento familiar; c) vigilância de gravidez de baixo risco; d) vigilância ao recém-nascido e ao longo dos primeiros anos de vida; e) atendimento qualificado e atempado em situações de doença aguda; f) abordagem a situações complexas de morbilidade múltipla, controlo de fatores de risco e de doenças crónicas suscetíveis de levarem a complicações, internamento e até morte se forem negligenciados.
- b) Proporcionar um sentido de missão capaz de mobilizar profissionais de saúde dentro e fora do SNS, justamente recompensados e enquadrados – contribuindo ao mesmo tempo para tornar o SNS mais atrativo para os jovens profissionais de saúde que possam ver nele uma opção preferencial para o seu futuro profissional.

2. Transitoriedade

O plano tem carácter **temporário**. Decorrerá por um período limitado de cerca de 3 a 4 anos. Ao mesmo tempo, devem ser reforçadas as medidas para cobertura universal pela estrutura permanente dos cuidados de saúde primários (CSP) para que esta responda às necessidades que ainda não consegue satisfazer. O plano de emergência e as equipas de missão local podem ajudar a alavancar, a acelerar e a reforçar as transformações estruturais necessárias nos dispositivos organizacionais “normais” dos CSP.

3. Flexibilidade

Baseia-se em modos de **organização flexível** de acordo com as circunstâncias, contexto e recursos mobilizáveis para cada local carenciado.

4. Equipas multiprofissionais dedicadas - *equipas de missão local*

O plano de emergência aqui proposto assenta em ***equipas de missão local*** cuja dimensão e composição se ajuste continuamente à evolução das necessidades de saúde da população-alvo, designadamente em função do aumento de capacidade de resposta que for sendo conseguida na estrutura “normal” permanente dos CSP.

Tratando-se de respostas circunstanciais, a sua ação é enquadrada por um conjunto de requisitos de qualidade, designadamente:

- a) ***coordenação multiprofissional*** com, pelo menos, dois elementos (médico e enfermeiro), que também prestam cuidados assistenciais em tempo variável consoante a carga de trabalho que a coordenação da equipa lhes exija;
- b) ***suporte e supervisão técnico-científica***, por médicos especialistas e por enfermeiros especialistas da área dos CSP, a profissionais em formação pós-graduada de especialidade (ver ponto seguinte) e de profissionais legalmente habilitados para o exercício da profissão, mas ainda sem diferenciação profissional. Desta forma poderão ser assegurados os cuidados de qualidade à população e a progressão profissional nas circunstâncias particularmente exigentes e complexas deste Plano.
- c) ***acompanhamento e monitorização continuada***, bem como avaliação anual e final – assegurados por equipas de investigação de instituições do ensino superior interessadas em participar neste projeto, por missão pública do seu interesse, sem retribuição originada no orçamento deste plano.

5. Oportunidade formativa e de aprendizagem

A realização de estágios formativos para acompanhamento e participação no trabalho destas *equipas de missão local* é uma oportunidade de formação e de aprendizagem enquadrada e supervisionada para jovens profissionais de saúde de áreas relevantes para o desenvolvimento dos CSP (exemplos: internato de formação específica em Medicina Geral e Familiar, Pediatria, Saúde Pública, Enfermagem, entre outros).

6. Recrutamento

A colaboração nas equipas de missão não pode prejudicar a assistência regular já garantida aos utentes ao cuidado de equipas de saúde familiar das unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP). Podem, no entanto, estes profissionais trabalhar em tempo adicional ou complementar nas equipas de missão do plano de emergência. Para constituir cada equipa de missão deve haver um processo de recrutamento ágil de profissionais, tal como ocorreu durante a pandemia COVID-19. Este recrutamento deve ser independente do número de médicos, enfermeiros e outros profissionais previstos nos mapas de pessoal de cada agrupamento de centros de saúde.

7. Atratividade e retribuição dos profissionais

O envolvimento dos profissionais nestas equipas de missão é voluntário, devendo ser aplicado um regime remuneratório diferenciado (por exemplo majoração de 60% relativamente à retribuição de referência para a respetiva posição de carreira profissional, na proporção do tempo dedicado). Esta majoração deverá estar situada entre as retribuições de base e as auferidas pelos profissionais em unidades funcionais estabilizadas, como as USF com componente retributiva sensível ao desempenho e que se aproxima ou ultrapassa os 80%

8. Contributo para reforçar a estrutura assistencial permanente dos CSP do SNS

É possível que a atração, sensibilização e motivação dos profissionais vindos de fora do SNS e recrutados para esta missão, venha a despertar-lhes interesse pelo serviço público e gosto pelo trabalho em equipa multiprofissional, numa ótica de proteger e promover a saúde das pessoas e da população, com continuidade e longitudinalidade, levando-os depois a ingressar no SNS, nas respetivas carreiras.

9. Transformações estruturais a realizar para ser possível terminar o plano de emergência no prazo indicativo de 3 anos

Para corrigir a situação de base que motiva a necessidade urgente deste Plano é absolutamente indispensável acelerar medidas transformadoras e reforço de recursos humanos, instalações e equipamentos da rede de cuidados primários / cuidados de proximidade para poder descontinuar este plano no prazo previsto.

10. Coordenação do plano

Sugere-se a constituição de uma pequena equipa central, por exemplo na Direção Executiva do SNS, para assegurar coordenação, harmonização, efetividade e eficiência da execução do Plano, que acompanhe a evolução, ação e resultados do conjunto das *equipas de missão local* e, simultaneamente, a evolução do reforço da estrutura permanente dos CSP constituída pelas diversas unidades funcionais dos centros de saúde.

Dada a natureza excecional e emergente do problema que este Plano visa solucionar, dever-lhe-á ser dedicado um orçamento específico.