

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

Ficha técnica

Título

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P.

Autor/Editor

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P.
Alameda Professor Hernâni Monteiro
Portaria B
4200 – 319 Porto

Data de criação

05/2024

ISBN

978-989-33-6239-6

Índice

INTRODUÇÃO	14
DIREÇÃO EXECUTIVA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	7
PLANEAR E ORGANIZAR	33
REDES DE REFERENCIAÇÃO	186
CUIDAR DOS MAIS VULNERÁVEIS	288
PROMOVER O ACESSO	345
TRANSFORMAÇÃO DIGITAL	402
MODERNIZAÇÃO TECNOLÓGICA	426
MENOS BUROCRACIA, MELHOR SNS	445
INVESTIR NA PREVENÇÃO	459
VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS	489
OUTROS PROJETOS	560

Lista de Siglas e Acrónimos

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACG - *Adjusted clinical groups*

ACM - Alto Comissariado das Migrações

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho

ADIFA - Associação de Distribuidores Farmacêuticos

AFP - Associação das Farmácias de Portugal

AICIB - Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica

AML - Área Metropolitana de Lisboa

AMP - Área Metropolitana do Porto

ANF - Associação Nacional de Farmácias

ANMSP - Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

APECSP - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

APMGF - Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

APR 31 - Versão 31 do Agrupador *All Patient Refined*

ARS - Administração Regional de Saúde

ARS Alentejo - Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

ARS Algarve - Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

ARS Centro - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

ARS Lisboa e Vale do Tejo - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

BPs - Projetos de Boas Práticas Seleccionadas

CCeS - Conselhos Clínicos e de Saúde

CCG - Código de Conduta do Governo

CCI - Conselho Consultivo Intersectorial

CEC - Código de Ética e Conduta

CESP - Centro de Emergências em Saúde Pública

CE-UrgMET - Comissão Executiva para a Organização das Urgências Metropolitanas de Lisboa e Porto

CGA - Caixa Geral de Aposentações

CH - Cuidados Hospitalares

CHBM - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.

CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

CHEDV - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

CHL - Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

CHO - Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.

CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

CHTS - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

CHTV - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CHUCB - Centro Hospitalar Universitário da Cova Beira, E.P.E.

CHULC - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

CHULN - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.

CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

CHUSA - Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

CHVNGE - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

CIMEN-DRC - Comissão de Implementação e Monitorização da Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica

CIMRL - Comunidade Intermunicipal da Região de Leiria

CKD-EPI - *Equations for Glomerular Filtration Rate*

CNCR - Comissão Nacional para os Centros de Referência

CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CNPCE - Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência

COL - Comité Organizador Local

CONFECOOP - Confederação Cooperativa Portuguesa

CP - Contrato-Programa

CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CPRE - Colangiografia Pancreática Retrógrada Endoscópica

CRC - Consultas Respiratórias na Comunidade

CRC-A - consultas respiratórias na comunidade nível A

CRC-B - consultas respiratórias na comunidade nível B

CReSAP - Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública

CRG - *Clinical Risk Groups*

CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

CRT - Coordenações Regionais para a Tuberculose

CSH - Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTA - Comissão Técnica de Acompanhamento

CVC - Centros Vacinação COVID-19

DAE - Desfibrilhação Automática Externa

DE-SNS - Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

DGPJ - Direção-Geral da Política da Justiça

DGS - Direção-Geral da Saúde, I.P.

DPO - *Data Protection Officer*

DQS - Departamento de Qualidade na Saúde

DRC - Doença Renal Crónica

EA-ULS - Equipa de Acompanhamento do modelo de "Implementação, Desenvolvimento e Monitorização das Unidades Locais de Saúde"

EBCP - *Europe's Beating Cancer Plan*

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

ENCP - Estratégia Nacional de Combate à Pobreza

ENIND - Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação

ENSP-NOVA - Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

EPSCO - Conselho Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores

ERA - Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento para os Cuidados de Saúde Primários

ERPI - Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

eSPap - Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I.P.

FAMI - Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração

FDI - Federação Dentária Internacional

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GeADAP - Gestão da Avaliação do Desempenho da Administração Pública

GNR - Guarda Nacional Republicana

GOI - Grupos Operativos Institucionais

GOL - Grupos Operativos Locais

GOR - Grupos Operativos Regionais

GROQUIFAR - Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos

GSSNS - Gabinete de Segurança do Serviço Nacional de Saúde

GT - Grupo de Trabalho

GT - grupo de trabalho

GTCCRO - Grupo de Trabalho para as Campanhas de Comunicação dos Rastreios Oncológicos

HB - Hospital de Braga, E.P.E.

HDFF - Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

HDS - Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

HFF - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

HGO - Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

HL - Hospital de Loures, E.P.E.

HML - Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

HSOG - Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E.

IA - Inteligência Artificial

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

ICU - Índice de Complexidade do Utente

IDE - Índice de Desempenho da Equipa multiprofissional

IDG - Índice de Desempenho Global

IFE - Internos de Formação Especializada

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

ILER - Interlocutor Local para a Estratificação pelo Risco

iMM - Instituto de Medicina Molecular

INCM - Imprensa Nacional Casa da Moeda, S.A.

INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

IPO - Instituto Português de Oncologia

IPOCFG - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

IPOLF - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

IPOPFG - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

ISS - Instituto da Segurança Social, I.P.

JADECARE - *Joint Action* da Comissão Europeia sobre Integração de Cuidados e Cuidados Centrados nas Pessoas

JMJ - Jornadas Mundiais da Juventude

LBP - Liga dos Bombeiros Portugueses

LCPA - Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso

LEC - Lista de Espera para a Consulta Externa

LEO - Lei de Enquadramento Orçamental

LGBTI - Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo

LIC - Lista de Espera Cirúrgica

LRSPB - Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga

MCDDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MI - Medicina Intensiva

MNT - Micobactérias Não-Tuberculosas

mRNA - Ácido Ribonucleico Mensageiro

MS - Ministério da Saúde

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

NACJR - Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NCH-PT - *National Cancer Hub* Portugal

NT/VC - nota de transferência/vale cirurgia

OESS - Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial da Saúde

OTAN - Organização do Tratado do Atlântico Norte

PAENCP - Plano de Ação da Estratégia Nacional de Combate à Pobreza

PAF1 - Paramiloidose Amiloidótica Familiar

PAFIC - Associação Portuguesa para a Integração de Cuidados

PAGPI - Plano de Ação da Garantia para a Infância

PAPVSS - Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

PAUF - Plano de Ação das Unidades Funcionais

PDO - Plano de Desenvolvimento Organizacional

PGR - Procuradoria-Geral da República

PIB - Produto Interno Bruto

PMA - Procriação Medicamente Assistida

PND - Programa Nacional para a Diabetes

PNDCC - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PNDO - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNDO - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNPVCV - Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

PNT - Programa Nacional para a Tuberculose

PRR - Plano de Recuperação e Resiliência

PSCI - Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

PSP - Polícia de Segurança Pública

PSPV - Planos de Segurança e Prevenção da Violência

PT EMT - Portuguese Emergency Medical Team

PTCO - Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade

PtCRIN - *Portuguese Clinical Research Infrastructure Network*

QMPD - Quadro Mínimo de Produção e Desempenho

QRG - Quadro de Referência Global do SNS

RAC - Relação de Albumina/Creatinina

REVIVE - Rede Nacional de Vigilância de Vetores

RGPC - Regime Geral da Prevenção da Corrupção

RGPD - Regulamento Geral da Proteção de Dados

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

RILER - Rede de Interlocutores Locais para a Estratificação pelo Risco

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RONDA - Reunião sobre Observações, Notícias, Dados e Alertas

RRH - Rede de Referência Hospitalar

RSE-SIGA - Sistema Integrado de Gestão de Acesso

SAAI - Sistemas de Administração Automática de Insulina

SBV - Suporte Básico de Vida

SEDP-SPP - Sociedade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

SF - Serviços Farmacêuticos

SGU - Sistema de Gestão de Utilizadores

SI - Sistema de Informação

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SIGO - Sistema de Informação de Gestão Orçamental

SIIP - Sistema Integrado de Informações de Prestadores

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SIOE - Sistema de Informação da Organização do Estado

SISO - Sistema de Informação em Saúde Oral

SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOCSP - Projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários

Solução FE-AP - Solução de Fatura Eletrónica na Administração Pública

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetes

SPEDM - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

SPEDP - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica

SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E

SSI - Sistema de Segurança Interna

SSO - Serviços de Saúde Oral

SU - Serviços de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

SUPM - Serviço de Urgência de Pediatria Médica

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TB - Tuberculose

TBI - Tuberculose Infantil

TBMR - Tuberculose Multirresistente

TESSy - Sistema Europeu de Vigilância Epidemiológica

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

TSDT - Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

TSS - Técnicos Superiores de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UDIC-CHBV - Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

UDIC-HSOG - Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E.,

UE - União Europeia

UGA - Unidade de Gestão do Acesso

UGA - Unidade de Gestão do Acesso

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS Alentejo Central - Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.

ULS Algarve - Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.

ULS Almada-Seixal - Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.

ULS Alto Alentejo - Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo E.P.E.

ULS Alto Ave - Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.

ULS Alto Minho - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

ULS Amadora/Sintra - Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E.

ULS Arco Ribeirinho - Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.

ULS Arrábida - Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.

ULS Baixo Alentejo - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

ULS Baixo Mondego - Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.

ULS Barcelos/Esposende - Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, E.P.E.

ULS Braga - Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.

ULS Castelo Branco - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

ULS Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.

ULS Cova da Beira - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.

ULS Entre Douro e Vouga - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.

ULS Estuário do Tejo - Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.

ULS Gaia/Espinho - Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E.P.E.

ULS Guarda - Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

ULS Lezíria - Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.

ULS Lisboa Ocidental - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

ULS Litoral Alentejano - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

ULS Loures-Odivelas - Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, E.P.E.

ULS Matosinhos - Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.

ULS Médio Ave - Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.

ULS Médio Tejo - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.

ULS Nordeste - Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

ULS Norte Alentejano - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

ULS Oeste - Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.

ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde - Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.

ULS Região de Aveiro - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro E.P.E.

ULS Região de Leiria - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.

ULS Santa Maria - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.

ULS Santo António - Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

ULS São João - Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.

ULS São José - Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.

ULS Tâmega e Sousa - Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

ULS Viseu Dão-Lafões - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E.

UMP - União das Misericórdias Portuguesas

UMPP - Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto

UMuP - União das Mutualidades Portuguesas

UMURM - Urgência Metropolitana de Urologia, da Região do Minho

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

UTO-SUPM-LVT - Unidade Técnica Operacional para Avaliar a Reorganização dos Serviços de Urgência de Pediatria Médica na Área de Lisboa e Vale do Tejo

VV-AVC - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

Introdução

De acordo com o Despacho n.º 1/2024, de 16 de abril, da Sra. Ministra da Saúde, foi solicitado um relatório com as principais medidas adotadas pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS), no âmbito das suas atribuições, e documentos que sustentaram as decisões.

Agradecemos a oportunidade concedida, pois pensamos que se trata, não apenas de uma responsabilidade, como de um dever, disponibilizar os resultados do trabalho efetuado, para que possa ser escrutinado, atividade salutar na vida pública.

Nesse sentido, este relatório, mais do que uma discriminação da atividade, visa elencar algumas das prioridades e as soluções que foram construídas para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), não abrangendo toda a atividade da DE-SNS.

A DE-SNS, iniciou a atividade a 1 de janeiro de 2023, com o objetivo fundamental de coordenar a resposta assistencial das unidades do SNS e de modernizar a sua gestão, de acordo com as melhores práticas defendidas internacionalmente.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na redação dada pelos Decretos-Lei n.ºs 7-A/2023, de 30 de janeiro, e 102/2023, de 7 de novembro, e pela Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, prevê no seu artigo 9.º, que o SNS é dirigido, a nível central, por uma direção executiva, à qual compete, sem prejuízo da autonomia das unidades de saúde que integram o SNS e da sua organização regional, designadamente:

- i. Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);
- ii. Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes;
- iii. Assegurar o funcionamento em rede do SNS, através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade, nomeadamente coordenando a criação, revisão e gestão das Redes de Referência Hospitalar;
- iv. Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;
- v. Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;
- vi. Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos;
- vii. Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;
- viii. Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;

- ix. Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- x. Assegurar a representação do SNS;
- xi. Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar todos os atos que lhe sejam delegados.

Ainda no âmbito do mencionado artigo 9.º, dispõe o respetivo n.º 6, que: *“A natureza jurídica, organização e funcionamento da Direção Executiva do SNS são definidos em diploma próprio.”*

Em execução do disposto no acima mencionado artigo 9.º, n.º 6, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, procedeu-se através do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, à aprovação da orgânica da DE-SNS, enquanto instituto público de regime especial integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, composto pelos seguintes órgãos: o diretor executivo, o conselho de gestão, o conselho estratégico, a assembleia de gestores, o conselho consultivo e o fiscal único.

Nos termos do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, o diretor executivo, que é o órgão diretivo, de representação e de mais elevada responsabilidade de gestão do SNS, é nomeado por Resolução do Conselho de Ministros, por proposta do membro do Governo responsável pela área da saúde, acompanhada de avaliação não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo de gestor público da personalidade a que respeita a proposta de designação, realizada pela Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CReSAP), observando, quanto ao resto, o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.

Os membros do conselho de gestão são nomeados por Resolução do Conselho de Ministros, por proposta do diretor executivo, acompanhada de avaliação de currículo e de adequação de competências realizada pela CReSAP, observando o disposto no Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, e no Estatuto do Gestor Público.

O mandato dos membros do conselho de gestão tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, acompanhando o mandato do diretor executivo.

Desta forma, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/2022, de 25 de outubro, foi designado, sob proposta do membro do Governo responsável pela área da saúde, para o cargo de Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, por um período de três anos, Fernando Manuel Ferreira Araújo, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho do cargo foram evidenciadas na respetiva nota curricular.

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2022, de 5 de dezembro, foram designados, sob proposta do diretor executivo da DE-SNS, para integrarem o respetivo

conselho de gestão, os seguintes profissionais, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho do cargo foram evidenciadas nas respectivas notas curriculares: Fátima Cristina Mira da Fonseca; Francisco Goiana Godinho da Silva; Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso; Rita Gonçalves Moreira; Vítor Jaime Pereira Alves.

Através da Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, procedeu-se à aprovação dos Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

O diretor executivo e o conselho de gestão, compostos, em conjunto, por seis elementos (quatro provindos do SNS, um do Ministério das Finanças e um da atividade privada), com competências distintas e complementares, comungando de uma enorme experiência ao serviço do SNS, uma dedicação ao bem público e uma enorme motivação para o projeto, foram, durante cerca de um ano, os profissionais que integraram a DE-SNS e que realizaram o trabalho que a seguir será elencado.

Apesar do número de profissionais limitado, foi possível trabalhar de forma muito intensa naquelas que eram as prioridades da DE-SNS, num contexto em que não existiu tempo prévio, específico e dedicado, para a instalação das estruturas e desenho da organização interna.

Assim, de uma forma disruptiva e atípica para uma nova organização pública, à custa de um esforço único, foi exigido um trabalho paralelo, complexo e muito exigente, quer na instalação desta nova instituição (com todas as questões administrativas que são exigidas e que por vezes levam anos a ser concretizadas, conforme outros exemplos existentes no âmbito da *Administração Pública*), quer na resolução dos problemas do SNS, desde o primeiro dia de atividade.

Assumimos, de acordo com o quadro legal, muitas funções que estavam adstritas às administrações regionais de saúde (ARS), Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), e, mediante delegação de competências, Gabinetes do Sr. Secretário de Estado da Saúde e do Sr. Secretário de Estado do Tesouro, desburocratizando os processos, reduzindo tempos de resposta, diminuindo os patamares de decisão, aumentando a autonomia das instituições e modernizando a efetiva gestão do SNS.

A DE-SNS não utilizou como desculpa não possuir meios para realizar o seu trabalho, nem como argumentos a necessidade (que era plenamente justificada) de tempo para se instalar, de condições de funcionamento adequadas, ou de um número mínimo de profissionais adstritos, antes de iniciar a atividade para a qual tinha sido criada e de assumir as suas responsabilidades, que tentou observar, com qualidade e celeridade.

Nunca a DE-SNS se refugiou em questões processuais, para não cumprir com as obrigações que lhe tinham sido confiadas, nos tempos certos, na defesa do SNS.

Muitas das atividades não estão descritas neste relatório. O trabalho mais importante poderá não ser visível e até passar despercebido para observadores menos atentos ou conhecedores destes processos. A mudança da cultura do SNS estava em curso e essa trará seguramente resultados em tempos posteriores, mas de uma forma consistente. O

SNS, como várias vezes referimos, está frágil e vulnerável, e por isso a exigir, com rapidez, a transformação e a reforma profunda que estava a ser implementada.

Trabalhámos de forma ativa na integração clínica, na constituição de uma efetiva rede de instituições do SNS que funcionasse de forma articulada e em complementaridade, no financiamento *per capita* ajustado ao risco, complementado com verbas que custeassem os fluxos de doentes entre Unidades Locais de Saúde (ULS), na formação e investigação, na inovação e diferenciação, na disponibilidade do serviço de urgência, nos medicamentos hospitalares mais dispendiosos, entre outras dimensões, trazendo justeza ao modelo, nomeadamente para as ULS com cariz universitário.

Na perspetiva de garantir a sustentabilidade do SNS, foi iniciada a implementação de programadas de financiamento baseados no valor das intervenções em saúde, centrando o SNS nos resultados para o utente, nos cuidados de saúde primários e na proximidade, e finalmente priorizando de forma efetiva a prevenção da doença.

Foi nossa preocupação a simplificação da gestão do SNS, através do aumento da autonomia das instituições face a outros níveis de decisão (por vezes chamada de verticalização, mas cujo alcance é a redução dos patamares de decisão, aumentando a rapidez nas respostas e aproximando a decisão do local de prestação de cuidados), da redução para menos de metade das instituições (mais de 100 para menos de 50) e dos respetivos lugares de administração.

A defesa dos recursos humanos numa visão de motivação e reconhecimento pelo excelente trabalho efetuado, o investimento na modernização das estruturas e equipamentos do SNS, foram das vertentes mais relevantes e cujo trabalho ainda tem um percurso a ser feito.

Nestes 15 meses, apesar dos condicionalismos externos, foi realizada a maior reforma, em termos organizacionais, nos 45 anos de existência do SNS. As reformas em qualquer área são difíceis, mas na saúde são particularmente complexas e exigentes. No entanto, foi possível realizar alterações legislativas, introduzir novos modelos económicos, planejar estratégias e organizar processos, envolver as equipas das várias instituições, instituir mecanismos externos para monitorizar e avaliar a reforma e realmente mudar o SNS.

Trabalhámos sempre de forma articulada com as outras instituições do Ministério da Saúde, numa lógica de parceria e alinhamento das funções e competências, sem questões ou dificuldades.

Paralelamente, implementou-se uma agenda de desburocratização, desde a autodeclaração de doença, os certificados de incapacidade temporária nos serviços privados e sociais e nos serviços de urgência dos hospitais públicos, a medicação para doenças crónicas disponível nas farmácias comunitárias, a alteração do período de validade das receitas e MCDT para doze meses, os pilotos dos Centros de Avaliação Médica e Psicológica para a emissão dos atestados médicos para as cartas de condução e outras finalidades, a vacinação nas farmácias comunitárias, o acesso dos médicos das juntas da segurança social ao processo clínico eletrónico, ou uma nova visão sobre os rastreios de base populacional, entre muitas das dimensões, que possuem uma característica comum: simplificação administrativa, facilitação da vida dos utentes,

desburocratização do trabalho dos profissionais de saúde, e uma melhoria da satisfação na utilização dos serviços.

O planeamento desta profunda reorganização do SNS foi cumprido, algo que não é normal na Administração Pública. Tal apenas foi possível porque existia, de todo o Governo e de Sua Excelência o Senhor Presidente da República, uma enorme abertura às propostas apresentadas e uma disponibilidade ímpar para apoiar a sua concretização.

Em relação ao presente documento, este foi elaborado no sentido de identificar o conjunto de intervenções estratégicas, que foram realizadas pela DE-SNS, para promover um planeamento e uma organização moderna do SNS, uma gestão que assegurasse a sua sustentabilidade, um aumento da autonomia das instituições, uma redução da burocracia, uma valorização dos recursos humanos e das ferramentas digitais e tecnológicas, o cuidar dos mais vulneráveis, a promoção do acesso, o investimento na prevenção, e um foco no essencial, o utente, construindo um SNS mais efetivo e inclusivo.

Nesse sentido, dividimos este testemunho em doze capítulos e mais de seiscentas páginas, às quais se juntam um conjunto de cerca de 350 anexos, com mais de 8 mil páginas. Não será seguramente a quantidade que é relevante, mas foi uma tentativa séria de elencar, de forma transparente, as mais de duzentas iniciativas em que trabalhamos, os problemas e as soluções estudadas, podendo naturalmente ser objeto de decisões políticas distintas, mas permitindo uma base sólida para o estudo dos processos.

Terminamos este desafio com um sentimento de dever cumprido e desejamos as maiores felicidades à nova equipa, nestas nobres funções, na defesa do SNS.

Porto, 17 de maio de 2024

A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

Fernando Araújo

Fátima Fonseca

Filomena Cardoso

Francisco Goiana da Silva

Jaime Alves

Rita Moreira

**Fernando
Araújo**

Assinado de forma digital por Fernando Araujo
DN: c=PT, title=Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, o=Direção Executiva do Serviço Nacional da Saúde, sn=Araujo, givenName=Fernando, cn=Fernando Araujo
Dados: 2024.05.20 13:01:52 +01'00'

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

Instalação da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P.

Em janeiro de 2023, a DE-SNS, não possuía estatutos, orgânica, serviços ou trabalhadores, mas nem por isso deixou, desde o primeiro dia de cumprir com todas as obrigações legais e administrativas.

Mediante prévia solicitação da DE-SNS, foi aprovado em 25 de maio de 2023, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, um mapa de pessoal transitório com 22 lugares (16 técnicos superiores, três assistentes técnicos e três assistentes operacionais), mas que só poderia ser legalmente operacionalizado após a aprovação dos Estatutos da DE-SNS.

Com a conclusão de um processo de mobilidade, procedeu-se ao recrutamento de uma técnica superior, tendo sido preenchido o primeiro posto de trabalho da DE-SNS, com efeitos a 1 de dezembro de 2023.

Nos primeiros meses de 2024, concluíram-se os processos de mobilidade de mais sete colaboradores, e procedeu-se, em cumprimento do disposto nos artigos 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na sua redação atual, à transição de 11 postos de trabalho da ACSS para a DE-SNS, no âmbito do processo de sucessão das atribuições da ACSS em matéria de gestão do acesso, da RNCCI e da RNCP.

Ainda nos meses de março e de abril de 2024, procedeu-se à nomeação, em regime de substituição, dos primeiros três dirigentes de nível intermédio da DE-SNS, um provindo do mapa de pessoal da ACSS, um da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., e um da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., onde já exerciam funções de dirigentes nas respetivas áreas, de forma a poderem conduzir os processos de instalação dos respetivos departamentos na DE-SNS, tendo sido desencadeados os procedimentos legais necessários à abertura dos respetivos concursos públicos.

Durante estes 15 meses de atividade, não foram recrutados para a DE-SNS, quaisquer profissionais que não possuísem vínculo à Administração Pública, numa lógica de aproveitamento de todas as competências existentes e evitando a criação de despesa nova para o erário público. A estratégia pressupunha a incorporação de uma parte dos recursos existentes nas administrações regionais de saúde (ARS) e na ACSS, nas competências legalmente estabelecidas, através do diploma que iria extinguir as ARS, desta forma não onerando o Estado e rentabilizando os profissionais e a sua experiência.

Foi neste enquadramento que, durante o ano de 2023 a DE-SNS desenvolveu a sua atividade gestonária, de planeamento e organização da rede do SNS, cumprindo com os termos da lei em vigor, contando, estruturalmente, apenas com o seu conselho de gestão e diretor executivo, e a partir de dezembro, com uma técnica superior.

De sublinhar, por exemplo, a elaboração e submissão do Orçamento da DE-SNS para o ano de 2024, a proposta de Mapa de Pessoal para o ano de 2024, o Balanço Social do

ano de 2023 ou a Conta de Gerência do ano de 2023, processos de elevada complexidade e que, sem serviços ou profissionais adstritos às áreas de recursos humanos, jurídicos ou financeiros, foi possível cumprir com sucesso, nos calendários estabelecidos superiormente.

Um agradecimento especial aos elementos que pertencendo às ARS e à ACSS, nas competências que foram transferidas para a DE-SNS, trabalharam, fundamentalmente a partir do segundo semestre de 2023, em termos funcionais sob a nossa orientação, ainda que pertencessem em termos legais e hierárquicos às estruturas de origem, nomeadamente no que concerne às áreas de estudos e planeamento, contratualização, RNCCI, RNCP, e instalações e equipamentos.

De seguida elencam-se as principais atividades realizadas no âmbito da instalação e normal funcionamento da DE-SNS, que foram realizados:

1. Registo no Instituto dos Registos e do Notariado (Registo Nacional das Pessoas Coletivas), tendo-lhe sido atribuído o NIPC: 07380718;
2. Inscrição na Autoridade Tributária e Aduaneira, com o NIF: 517246171;
3. Inscrição no Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE);
4. Inscrição na Caixa Geral de Aposentações (CGA), e, bem assim, a respetiva senha de acesso à CGA direta, necessária para se proceder à entrega dos descontos efetuados nos vencimentos para efeitos de aposentação;
5. Registo junto da Segurança Social;
6. Registo na Plataforma de Gestão da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (GeADAP);
7. Registo na Plataforma de Compras Públicas;
8. Registo para acesso à Imprensa Nacional Casa da Moeda, S.A. (INCM);
9. Registo para acesso ao Sistema de Informação da Organização do Estado (SIOE);
10. Adesão à Solução de Fatura Eletrónica na Administração Pública (Solução FE-AP);
11. Registo para acesso e utilização do Sistema de Gestão de Utilizadores (SGU) da Administração Pública;
12. Registo para utilização da Plataforma e Contas do Tribunal de Contas.

13. No contexto orçamental e financeiro para além da implementação do sistema próprio e autónomo de gestão orçamental (SICS), e de registo de assiduidade (RHV), sem encargos para a DE-SNS, e necessários para assegurar o processamento de vencimentos e efetuar pagamentos, procedeu-se:
- i. À criação da conta relativa ao Balcão 33 na DGO;
 - ii. À criação da conta no IGCP;
 - iii. À inscrição da DE-SNS no Portal SIGO – Sistema de Gestão Orçamental DGO/ESPAP.
14. No domínio da criação das condições para o normal funcionamento da DE-SNS, foram assinados dois protocolos de cedência de espaços, segurança, limpeza, e outros serviços, com:
- i. A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., com início a 01.01.2023;
 - ii. O Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., com início a 01.01.2023.
15. Após intenso, mas profícuo processo negocial com a ESTAMO, e cumpridos com todos os termos legais, foi assinado o contrato promessa de arrendamento não habitacional, com opção futura de compra, da futura sede da DE-SNS. O contrato foi visado pelo Tribunal de Contas e as obras de remodelação do espaço encontram-se em curso, tal como planeado.
16. Emitidas todas as declarações de cabimento orçamental e do compromisso da despesa da DE-SNS, necessárias para acomodar a despesa com as aquisições de bens e serviços e para dar cumprimento às boas regras de gestão orçamental, que exigem que nenhuma despesa pode ser realizada sem que tenha a correspondente dotação orçamental.
17. Dentro dos prazos estabelecidos na Circular que contempla as Instruções para a elaboração do Orçamento do Estado para 2024, da Direção-Geral do Orçamento, a DE-SNS elaborou e submeteu o respetivo orçamento para o ano de 2024, em agosto de 2023, tal como o seu mapa de pessoal, cumprindo com todas as suas obrigações nestes domínios.
18. Por despacho de 28 de março de 2024, do então Secretário de Estado da Saúde, foi aprovado o Mapa de Pessoal, elaborado pela DE-SNS, para o ano de 2024.
19. Contrato de Adesão à Fatura Eletrónica na Administração Pública
- i. Entre os Serviços Partilhados da Administração Pública, I.P. (ESPAP, I.P.) e a DE-SNS, foi realizado um contrato que tem como objeto a adesão da DE-SNS ao sistema de faturação eletrónica na Administração Pública (Solução FE-AP), disponibilizado pela ESPAP, I.P.

- ii. A adesão à solução FE-AP segue as condições jurídicas do “Acordo tipo EDI europeu”, aprovado pela Recomendação n.º 1994/820/CE, da Comissão, de 19 de outubro.
20. Contrato de Adesão ao Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (GeADAP)
- i. Entre a ESPAP, I.P., e a DESNS, foi realizado um contrato que tem como objeto a adesão da DE-SNS ao Sistema Integrado de Gestão da avaliação do Desempenho da Administração Pública (GeADAP) disponibilizado pela ESPAP, I.P.
21. Elaboração da Carta de Missão 2023-2025;
22. Elaboração da Conta de Gerência 2023;
23. Elaboração do Balanço Social relativo ao ano de 2023, em cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 190/96, de 9 de outubro e de acordo com as orientações da Direção Geral da Administração e do Emprego Público;
24. Elaboração do Código de Ética e Conduta da Direção Executiva do SNS, I.P.

Carta de Missão 2023-2025

A DE-SNS é nos termos do artigo 1.º da respetiva lei orgânica “(...) *um instituto público, de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio*”.

Nos termos do artigo 19.º-A, da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual, que tem por epígrafe “Carta de Missão”, estabelece a necessidade de elaboração de uma carta de missão pelo membro do Governo que dirige ou superintende e tutela o serviço ou órgão em que se insere o cargo que constitui um compromisso de gestão.

O n.º 2 do artigo em referência estabelece que “*Na carta de missão são definidos de forma explícita os objetivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir no decurso do exercício de funções, sem prejuízo da sua revisão, sempre que tal se justifique, por alterações de contexto geral ou por circunstâncias específicas que o determinem, mediante orientação do respetivo membro do Governo*”.

No que se refere à avaliação dos seus dirigentes de nível superior a mesma encontra-se regulada na Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis n.ºs 64-A/2008, de 31 de dezembro, e 55-A/2010, de 31 de dezembro, que “*Estabelece o Sistema integrado de gestão e Avaliação da Administração Pública*”.

Nos termos do artigo 30.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, a *“(...) avaliação global do desempenho dos dirigentes superiores para efeitos de renovação da comissão de serviço efetua-se com base nos seguintes parâmetros:*

- i. «Grau de cumprimento dos compromissos» constantes das respetivas cartas de missão, tendo por base os indicadores de medida fixados para a avaliação dos resultados obtidos em objetivos de eficácia, eficiência e qualidade nelas assumidos e na gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais afetos ao serviço;*
- ii. Competências» de liderança, de visão estratégica, de representação externa e de gestão demonstradas.*

Por seu turno estabelece o artigo 5.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que: *“O membro do Governo responsável pela área da saúde elabora a carta de missão que define os objetivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir anualmente e até ao final do mandato pelo diretor executivo, sem prejuízo da sua revisão sempre que tal se justifique, por alteração do contexto geral ou por circunstâncias específicas que o determinem”.*

A avaliação de dirigentes superiores assenta em cartas de missão, com base nos parâmetros "grau de cumprimento dos compromissos" e de "competências" de liderança, de visão estratégica, de representação externa e de gestão demonstradas, essenciais para um bom desempenho nos mais altos cargos da Administração Pública.

Neste contexto, foi assinada entre o Sr. Ministro da Saúde e o Senhor Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, para o mandato de 1 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2025, a carta de missão do Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, cujos objetivos e metas se resumem a seguir:

Objetivo Estratégico	Peso do Objetivo Específico	Objetivo Específico	Peso do Objetivo Operacional	Objetivo Operacional	Indicador	Meta	Superação	Calendarização		
								2023	2024	2025
1. Promover a integração da prestação de cuidados de saúde.	100%	Aumentar de forma significativa a gestão integrada dos cuidados de saúde primários e hospitalares dotando-os de uma visão gestora e de prestação de cuidados de saúde integrada, através do modelo das ULS.	30%	Elaboração do diploma legal necessário à criação das ULS.	Diploma legal.	Julho de 2023.	Apresentação do diploma legal.	Apresentação do diploma legal necessário à criação das ULS.	N/A	N/A
			70%	Implementar as novas ULS e monitorização do desempenho de todas as ULS.	Relatórios das ULS.	Implementar 32 ULS e elaborar relatório relativamente a 39 ULS	Elaboração dos 39 relatórios relativamente às ULS.	N/A	Assegurar a entrada em funcionamento efetivo das 32 novas ULS.	Avaliar o desempenho das 39 ULS e elaborar respetivo Relatório, a enviar à tutela até 31 de dezembro, com reporte dos contrangimentos existentes e propostas de solução.
2. Garantir o funcionamento em rede e referenciação da prestação de cuidados de saúde	100%	Reforçar a cultura de funcionamento em rede, de forma a dotar a prestação de cuidados de saúde de maior previsibilidade e segurança para os utentes.		Reformular as redes de referenciação hospitalar das diversas especialidades de forma a garantir a melhoria dos cuidados de saúde aos utentes.	Número de RRH.	20 RRH.	>20RRH	Reformular 2 RRH.	Reformular 8 RRH.	Reformular 10 RRH.
3. Garantir o acesso a cuidados de saúde e direitos dos utentes	100%	Reduzir as situações de incumprimento do TMRG para as primeiras consultas e cirurgias, e qualificação da monitorização do acesso a cuidados de saúde pelos utentes.	70%	Reduzir as situações de incumprimento do TMRG das primeiras consultas e das cirurgias.	Percentagem anual (de pelo menos, 5%) de redução dos TMRG em relação a 2023.	Reduzir, pelo menos, 5%/anual.	≤ 5% e ≤10%	N/A	Reduzir em, pelo menos, 5% dos TMRG de primeira consulta e cirurgia, em relação a 2023.	Reduzir em, pelo menos, 10% dos TMRG de primeira consulta e cirurgia, em relação a 2023.
			30%	Implementar o sistema informático que qualifique/quantifique a monitorização dos tempos de espera no SNS.	Percentagem de implementação da ferramenta.	Abranger todo o SNS.	≥51% e ≥91%	Conceber metodologia que qualifique/quantifique a monitorização dos tempos de espera no SNS.	Implementar ferramenta em 50% do SNS.	Implementar ferramenta em 90% do SNS.
4. Promover a participação das pessoas no SNS	100%	(Criação de uma) Criar cultura de efetiva participação das pessoas, dos utentes, das organizações e dos municípios na tomada de decisão no âmbito do SNS.	50%	Constituir Conselhos Consultivos das ULS.	Percentagem da constituição de Conselhos Consultivos das ULS	39	≥51% e ≥91%	N/A	Constituir, pelo menos, 50% dos Conselhos Consultivos das ULS.	Constituir, pelo menos, 90% dos Conselhos Consultivos das ULS.
			50%	Inquéritos de satisfação realizados.	Número de Inquéritos de satisfação e de elaboração dos respetivos Relatórios.	2	≥3	N/A	Realizar, pelo menos, 1 inquérito de satisfação aos utentes, de abrangência nacional e propor à Tutela soluções para os contrangimentos assinalados, no prazo máximo de 3 meses após conclusão dos inquéritos.	Realizar pelo menos, 1 inquérito de satisfação aos utentes, de abrangência nacional e propor à Tutela soluções para os contrangimentos assinalados, no prazo máximo de 3 meses após conclusão dos inquéritos.
5. Governação e inovação	100%	Implementar metodologia de definição de estratégias de recursos do SNS e de definição das linhas de atuação do SNS, e promoção da inovação no SNS.	50%	Implementar novas formas de prestação de cuidados de saúde aos utentes, em proximidade, envolvendo serviços e organismos do Ministério da Saúde e entidades privadas, nomeadamente as	Número de iniciativas implementadas.	3	≥ 4	Pelo menos 1 iniciativa implementada.	Pelo menos 1 iniciativa implementada.	Pelo menos 1 iniciativa implementada.
			50%	Implementar o conselho estratégico e a assembleia de gestores da DE-SNS.	Número de Reuniões realizadas.	4	≥ 5	N/A	Pelo menos 1 reunião do conselho estratégico e pelo menos 1 reunião da assembleia de gestores.	Pelo menos 1 reunião do conselho estratégico e pelo menos 1 reunião da assembleia de gestores.

A 31 de dezembro de 2023, a avaliação feita do grau de concretização dos objetivos e das metas estabelecidas é o seguinte:

Objetivo Estratégico	Peso do Objetivo Específico	Objetivo Específico	Peso do Objetivo Operacional	Objetivo Operacional	Indicador	Meta	Superação	Calendarização 2023	Grau de concretização em
1. Promover a integração da prestação de cuidados de saúde.	100%	Aumentar de forma significativa a gestão integrada dos cuidados de saúde primários e hospitalares dotando-os de uma visão gestora e de prestação de cuidados de saúde integrada, através do modelo das ULS.	30%	Elaboração do diploma legal necessário à criação das ULS.	Diploma legal.	Julho de 2023.	Apresentação do diploma legal.	Apresentação do diploma legal necessário à criação das ULS.	Apresentação de proposta de diploma legal necessário à criação das ULS em 26 de março de 2023
			70%	Implementar as novas ULS e monitorização do desempenho de todas as ULS.	Relatórios das ULS.	Implementar 32 ULS e elaborar relatório relativamente a 39 ULS	Elaboração dos 39 relatórios relativamente às ULS.	N/A	N/A
2. Garantir o funcionamento em rede e referenciação da prestação de cuidados de saúde	100%	Reforçar a cultura de funcionamento em rede, de forma a dotar a prestação de cuidados de saúde de maior previsibilidade e segurança para os utentes.		Reformular as redes de referência hospitalar das diversas especialidades de forma a garantir a melhoria dos cuidados de saúde aos utentes.	Número de RRH.	20 RRH.	>20RRH	Reformular 2 RRH.	Reformulação de 3 RRH
3. Garantir o acesso a cuidados de saúde e direitos dos utentes	100%	Reduzir as situações de incumprimento do TMRG para as primeiras consultas e cirurgias, e qualificação da monitorização do acesso a cuidados de saúde pelos utentes.	70%	Reduzir as situações de incumprimento do TMRG das primeiras consultas e das cirurgias.	Percentagem anual (de pelo menos, 5%) de redução dos TMRG em relação a 2023.	Reduzir, pelo menos, 5%/anual.	≤ 5% e ≤10%	N/A	N/A
			30%	Implementar o sistema informático que qualifique/quantifique a monitorização dos tempos de espera no SNS.	Percentagem de implementação da ferramenta.	Abranger todo o SNS.	≥51% e ≥91%	Conceber metodologia que qualifique/quantifique a monitorização dos tempos de espera no SNS.	Foi elaborado e aprovado o documento contendo a metodologia a adoptar para cumprimento do objetivo estratégico
4. Promover a participação das pessoas no SNS	100%	(Criação de uma) Criar cultura de efetiva participação das pessoas, dos utentes, das organizações e dos municípios na tomada de decisão no âmbito do SNS.	50%	Constituir Conselhos Consultivos das ULS.	Percentagem da constituição de Conselhos Consultivos das ULS	39	≥51% e ≥91%	N/A	N/A
			50%	Inquéritos de satisfação realizados.	Número de Inquéritos de satisfação e de elaboração dos respetivos Relatórios.	2	≥3	N/A	N/A
5. Governação e inovação	100%	Implementar metodologia de definição de estratégias de recursos do SNS e de definição das linhas de atuação do SNS, e promoção da inovação no SNS.	50%	Implementar novas formas de prestação de cuidados de saúde aos utentes, em proximidade, envolvendo serviços e organismos do Ministério da Saúde e entidades privadas, nomeadamente as farmácias.	Número de iniciativas de implementadas.	3	≥ 4	Pelo menos 1 iniciativa implementada.	Operacionalização da campanha de vacinação sazonal contra a gripe e contra a Covid 19, incluindo pela primeira vez as farmácias comunitárias no processo
			50%	Implementar o conselho estratégico e a assembleia de gestores da DE-SNS.	Número de Reuniões realizadas.	4	≥ 5	N/A	N/A

Neste âmbito, a DE-SNS cumpriu e ultrapassou os objetivos fixados para o ano de 2023, estabelecidos na respetiva Carta de Missão, facto que foi aprovado e reconhecido por despacho de 20 de fevereiro de 2024, do Senhor Ministro da Saúde.

Conta de Gerência 2023

A DE-SNS apresentou o Relatório e Contas relativas ao ano de 2023, em cumprimento da Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro, que aprova a Lei de Enquadramento Orçamental (LEO), e da Resolução n.º 3/2023 do Tribunal de Contas.

A DE-SNS apresentou a sua Conta de Gerência pela primeira vez, sem que para o efeito tenha ainda a sua equipa financeira e de recursos humanos, e só durante o mês de fevereiro de 2024, tenha sido nomeado o seu fiscal único.

Elaboração do Balanço Social relativo ao ano de 2023

A DE-SNS sendo um instituto Público de regime especial encontra-se obrigada, nos termos do Decreto-Lei n.º 190/96, de 9 de outubro, a elaborar e submeter o Balanço Social, que deve ser realizado anualmente com referência a 31 de dezembro do ano anterior, de acordo com as orientações da Direção Geral da Administração e do Emprego Público.

Este documento constitui um instrumento de gestão de referência do capital humano dos serviços e organismos da Administração Pública, porquanto contempla informação dinâmica dos Recursos Humanos.

Neste sentido foi elaborado o Balanço Social da DE-SNS, por referência a 31 de dezembro de 2023.

Este documento constitui um marco para a DE-SNS, pois este é o seu primeiro Balanço Social, que irá servir de base e de referência no processo futuro de elaboração dos balanços sociais desta instituição.

Código de Ética e Conduta

O Código de Ética e Conduta da DE-SNS (CEC), aplica-se aos colaboradores, trabalhadores e dirigentes, os quais ficam vinculados a observar os valores, princípios e normas deste código quando intervenham, interna ou externamente, no exercício de funções ou em atividades no âmbito de todas as unidades ou serviços que integram a DE-SNS.

O CEC, em linha com os demais instrumentos de gestão no domínio das regras de conformidade normativa, da gestão dos riscos e dos instrumentos de controlo interno, constitui um dos pilares para a preservação da imagem institucional, por forma à adequada prevenção e mitigação de situações de incumprimento de deveres funcionais, bem como de erros e de riscos, incluindo os de fraude, corrupção e infrações conexas, estes últimos, objeto de instrumentos de gestão específicos e previstos na lei.

O CEC pretende identificar e difundir junto dos seus destinatários um conjunto de princípios, valores e regras de atuação no domínio da ética profissional que todos devem observar no exercício das respetivas funções, no relacionamento recíproco e com pessoas ou entidades terceiras, de forma ocasional ou duradoura.

O CEC pretende robustecer a DE-SNS e contribuir para responder aos desafios e às expectativas, de forma mais rigorosa, eficaz, solidária e ética.

Órgãos da DE-SNS

De acordo com o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na sua redação atual, que aprova a orgânica da DE-SNS, são órgãos da DE-SNS, o diretor executivo, o conselho de gestão, o conselho estratégico, a assembleia de gestores e o fiscal único, bem como o conselho consultivo.

O conselho estratégico é o órgão de coordenação da definição das estratégias de recursos do SNS. O conselho estratégico é composto pelo diretor executivo, pelo presidente do conselho diretivo da ACSS e pelo presidente do conselho de administração da SPMS. Compete ao conselho estratégico:

- a) Contribuir para o alinhamento dos planos plurianuais de recursos humanos, financeiros e de investimentos em instalações e equipamentos, previstos no Estatuto do SNS;
- b) Contribuir para a definição da estratégia dos sistemas de informação e comunicação a utilizar no SNS;
- c) Contribuir para a definição da estratégia de compras centralizadas de bens e serviços do SNS;
- d) Contribuir para a definição da estratégia de desenvolvimento das áreas instrumentais à prestação de cuidados de saúde do SNS.

No dia 28 de fevereiro de 2024 reuniu-se o conselho estratégico da DE-SNS, após a competente aprovação dos estatutos da DE-SNS, de forma a alinhar a estratégia e a definir a visão do SNS para 2024.

A assembleia de gestores é o órgão de consulta e participação da DE-SNS, que contribui para a definição das linhas gerais de atuação do SNS, competindo-lhe dar parecer sobre todas as matérias que lhe sejam submetidas pelo diretor executivo e emitir recomendações por sua iniciativa. A assembleia de gestores é composta pelos:

- a) Presidentes dos conselhos de administração dos institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde;
- b) Presidente do conselho diretivo do INEM;
- c) Presidente do conselho diretivo do INSA;
- d) Presidente do conselho diretivo do IPST;
- e) Presidente do conselho de administração dos SPMS.

No dia 28 de fevereiro de 2024 reuniu-se a assembleia de gestores da DE-SNS, após a competente aprovação dos estatutos da DE-SNS. Para além das entidades que legalmente compõem este órgão, foram ainda convidados a estar presentes o Presidente

do Conselho Diretivo da ACSS, o Sr. Secretário de Estado da Saúde e o Sr. Ministro da Saúde. A reunião teve por objetivo a assinatura dos contratos-programa para 2024 de cada uma das instituições, bem como a discussão da integração de cuidados através do modelo das ULS, com a participação da ENSP-NOVA.

O fiscal único é o órgão de fiscalização da DE-SNS. É designado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, observando, no que concerne ao mandato, remuneração e competências o disposto na Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual.

Nesse sentido foi publicado o Despacho n.º 3305/2024, de 27 de março, do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro, que designa como fiscal único da DE-SNS a sociedade Santos Carvalho & Associados SROC, S. A., com a duração de cinco anos, podendo ser renovada, nos termos da lei, uma única vez, por igual período.

O conselho consultivo foi criado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde.

Este órgão é presidido pelo diretor executivo e é composto, entre outros, pelas associações representantes de pessoas que vivem com doença.

A composição, organização e funcionamento do conselho consultivo são aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta da DE-SNS.

Nesse sentido a DE-SNS, após trabalho conjunto com as associações de doentes, num esforço de envolvimento para a criação de um órgão que pudesse representar de forma ativa e determinada o interesse dos utentes, remeteu a 15 de abril de 2024, ao Gabinete da Sra. Ministra da Saúde, proposta de despacho neste âmbito, com a seguinte redação:

"A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, aprova a Lei de Bases da Saúde, assumindo o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e dotado de estatuto próprio. De sublinhar que a Base 5 (Participação), consagra que o Estado promove a participação das pessoas na definição, acompanhamento e avaliação da política de saúde, promovendo a literacia para a saúde, sendo que a mesma pode ocorrer a título individual ou através de entidades constituídas para o efeito. Por outro lado, a Base 8 (Autarquias locais), determina que as autarquias locais participam na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individual e coletiva, nos termos da lei. A intervenção das autarquias locais

manifesta-se, em especial nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde.

O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, explicitando que a participação, em especial dos utentes e dos municípios, são temas que o diploma enquadra, revelando a escolha de uma política de construção democrática dos serviços públicos de saúde, onde todos têm um papel a desempenhar, e, simultaneamente, de uma abordagem multissetorial da efetivação do direito à saúde. No seu artigo 26º (Participação dos beneficiários), explicita que os beneficiários do SNS podem intervir nos processos de tomada de decisão que afetem a prestação de cuidados de saúde à população, sendo que compete nomeadamente à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), promover a participação pública, através do aprofundamento dos processos já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos, nomeadamente os que sejam mais adequados a estimular a literacia da população, o envolvimento das pessoas na promoção da sua própria saúde e a ligação às comunidades vulneráveis. A participação pode ocorrer a título individual ou através de entidades que representem os beneficiários ou utentes.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que aprova a orgânica da DE-SNS refere que a diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e de gestão com difícil paralelo no Estado Português e justificam a missão da DE-SNS, nomeadamente a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde. Nesse sentido, o diploma prevê em termos de atribuições da DE-SNS, nomeadamente promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente, das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão.

A Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, que aprova os Estatutos da DE-SNS, refere ser essencial dotá-la de uma capacidade operacional efetiva, que a torne capaz de implementar as políticas e ações que permitirão promover a equidade de acesso, a otimização da utilização de recursos e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, num conceito de rede do SNS, com especial enfoque na centralidade dos utentes.

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, adita a alínea f), ao n.º 1, do artigo 4.º, do Decreto-Lei 61/2022, de 23 de setembro, procedendo, desta forma, à criação do Conselho Consultivo da DE-SNS, I. P., que será presidido pelo diretor executivo e é composto, entre outros, pelas associações representantes de pessoas que vivem com doença. Refere também que a composição, organização e funcionamento do conselho consultivo constam de

despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta da DE-SNS.

Assim, ao abrigo da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, manda o membro do Governo responsável pela área da saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

É aprovado, em anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante, o Regulamento do Conselho Consultivo da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., abreviadamente designada por DE-SNS, I. P.

Artigo 2.º

Entrada em vigor

O Regulamento do Conselho Consultivo da DE-SNS, I. P., entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação em diário da república.

ANEXO

Regulamento do Conselho Consultivo da DE-SNS

Artigo 1.º

Missão e objetivos

- 1. O Conselho Consultivo da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.), tem por missão promover a participação pública no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente dos beneficiários, através das suas organizações, e das autarquias locais, na definição, acompanhamento e avaliação da política de saúde.*
- 2. O Conselho Consultivo constitui um órgão de consulta, competindo-lhe emitir parecer prévio e não vinculativo sobre todas as questões respeitantes ao desempenho do SNS que lhe sejam submetidas pela DE-SNS, bem como ao orçamento, os planos anuais e plurianuais de atividades, ao relatório de contas e ao relatório de atividades, bem como a outros assuntos que lhe sejam submetidos a apreciação.*
- 3. O Conselho Consultivo pode apresentar sugestões ou propostas destinadas a aperfeiçoar as atividades do SNS.*

4. *A missão deste Conselho Consultivo deverá nortear-se pelos princípios da igualdade, paridade e transparência.*

Artigo 2.º

Composição

O Conselho Consultivo é composto por dez membros, nos seguintes termos:

1. *O Diretor Executivo da DE-SNS, I P., que preside;*
2. *Cinco representantes de associações de pessoas que vivem com doença, utentes de saúde e cuidadores informais, nomeadamente:*
 - a. *Plataforma Saúde em Diálogo;*
 - b. *FENDOC – Federação Nacional das Associações de Doenças Crónicas;*
 - c. *MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde;*
 - d. *RD – Portugal – União das Associações de Doenças Raras de Portugal;*
 - e. *Associação Nacional de Cuidadores Informais.*
3. *Dois representantes de instituições de voluntariado na área da saúde, nomeadamente:*
 - a. *Federação Nacional de Voluntariado em Saúde – FNVS;*
 - b. *Liga Portuguesa Contra o Cancro;*
4. *Dois representantes das autarquias, nomeadamente:*
 - a. *Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP);*
 - b. *Associação Nacional das Freguesias (ANAFRE).*

Artigo 3.º

Organização e funcionamento

1. *O mandato dos membros do Conselho Consultivo é de cinco anos.*
2. *O Conselho Consultivo reúne ordinariamente com a periodicidade trimestral, e extraordinariamente sempre que convocado pelo seu Presidente, ou a pedido de um terço dos seus membros, preferencialmente em modalidade remota.*
3. *Cada entidade deverá ser representada no Conselho Consultivo por um elemento efetivo e um suplente.*
4. *Os membros do Conselho Consultivo participarão nas reuniões e nas votações de forma igualitária, podendo apresentar sugestões ou propostas, ou podendo solicitar, ao presidente deste órgão consultivo, os esclarecimentos que entendam por convenientes, no âmbito das competências do conselho consultivo.*
5. *Os membros deverão comparecer às reuniões regulares para as quais tenham sido convocados, e devem participar nos debates e nas votações. Devem ainda guardar*

sigilo sobre as matérias objeto de apreciação e assegurar a atualização das respectivas informações de contacto junto da DE-SNS.

- 6. Quando a natureza da matéria o justifique, e tendo em conta a composição do Conselho Consultivo e a especificidade do assunto em causa, poderão ser constituídos grupos de trabalho/comissões especializadas incumbidas de analisar e preparar o parecer do Conselho Consultivo sobre as matérias que lhes sejam expressamente submetidas.*
- 7. Em cada reunião é lavrada uma ata, que conterá um resumo de tudo o que nela tiver ocorrido, indicando, designadamente, a data e o local da reunião, os membros presentes, os assuntos apreciados, as deliberações tomadas. As atas são elaboradas pelo secretariado do Conselho Consultivo e enviadas ao presidente, que as submeterá à discussão e aprovação de todos os membros na reunião subsequente.*

Artigo 4.º

Secretariado

O Conselho Consultivo é secretariado pela DE-SNS, I. P., a quem compete, nomeadamente, a convocação das reuniões, o envio da documentação, a redação das atas a que se refere o artigo anterior e o seu arquivo.

Artigo 5.º

Impedimentos

- 1. Em caso de impedimento ou impossibilidade de estar presente o Presidente do Conselho Consultivo é substituído por quem este designar.*
- 2. Os restantes membros do Conselho Consultivo são representados pelo respetivo substituto nos termos do n.º 4 do artigo anterior.*

Artigo 6.º

Quórum das reuniões e deliberações

O Conselho Consultivo apenas pode reunir quando estiverem presentes a maioria dos seus representantes e delibera validamente por maioria simples dos votos presentes, detendo o seu presidente voto de qualidade.

Artigo 7.º

Gratuidade das funções

A participação no Conselho Consultivo não confere aos seus membros direito ao pagamento de qualquer remuneração, suplementos ou abonos de qualquer natureza, incluindo ajudas de custo.

Conformidade normativa, gestão de riscos e controlo interno

A DE-SNS, em sintonia com as correntes da nova gestão pública e em cumprimento dos referenciais técnicos e legais, promove o desenvolvimento de estratégias, modelos e instrumentos, nos domínios da conformidade normativa (*compliance*), da gestão de riscos (*risk management*) e respetivo sistema de controlo interno (*internal control system*), enquanto conteúdos relevantes para a realização mais adequada das respetivas atribuições, para o exercício mais efetivo de competências e para a existência de sistemas de gestão e de controlo mais eficazes.

Esses domínios assumem cada vez maior importância e acrescidos níveis de exigência nos planos nacional e comunitário, *maxime*, no contexto da crescente utilização de recursos financeiros públicos e fundos europeus, e da exigida transparência e qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

As políticas, os modelos e os instrumentos de gestão nesse âmbito visam, por um lado assegurar que a DE-SNS cumpre as normas técnicas e legais e, por outro contribuir para gerir eventos inesperados e que possam afetar negativamente os objetivos e a imagem institucional.

Entre outros referenciais normativos, o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC), aprovado, em anexo, ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, é aplicável às pessoas coletivas com sede em Portugal que empreguem 50 ou mais trabalhadores e ainda, entre outras, às “entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo ...”, bem como “*Os serviços e as pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado (...) que não sejam considerados entidades abrangidas adotam instrumentos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas adequados à sua dimensão e natureza, incluindo os que promovam a transparência administrativa e a prevenção de conflitos de interesses.*” – cf. artigo 2.º do RGPC.

Assim, encontram-se em desenvolvimento os programas de cumprimento normativo previstos nesse regime e em legislação ordinária, bem como os correspondentes instrumentos destinados a promoverem a legalidade, a transparência, o uso eficiente e eficaz dos recursos, a qualidade dos serviços prestados, a robustez da ação e a imagem institucional da DE-SNS.

Desafios

A conformidade normativa, enquanto primeira linha de defesa da gestão dirigida ao adequado funcionamento das organizações e à manutenção de um ambiente ético e transparente, exige, por um lado políticas e, por outro, instrumentos operacionais.

Desempenham um papel crucial nesse contexto:

As normas legais e as políticas de conformidade - *compliance*: o acervo normativo e as diretrizes e regras estabelecidas pela DE-SNS para garantir que todos os colaboradores agem de acordo com as leis, regulamentos e padrões éticos.

Esses comandos legais e as regras instituídas abrangem áreas como a prevenção de fraude, a proteção de dados, a segurança da informação, as relações com diferentes *stakeholders* e a transparência. Ao seguir essas políticas, a DE-SNS minimiza riscos de desconformidade legal, financeiros e de reputação.

Os instrumentos operacionais: enquanto ferramentas, processos e procedimentos previstos na lei ou internamente e desenvolvidos para a legalidade da atuação e implementação das respectivas normas e políticas, designadamente:

- › Código de ética e conduta;
- › Plano de prevenção de riscos;
- › Responsabilidades pelo cumprimento normativo;
- › Proteção de dados pessoais;
- › Canal de denúncias;
- › Sistema de tratamento de denúncias;
- › Sistema de proteção de denunciantes;
- › Suportes declarativos;
- › Plano de formação;
- › Controlo e monitorização;
- › Publicitação.

Neste âmbito revela-se a importância em capacitar os colaboradores sobre os valores, princípios e comandos inerentes à ação da DE-SNS e às respectivas funções, por forma a melhor exercerem as respectivas responsabilidades profissionais, pelo que o adequado conhecimento e aplicação dos instrumentos operacionais referidos revela-se essencial para a qualidade do trabalho realizado das prestações sociais.

Releva-se atualmente a importância assumida pelos códigos de ética e conduta em regular os comportamentos e em contribuir para a imagem e o posicionamento estratégico da DE-SNS.

Nesse sentido e atentas as normas legais é, igualmente, necessário promover a adequada formação, por forma a garantir que todos os colaboradores compreendam e sigam suas diretrizes.

Por sua vez, sublinha-se a necessidade de promover a participação cívica e a transparência do modelo de funcionamento, designadamente mediante a disponibilização aos cidadãos e aos trabalhadores de canais para relatem eventuais desconformidades, sem receio de retaliação, bem como a necessidade de ser assegurada a reserva dos respetivos procedimentos.

Em resumo, as políticas e os instrumentos operacionais de conformidade – *compliance* – são essenciais para garantir que a DE-SNS atua de forma ética, legal e transparente,

promovendo a confiança e a sustentabilidade, no medio e longo prazo, no domínio do setor da saúde.

Sublinha-se igualmente importante a existência de adequados instrumentos de gestão de riscos e controlos internos, por forma assegurarem a efetividade e eficácia dos processos e a mitigação de desconformidades técnicas e legais que afetem a qualidade dos serviços e a reputação da DE-SNS.

A gestão de riscos decorre dos instrumentos de conformidade normativa e insere-se no contexto das políticas e dos instrumentos de gestão holística da DE-SNS.

Por forma a uma adequada e efetiva implementação de uma estratégia de mitigação de riscos, são considerados os princípios orientadores seguintes:

- › **Fomentar a inovação e procedimentos responsáveis** – no exercício de novas atribuições e atividades é importante inovar e estar consciente dos consequentes riscos para melhor enfrentar com segurança os novos desafios;
- › **Considerar os riscos e as oportunidades** – a perspetiva adequada consiste em após a identificação dos riscos, valorizar as oportunidades de mitigação e a melhoria de processos;
- › **Adaptar e aplicar a gestão de risco a cada atividade e/ou processo** – deve ter-se presente que os riscos são inerentes a cada ação ou domínio de atividade;
- › **Aplicar de forma contínua e integrada aos processos de trabalho** – as situações imprevistas podem sempre acontecer, por isso é importante a gestão de risco integrar as rotinas de trabalho;
- › **Rever e melhorar regularmente** – deve estar sempre presente a necessidade de ajustamento permanente da gestão de risco, face à evolução, às mudanças e aos resultados obtidos;
- › **Relevo dos fatores humanos e culturais** – não existem instrumentos e modelos eficazes sem as pessoas e o envolvimento de todos os trabalhadores, pelo que é essencial o foco nas pessoas, quer enquanto prestadores, quer como utentes;
- › **Apoio e acompanhamento** – os diferentes níveis dirigentes devem atuar como incentivadores e como referenciais da gestão de risco – (*top-down*).

Para a concretização das políticas e como principais instrumentos operacionais serão elaborados os adequados suportes, de acordo com as boas práticas internacionais, designadamente um manual de gestão de riscos.

No plano operacional da gestão de riscos são desenvolvidas, de forma sistemática, as suas principais fases ou etapas, designadamente:

- › Aferir contexto (interno e externo) de cada atividade desenvolvida;
- › Identificar os riscos inerentes, endógenos e exógenos;
- › Analisar e avaliar os diferentes tipos de riscos;
- › Tratar e mitigar cada um dos riscos – planos;
- › Interagir e comunicar;
- › Monitorizar e melhorar.

O modelo de operacionalização da gestão de riscos pode ser exemplificado na figura seguinte:



(ISO 31000 – ajustada)

Sublinha-se que a gestão de riscos é uma componente que integra o planeamento estratégico e operacional da DE-SNS, pelo que as referidas identificação, avaliação e mitigação de riscos são consideradas na definição de objetivos e correspondentes planos e documentos de suporte.

Em conclusão, o modelo de gestão de riscos instituído assenta numa abordagem estruturante e integrada, por forma a melhor identificar, avaliar e gerir diferentes tipos de incertezas que podem afetar os objetivos, a qualidade dos serviços e a imagem da DE-SNS.

No domínio da participação cívica, a Lei n.º 93/2021, publicada em 20 de dezembro, estabelece o regime geral de proteção de denunciante de infrações, transpondo para a ordem jurídica interna a Diretiva (UE) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, datada de 23 de outubro de 2019, diploma que tem como objetivo proteger as pessoas que denunciam violações do direito da União Europeia.

Nesse âmbito está prevista a criação dos instrumentos e atos de gestão seguintes:

- › Canal de denúncias;
- › Designação de responsável/eis pelo tratamento de denúncias;
- › Criação de sistema de proteção de denunciante.

Ao proteger os denunciante, pretende-se, também, contribuir para a integridade da instituição, incentivar o exercício de funções públicas em conformidade com as leis e assegurar a participação cívica e a eventual denúncia de práticas ilegais ou antiéticas.

Igualmente, em cumprimento de normas legais e referenciais internacionais, releva-se o regime de proteção de dados e o sistema de controlo interno.

A função de encarregado de proteção de dados, correspondente à expressão anglo-saxónica “*data protection officer*”, também conhecida pela sigla DPO, foi introduzida pelo Regime Geral de Proteção de Dados (RGDP) e prevista nos artigos 37.º a 39.º do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 – em execução na ordem jurídica interna pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.

O sistema de controlo interno visa assegurar a adequada articulação e operacionalização dos diferentes instrumentos e procedimentos instituídos, por forma a garantir a integridade, a eficiência e a eficácia dos procedimentos e decisões da DE-SNS.

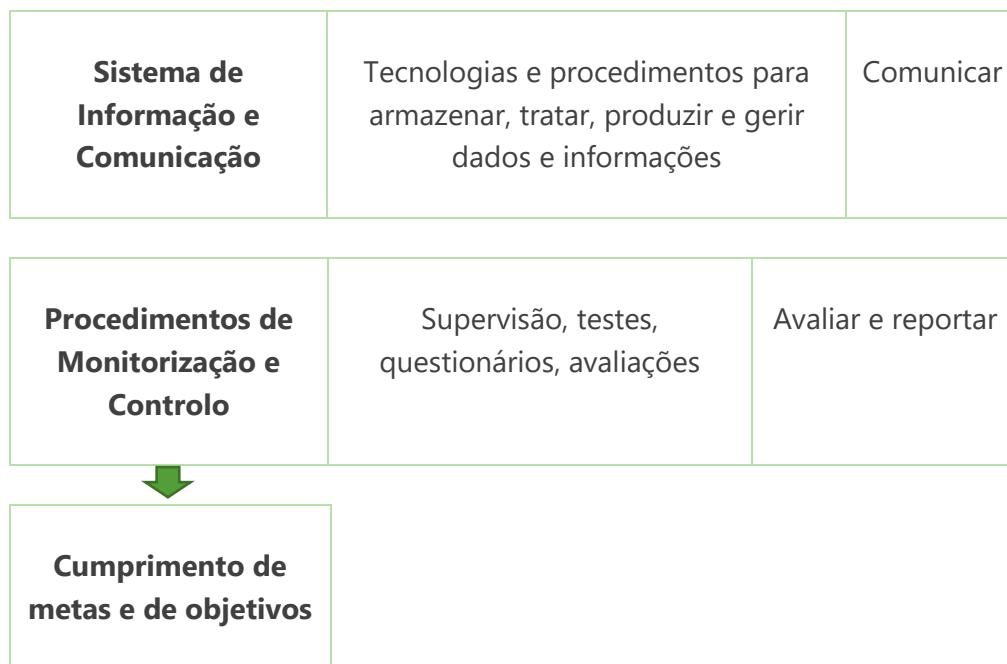
Por sua vez, a efetivação desse sistema assenta em manual de procedimentos que englobe, nomeadamente: o plano de organização, as políticas, os métodos, procedimentos e boas práticas de controlo definidos pelos responsáveis, no sentido de contribuir para assegurar o desenvolvimento das atividades de forma regular, eficiente e transparente.

A DE-SNS estabeleceu e desenvolve um conjunto de políticas, procedimentos e práticas destinadas a garantir a efetividade e eficiência das suas operações, a confiabilidade de suas informações financeiras e a conformidade das suas atividades com as leis e os regulamentos nacionais e comunitários.

Esse sistema de controlo interno constitui um elemento crítico na gestão de riscos e na garantia da integridade e transparência das operações executadas, bem como visa contribuir ainda para realização de forma eficiente e eficaz dos objetivos relativos ao processo de avaliação e responsabilização e ao sistema integrado de gestão.

Os componentes do sistema de gestão e controlo interno são apresentados, esquematicamente, na figura seguinte:

Ambiente de controlo	Cultura	Estrutura	Planeamento	
	organizacional	organizacional	estratégico	
Sistema de Avaliação e Gestão de riscos	Identificar	Avaliar	Gerir	Acompanhar



Em suma, a conformidade normativa, a gestão de riscos e o sistema de controlo interno constituem os eixos essenciais do modelo de gestão de acordo com as boas práticas e referenciais internacionais, por forma a garantir a eficácia das respetivas decisões e o alcance das metas na realização do interesse público.

Objetivos Estratégicos

A conformidade normativa, a gestão de riscos e o sistema de controlo interno consistem num conjunto de instrumentos e procedimentos que visam garantir o cumprimento das leis, regulamentos e padrões éticos e mitigar riscos operacionais e de reputação.

De entre os principais objetivos estratégicos, destacam-se os seguintes:

- › A promoção de uma cultura organizacional assente na integridade e em comportamentos éticos;
- › Assegurar a legalidade, a segurança e a transparência dos procedimentos;
- › Mitigar os riscos de desconformidade ética, legal e técnica;
- › Promover a qualidade, a confiança e a reputação institucional.

Em resumo, os domínios referidos pretendem assegurar o cumprimento da lei e a integridade dos processos, em concretização de uma estratégia que visa disponibilizar meios e desenvolver as capacidades necessárias à adequada realização das atribuições da DE-SNS e, simultaneamente, promover a ética, a transparência e a qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos.

Abordagem

O adequado funcionamento das organizações passa, desde logo, pelo acervo e robustez dos instrumentos de gestão no domínio da conformidade normativa - *compliance*, desde as normas de conduta, à prevenção e monitorização dos riscos de incumprimentos legais e de gestão, à proteção de dados pessoais e às medidas de integridade e de transparência.

A conformidade com os princípios, com as normas legais, técnicas e de conduta, bem como com as diretrizes emanadas nos diferentes domínios de intervenção, revela-se essencial para garantir um ambiente de harmonia, justiça e equilíbrio.

Entendida em sentido amplo, a conformidade, por um lado, promove, a confiança, a integridade e a transparência; e por outro, mitiga o risco de incumprimento ou de desvios na prossecução do interesse público.

Termos em que a conformidade com as normas é um conceito fundamental para garantir a integridade e o bom funcionamento da DE-SNS em diferentes perspetivas, designadamente:

Equilíbrio e segurança: a conformidade com as normas estabelece um ambiente de equilíbrio e segurança, onde todos têm direitos e deveres claramente definidos. Ao cumprir as normas, mitigam-se conflitos e entropias desnecessários e o trabalho decorre de forma mais harmoniosa e mais focado na prossecução do interesse público.

Prevenção de desconformidades: a conformidade com as normas mitiga ou evita riscos de incumprimento ou desvios na prossecução do interesse público. Acresce que o desconhecimento das normas legais não constitui causa de exclusão de diferentes tipos de responsabilidade, por isso é vital promover os princípios da atividade administrativa, a conformidade legal e ética, bem como, igualmente, exigir uma ação, individual e coletiva, de acordo com esses comandos normativos.

Responsabilidades: a conformidade com as normas não se limita apenas à organização, cada profissional, *maxime*, trabalhador no domínio da saúde, é especialmente responsável por seguir diretrizes, leis e regulamentos. Ao obedecer a esses valores, princípios e normas, todos contribuem para a construção de organizações mais éticas e para a maior qualidade das prestações sociais na saúde e, simultaneamente, para uma sociedade mais feliz, justa e igualitária.

Transparência e confiança: a observância de princípios e o cumprimento das normas legais e técnicas são condições essenciais para promover a transparência e a confiança. As medidas de conformidade normativa protegem os direitos e garantias dos cidadãos e promovem os princípios éticos que devem reger a convivência individual e coletiva.

As condutas legais e éticas são fundamentais para o desenvolvimento de relações profissionais sólidas e para a construção de uma reputação positiva, tanto no âmbito pessoal, quanto profissional, *maxime*, no domínio da saúde.

Em conclusão, a conformidade normativa, a gestão de riscos e o sistema de controlo interno correspondente, constituem as bases para a qualidade da gestão e das inerentes decisões e procedimentos destinados a garantir que os serviços e os resultados:

- › cumprem os requisitos legais e regulamentares;
- › asseguram as necessidades e expectativas dos destinatários;
- › promovem uma melhoria contínua de processos.

Termos em que nos diferentes domínios de ação é adotada uma abordagem holística, considerando as múltiplas perspetivas de ação da DE-SNS e estimulando soluções inovadoras e integradas, por forma a uma mais fácil e adequada adaptação às mudanças, uma mais célere e melhor resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos, em especial, dos utentes do serviço nacional de saúde.

Outras Instituições Envolvidas

No domínio da conformidade normativa e restantes conteúdos relativos à gestão de risco e sistema de controlo interno, para além dos organismos que integrem a estrutura da DE-SNS, os principais interlocutores e entidades terceiras envolvidas são as entidades de controlo interno administrativo (Inspeções-gerais), controlo externo legislativo e judicial (Assembleia da República e Tribunal de Contas), bem como outras entidades administrativas e judiciais em função dos assuntos ou das desconformidades ocorridas, designadamente as ordens profissionais, as estruturas sindicais, a Comissão Nacional de Proteção de Dados, a Comissão de Acesso a Documentos Administrativos, o Mecanismo Nacional Anticorrupção, a Procuradoria-Geral da República, a Entidade Reguladora da Saúde, entre outras.

Resultados Preliminares

No âmbito dos instrumentos de conformidade normativa foram, desde logo, aprovados os modelos declarativos para efeitos de cumprimento das normas sobre transparência, com relevo para as declarações sobre conflito de interesses – incompatibilidades e impedimentos.

Em cumprimento do disposto no artigo 7.º do Regime Geral da Prevenção da Corrupção, anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro e em consonância com as orientações constantes do Código de Conduta do Governo (CCG), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 64/2024, publicada no Diário da República n.º 81/2024, série I, de 24 de abril de 2016, designadamente o seu artigo 15.º, foi aprovado o Código de Ética e Conduta da DE-SNS (CEC), o qual vem estatuir um conjunto de princípios, valores e normas de conduta em matéria de ética profissional, representando um instrumento de gestão complementar ao referido CCG, às diretrizes e à legislação nesse âmbito.

Nesse sentido, o CEC constitui um instrumento de gestão complementar às diretrizes e à legislação em vigor, designadamente a Carta de Ética da Administração Pública, o Código do Procedimento Administrativo, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, o Regulamento Geral de Proteção de Dados, o Regime Geral da Prevenção da Corrupção, e o Regime Geral de Proteção de Denunciantes.

Em linha com os demais instrumentos de gestão no domínio das regras de conformidade normativa, da gestão dos riscos e dos instrumentos de controlo interno, o CEC constitui, ainda, um dos pilares para a preservação da imagem institucional, por forma à adequada prevenção e mitigação de situações de incumprimento de deveres funcionais, bem como de erros e de riscos, incluindo os de fraude, corrupção e infrações conexas, estes últimos, objeto de instrumentos de gestão específicos e previstos na lei.

O CEC aplica-se aos colaboradores, trabalhadores e dirigentes, os quais ficam vinculados a observar os valores, princípios e normas desse código quando intervenham, interna ou externamente, no exercício de funções ou em atividades no âmbito de todas as unidades ou serviços que integram a DE-SNS.

O CEC permite, igualmente, identificar e difundir junto dos seus destinatários um conjunto de princípios, valores e regras de atuação no domínio da ética profissional que todos devem observar no exercício das respetivas funções, no relacionamento recíproco e com pessoas ou entidades terceiras, no sentido de robustecer a ação e a imagem da DE-SNS e de contribuir para responder aos desafios e às expectativas de forma mais rigorosa, eficaz, solidária e ética.

Próximos Passos

Nos termos do RGPC compete ao dirigente máximo das entidades abrangidas a adoção e implementação dos programas de cumprimento normativo previstos nesse regime.

Atenta a evolução da DE-SNS, as políticas definidas e com vista à criação e implementação dos referidos instrumentos, para o primeiro semestre de 2024 foi definido o cronograma seguinte:

Documento/ procedimento	Elaboração/ conceção	Aprovação/ designação	Divulgação/ implementação
Declaração sobre conflito interesses	concluído	concluído	concluído
Código de Conduta	concluído	concluído	concluído

Plano de Prevenção de Riscos – matriz de risco	<i>maio</i>	<i>maio/junho</i>	<i>maio/junho</i>
Designação de responsável pelo cumprimento normativo		<i>maio</i>	<i>maio</i>
Canal de denúncias	<i>maio/junho</i>	<i>maio/junho</i>	<i>maio/junho</i>
Designação de responsável pelo tratamento de denúncias		<i>maio/junho</i>	<i>maio/junho</i>
Sistema proteção denunciante	<i>junho</i>	<i>junho</i>	<i>junho</i>
Encarregado pela proteção dados		<i>maio</i>	<i>maio</i>
SCI – Manual de Procedimentos (<i>draft</i>)	<i>junho/julho</i>	<i>julho</i>	<i>julho</i>
Transparência/ divulgações públicas			<i>após cada decisão</i>

Em função da evolução das atribuições, da abrangência da intervenção e da dimensão da estrutura da DN-SNS, serão desenvolvidas, adaptadas e revistas as políticas e os subsequentes instrumentos e procedimentos antes referidos.

Planear e organizar

Constituição de Centros Hospitalares, E.P.E., e Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

Num esforço de planeamento em gestão, moderno e diferenciado, de acordo com as melhores práticas internacionais, foi considerado como imprescindível a integração das instituições do SNS no âmbito do setor público empresarial, de forma a dotá-las com mecanismos de gestão efetivos, com instrumentos de prestação de contas, com avaliação do desempenho e dos resultados obtidos, bem como com um elevado nível de escrutínio e transparência, que permitam assegurar responsabilidade e compromisso para com os cidadãos, melhorando a prestação dos serviços e a sustentabilidade do SNS.

Nesse sentido, foram delineados um conjunto de objetivos considerados como relevantes, nomeadamente a inclusão dos cinco hospitais do Setor Público Administrativo ainda existentes em 2023 em entidades públicas empresariais, de forma a poder dotar os mesmos de mecanismos de gestão apropriados, com políticas de integração de cuidados que conduzam a melhorar a prestação das respostas em saúde.

Foi também considerado importante a incorporação dos hospitais psiquiátricos em hospitais gerais, de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado há vários anos, mas nunca concluído nesta dimensão.

O terceiro vetor desta estratégia incluía a criação das unidades locais de saúde, promovendo uma verdadeira integração clínica, com elevada autonomia, aproximando a decisão do local de prestação, com respostas próximas e centradas nos utentes, focadas na prevenção da doença, sempre numa lógica de envolvimento dos profissionais e das instituições na sua constituição e desenvolvimento.

A constituição dos grupos de trabalho, com profissionais das instituições, sob coordenação da DE-SNS, foi fundamental para que fossem construídos planos adequados a cada contexto, respeitando as especificidades locais, com um grau de autonomia que permitiu acomodar boas soluções, mantendo um fio condutor estratégico e uma adequação à legislação em vigor.

Processo de fusão do Hospital Magalhães de Lemos E.P.E., com o Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E.

A Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 de julho) e demais legislação subsidiária, em linha com as Declarações e Acordos Internacionais subscritos por Portugal, no âmbito da Organização das Nações Unidas, da Organização Mundial da Saúde e da União Europeia, preconizam que a prestação de cuidados deve ser efetuada ao nível da comunidade, centrar-se nas necessidades e condições específicas dos indivíduos.

O papel dos hospitais psiquiátricos no sistema prestador de cuidados de saúde mental, tem vindo a sofrer alterações muito significativas em todo o mundo. Com o avanço dos

meios terapêuticos disponíveis, o tratamento dos doentes psiquiátricos passou a ser cada vez mais efetuado na comunidade. O próprio internamento de doentes agudos passou a ser preferencialmente efetuado em unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, opção que garante um melhor apoio de outras especialidades e diminui o estigma associado às instituições psiquiátricas.

Por outro lado, o desenvolvimento da reabilitação psicossocial, a preocupação crescente com a defesa dos direitos humanos dos doentes mentais e a disseminação da perspetiva da sua recuperação e integração social, levou a uma progressiva transferência dos doentes graves para residências e outras estruturas comunitárias.

A avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2017 (com a extensão a 2020), aprovada pela Secretaria de Estado da Saúde, recomenda:

“1. Dever ser concluída a transferência para hospitais gerais dos serviços locais das respetivas áreas de influência que ainda se mantêm na dependência dos hospitais psiquiátricos. No entanto, deve ser garantido que a criação ou desenvolvimento de unidades ou serviços especializados não comprometa a resposta às necessidades mais prementes, como, por exemplo, os cuidados a prestar aos indivíduos com perturbações mentais mais graves e incapacitantes.

2. Devem ser reorganizados os espaços e recursos do Hospital Magalhães Lemos (HML) de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos para a cidade do Porto, estudando a integração num Centro Hospitalar Geral, à semelhança do que ocorreu com o Hospital Sobral Cid. ”

A integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde tem, entre outras, a vantagem de garantir o acesso equitativo das Pessoas com doença mental à generalidade dos cuidados de saúde, atenta a incidência crescente de frequentes comorbilidades, exigindo uma criteriosa avaliação interdisciplinar e fácil acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), cada vez mais diferenciados.

Esta realidade, sendo cada vez mais exigente e onerosa, determinando frequentes recursos à subcontratação de algumas prestações, seja de MCDT, seja do acesso a serviços de urgência, por carência de recursos próprios, em paralelo com a redução da atividade ambulatoria por diminuição da área assistencial própria, torna este tipo de instituições dificilmente sustentáveis fora de um enquadramento institucional mais amplo, com capacidade para dar resposta às diferentes necessidades.

Acrescem a estas razões, as carências que a pequena dimensão do Hospital acarreta, nomeadamente em áreas como a farmácia, os sistemas de informação, administrativa e instalações e equipamentos, em que é crítica a insuficiência dos recursos humanos em cada uma delas, para acorrer à complexidade que atualmente as caracteriza, com falhas de continuidade ou atrasos nos respetivos desempenhos.

Assim, percebe-se que, em alinhamento com o PNSM, a integração dos hospitais psiquiátricos em hospitais gerais é mandatória, uma vez que irá garantir as necessidades aos doentes internados em Psiquiatria – em especial aos agudos – cuidados gerais de saúde.

A fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., com o Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., surge com linhas de orientação estratégicas definidas para a prestação de cuidados de saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental a nível nacional e internacional:

- › Assegurar, através da fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. com o Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., a integração de serviços multidisciplinares e com ganhos na prestação de cuidados de saúde na área da saúde mental;
- › Integrar a saúde mental no sistema de saúde geral, desde a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados, passando pela formação e investigação;
- › Prestar cuidados de psiquiatria e saúde mental centradas nas necessidades e condições específicas dos indivíduos, no meio menos restritivo possível, contribuindo para a redução do estigma associada à prestação isolada dos cuidados de saúde mental à generalidade dos cuidados de saúde.

De notar que neste âmbito foi criado um grupo de trabalho em 2020, coordenado pela Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (ARSN), o qual integrava ainda o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., e o Conselho de Administração do Hospital Magalhães de Lemos E.P.E.

A DE-SNS teve por missão concluir este projeto de fusão, articulando com o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças as condições para a sua implementação, nomeadamente resolvendo as questões pendentes e criando mecanismos que permitissem a sua efetivação de forma célere.

Deliberação nº DE-SNS 014/2022, de 09/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios para a integração no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., dos hospitais do Setor Público Administrativo, Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Por outro lado, e na esteira da opção legislativa e orçamental efetuadas e em fase de consolidação, a empresarialização de todas as unidades hospitalares constitui um objetivo da DE-SNS, pelo que se decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios (PN) para a integração no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., dos hospitais do Setor Público Administrativo, Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais.

A abordagem a considerar pelo GT deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS, de acordo com o modelo de Entidade Pública Empresarial, consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, devendo o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais e o Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede serem dotados de modelos de delegação de competências e autonomia gestonária, por exemplo através da figura dos Centros de Responsabilidade Integrados, ou outras formas que o GT considere adequadas.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo a proximidade na prestação de cuidados de saúde.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o PN para a integração no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., dos hospitais do Setor Público Administrativo, Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Rosa Marques;
 - b) Presidente do Conselho de Administração Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Carlos Santos;
 - c) Diretor Clínico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Nuno Miguel Lopes de Andrade de Almeida Devesa;
 - d) Presidente do Conselho Diretivo do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede, Diana Breda;
 - e) Diretora Clínica do Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede, Teresa Margarida Rosendo Vaio;
 - f) Presidente do Conselho Diretivo do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Maria Isabel Rodrigues Alves Bento;
 - g) Diretor Clínico e Enfermeiro Diretor do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, nomeadamente João Pereira e Luis Filipe Picôa Pratas.
3. O GT tem um Gestor do Processo, sendo designado para o efeito, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.
4. O GT tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura instituição, e deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos das instituições hospitalares;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação desta nova entidade.

5. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 semanas após o início da sua atividade.
6. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
7. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
8. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 015/2022, de 16/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios para a integração no Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação

dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Por outro lado, e na esteira da opção legislativa e orçamental efetuadas e em fase de consolidação, a empresarialização de todas as unidades hospitalares constitui um objetivo da DE-SNS, pelo que se decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios (PN) para a integração no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Por outro lado, esta decisão está alinhada com a estratégia do Plano Nacional de Saúde Mental, e incorpora nos seus conceitos as dimensões do novo Hospital Lisboa Oriental e a vertente académica e de investigação do Centro Clínico Académico de Lisboa.

A abordagem a considerar pelo GT deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS, de acordo com o modelo de Entidade Pública Empresarial, consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, devendo a unidade hospitalar psiquiátrica ser dotada de um modelo de delegação de competências e autonomia gestionária, por exemplo através da figura do Centro de Responsabilidade Integrado, ou outras formas que o GT considere adequadas.

O PN deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia, promovendo a proximidade na prestação de cuidados de saúde.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios para a integração no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.
2. O GT tem a seguinte composição, a qual pode ser subdelegada:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Luis Pisco;
 - b) Presidente do Conselho de Administração Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E., Rosa Matos;
 - c) Presidente do Conselho Diretivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Teresa Sustelo;
 - d) Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental, Miguel Xavier;
 - e) Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, I.P., Victor Herdeiro.

3. O GT é coordenado pela Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.
4. O GT pode integrar outros elementos das instituições referidas no ponto 2, de forma a envolver e incluir outras competências para o sucesso da missão, nomeadamente os vogais dos conselhos de administração, com especial enfoque nos Diretores Clínicos e Enfermeiros-Diretores.
5. O GT tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura instituição, e deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos das instituições hospitalares;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação desta nova entidade;
 - f) O alinhamento do plano de negócios com a estratégia nacional da saúde mental;
 - g) O impacto com o novo Hospital Lisboa Oriental;
 - h) A vertente académica e de investigação do Centro Clínico Académico de Lisboa.
 - i) O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 semanas após o início da sua atividade.
6. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
7. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
8. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 021/2022, de 28/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios para a integração no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Por outro lado, e na esteira da opção legislativa e orçamental efetuadas e em fase de consolidação, a empresarialização de todas as unidades hospitalares constitui um objetivo da DE-SNS. Assim, consciente dos mais de 130 anos de legado histórico e do alto nível de diferenciação da resposta assistencial do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, assim como da cultura organizacional e abrangência de cuidados de saúde prestados no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., decidiu-se criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios para a integração no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

Por outro lado, esta decisão incorpora nos seus conceitos as dimensões do novo Hospital Lisboa Oriental e a vertente académica e de investigação do Centro Clínico Académico de Lisboa.

A abordagem a considerar pelo GT deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS, de acordo com o modelo de Entidade Pública Empresarial, consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, devendo a unidade hospitalar ser dotada de um modelo de delegação de competências e autonomia gestionária, por exemplo através da figura do Centro de Responsabilidade Integrado, ou outras formas que o GT considere adequadas.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia, promovendo a proximidade na prestação de cuidados de saúde.

Assim, ouvidos o Conselho Diretivo do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., e o Conselho Diretivo da ACSS, I.P., nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios (PN) para a integração no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.
2. O GT tem a seguinte composição, a qual pode ser subdelegada:
 - a) Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Luis Pisco;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., Rosa Matos;
 - c) Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, Erica de Oliveira Grilo Santos Cardoso;
 - d) Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, I.P., Victor Herdeiro.
3. O GT é coordenado pela Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.
4. O GT pode integrar outros elementos das instituições referidas no ponto 2, de forma a envolver e incluir outras competências para o sucesso da missão, nomeadamente os Vogais dos Conselhos de Administração, com especial enfoque nos Diretores Clínicos e nos Enfermeiros-Diretores.

5. O GT tem como missão a elaboração do PN da futura
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos das instituições hospitalares;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação desta nova entidade;
 - f) O impacto com o novo Hospital Lisboa Oriental;
 - g) A vertente académica e de investigação do Centro Clínico Académico de Lisboa.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 semanas após o início da sua atividade.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 010/2022, de 09/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.”

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E., consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., Carlos Nunes;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga E.P.E., José Miguel Dias Paiva e Costa;
 - c) Diretor Clínico do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga E.P.E., Carlos Carvalho;

- d) Diretor Executivo do ACeS Entre Douro e Vouga I, Feira/Arouca, António José Almeida Alves;
 - e) Diretor Executivo do ACeS Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte, Paulo Filipe de Almeida e Silva Diz;
 - f) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Entre Douro e Vouga I, Feira/Arouca, Marisa de Fátima Lemos Carvalho;
 - g) Em representação do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte, Bruna Filipa Gonçalves Tavares.
3. O GT tem um Gestor do Processo, sendo designado para o efeito, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga E. P. E., José Miguel Dias Paiva e Costa.
 4. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, E. P. E.", que contemple:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e instituições hospitalares a integrar na futura "Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, E.P.E.";
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura "Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, E.P.E.".
 5. O GT inicia de imediato as suas funções, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 3 semanas após o início da sua atividade.
 6. A DE-SNS reunirá semanalmente com o GT de forma a acompanhar a dinâmica dos trabalhos.
 7. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 8. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 011/2022, de 09/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Guimarães, E.P.E.”

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Guimarães, E. P. E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E., consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Guimarães, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., Carlos Nunes;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Guimarães, E.P.E., António Henrique Machado Capelas;
 - c) Em representação da Direção Clínica do Hospital de Guimarães, E.P.E., Pedro Cunha;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Alto Ave, José Novais de Carvalho;
 - e) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Alto Ave, António Almeida Miguelote Castro.
3. O GT tem um Gestor do Processo, sendo designado para o efeito, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Guimarães E. P. E., António Henrique Machado Capelas.
4. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Guimarães, E. P. E.”, que contemple:
 - i. A descrição da área de influência direta e indireta;
 - iv. A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e instituições hospitalares a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Guimarães, E.P.E.”;
 - v. O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - vi. A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior;
 - vii. Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Guimarães, E.P.E.”.
5. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 semanas após o início da sua atividade.

6. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
7. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
8. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 012/2022, de 09/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.”

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, e também na esteira da opção legislativa e orçamental efetuadas e em fase de consolidação da empresarialização de todas as unidades hospitalares, a DE-SNS,

decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E., consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Rosa Marques;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E., Margarida Madalena Martins França;
 - c) Diretor Clínico do Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E., José da Costa Pinto Brandão;
 - d) Presidente do Conselho Diretivo do Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar, Luis Miguel Ferreira;
 - e) Diretor Clínico do Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar, Rui Marcelino Lopes Dias;
 - f) Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga, Pedro Nelson Castelo Branco de Almeida;
 - g) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Baixo Vouga, Alcino Jorge Marcos Sousa Santos.
3. O GT tem um Gestor do Processo, sendo designado para o efeito, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga E.P.E., Margarida Madalena Martins França.
4. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;

- b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e instituições hospitalares a integrar na futura “Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local da Região de Aveiro, E.P.E.”;
 - f) O documento deve também evidenciar a livre escolha dos utentes, incluindo por unidades hospitalares que não pertençam a esta futura ULS, nomeadamente em matéria de consultas externas, cirurgias, meios complementares de diagnóstico e acesso ao serviço de urgência, tal como já acontece atualmente, e que é mais relevante nos concelhos limítrofes como Ovar ou Anadia (por exemplo a escolha dos utentes de Ovar, pela sua proximidade geográfica, do CHEDV ou CHVNG/E, continuará a ser possível de realizar, de forma livre e esclarecida);
 - g) O documento deve incluir a estratégia que estava a ser delineada no reforço de serviços no Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar, nomeadamente em termos de resposta cirúrgica, consulta externa e meios complementares de diagnóstico;
 - h) O plano de negócios deve incluir os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - i) O plano deve ainda aproveitar a Universidade de Aveiro, o futuro Mestrado Integrado de Medicina, e o Centro Académico Clínico Egas Moniz, como instrumentos para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso.
5. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 semanas após o início da sua atividade.
 6. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 7. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 8. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 013/2022, de 09/12/2022: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E., consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova

instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Rosa Marques;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., Licínio Oliveira de Carvalho;
 - c) Diretor Clínico do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., Salvato Maciel de Castro Feijó;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Pinhal Litoral, Marco Alexandre Santos Neves;
 - e) Diretor Executivo do ACeS Pinhal Interior Norte, Victor Hugo Ferreira Bernardo;
 - f) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral, Ana Francisca Santos Costa;
 - g) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Interior Norte, Paula Cristina Gomes Sousa.
3. O GT tem um Gestor do Processo, sendo designado para o efeito, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., Licínio Oliveira de Carvalho.
4. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e instituições hospitalares a integrar na futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local da Região de Leiria, E.P.E.”;

- f) O documento deve também evidenciar a livre escolha dos utentes, incluindo por unidades hospitalares que não pertençam a esta futura ULS, nomeadamente em matéria de consultas externas, cirurgias, meios complementares de diagnóstico e acesso ao serviço de urgência, tal como já acontece atualmente, de forma livre e esclarecida, bem como a situação inversa;
 - g) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação.
- 5. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 semanas após o início da sua atividade.
 - 6. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 - 7. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 - 8. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 025/2022, de 12/01/2023: Alteração do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”

No dia 9 de dezembro de 2022, através da deliberação nº 013/2022, da DE-SNS, foi criado o grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”.

A abrangência que estava prevista para esta Unidade Local de Saúde (ULS) era coincidente com os municípios que integram a Comunidade Intermunicipal da Região de Leiria (CIMRL), nomeadamente: Alvaiázere, Ansião, Batalha, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Leiria, Marinha Grande, Pedrogão Grande, Pombal e Porto de Mós.

Em reunião tida na sede da CIMRL, no dia 10 de janeiro de 2023, com os Presidentes das Câmaras destes dez municípios foi sublinhado que:

- › A CIMRL e os Presidentes das Câmaras destes dez municípios eram favoráveis ao modelo das Unidades Locais de Saúde;
- › Em função do contexto existente, nomeadamente a existência do Hospital Distrital de Pombal e do Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, já integrados no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., em termos gestionários seria mais adequado que a futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”,

pudesse abranger os concelhos de Alcobaça, Nazaré e Ourém, excluindo os concelhos do Pinhal Interior Norte, nomeadamente Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos e Pedrogão Grande.

Nesse sentido, e nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. Alteração da área de influência da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”, passando a englobar os concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Pombal e Porto de Mós.
2. O grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.”, passa a ter a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Rosa Marques;
 - b) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Luis Pisco;
 - c) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., Licínio Oliveira de Carvalho, que será o Gestor do Processo;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Pinhal Litoral, Marco Alexandre Santos Neves;
 - e) Diretor Executivo do ACeS Oeste Norte, João Gomes;
 - f) Diretor Executivo do ACeS Médio Tejo, Diana Faria dos Santos Leiria.
3. O GT pode integrar outros profissionais das instituições referidas, de forma a envolver e incluir diferentes competências que são importantes para o sucesso da missão, nomeadamente os Vogais do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., com especial enfoque no Diretor Clínico e no Enfermeiro-Diretor, bem como os Presidentes e outros elementos dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS e dirigentes das Administrações Regionais de Saúde.

Deliberação nº DE-SNS 025/2023, de 03/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a

uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Neste caso em particular, tendo a noção que se trata do último Agrupamento de Centros de Saúde da Região do Alentejo que não se encontra integrado numa unidade local de saúde, bem como a sua localização ser alinhada com a sede da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., deve ser equacionada a partilha de recursos, numa lógica de valor, ganho de experiência e conhecimento, na defesa das populações.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.”;
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.;
 - c) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Alentejo Central.
3. O GT tem um Gestor do Processo, sendo designado para o efeito, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.
4. O GT pode integrar os elementos das três instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.”;
 - f) Em função de se tratar do último Agrupamento de Centros de Saúde da Região do Alentejo que não se encontra integrado numa unidade local de saúde, bem como a sua localização ser alinhada com a sede da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., deve ser equacionada a partilha de recursos, numa lógica de valor, ganho de experiência e conhecimento, na defesa das populações;
 - g) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - h) Em função do novo Hospital Central do Alentejo estar em fase de construção, com a conclusão prevista para o ano de 2024, deve este investimento e o impacto

que irá ter na prestação de cuidados de saúde e na área económico-financeira, ser integrado na avaliação e no documento final.

6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, dentro de 10 (dez) semanas após o início da sua atividade.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 026/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação

dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.”;
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Cávado I - Braga;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Cávado II – Gerês/Cabreira.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Cávado I – Braga e ACeS Cávado II – Gerês/Cabreira.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;

- b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O potencial que a integração desta Unidade Local de Saúde no Centro Clínico Académico (2CA-Braga), uma parceria com a Universidade do Minho, pode resultar em ganhos em saúde, formação e investigação, podendo ser um instrumento relevante na captação de profissionais de elevada qualidade.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 027/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.”.

2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.;
 - c) Diretora Executiva do ACeS Grande Porto IV – Póvoa de Varzim / Vila do Conde.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E., e a Diretora Executiva do ACeS Grande Porto IV – Póvoa de Varzim / Vila do Conde.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.

9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 028/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa;
 - d) Diretor Executivo do ACeS do Ave - Famalicão.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa e Ave - Famalicão.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;

- e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 029/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS da Lezíria.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS da Lezíria.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.

5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 030/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantém-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:

- a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia da Orta, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Almada-Seixal.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia da Orta, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Almada-Seixal.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.", o qual deve contemplar:
- a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura "Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.";
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura "Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.";
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 031/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova

instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Arco Ribeirinho.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Arco Ribeirinho.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de

- preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
- g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 032/2023, de 17/02/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o

foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Arrábida.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Arrábida.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.”, o qual deve contemplar:

- a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT inicia funções com a comunicação da presente deliberação, devendo apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, até ao dia 30 de abril de 2023.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 045/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Barcelos, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o

envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Barcelos, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Barcelos, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Barcelos, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Cavado III – Barcelos.

3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Barcelos, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Cavado III – Barcelos.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Barcelos, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Barcelos, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de Barcelos, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 046/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova

instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto VII – Gaia;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Grande Porto VII – Gaia e Grande Porto VIII – Espinho/Gaia.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.”;

- f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O plano deve ainda aproveitar o Centro Académico Clínico Egas Moniz, como instrumento para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;
 - h) A proposta de designação da nova entidade.
- 6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
 - 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 - 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 - 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 047/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental e Grande Porto III – Maia/Valongo.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.

5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O plano deve ainda aproveitar a articulação com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e o Centro Académico Clínico do Porto, como instrumentos para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;
 - h) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 048/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Dão Lafões, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação SNS. Mais de quatro décadas

passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Dão Lafões, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Dão Lafões, E.P.E.”.

2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
 - b) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - c) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela/Viseu, E.P.E.;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Dão Lafões;
 - e) Diretor Executivo do ACeS Douro Sul II – Douro Sul.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela/Viseu, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Dão Lafões e Douro Sul II – Douro Sul.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Dão Lafões, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta, nomeadamente avaliando os concelhos que integram o ACeS Douro Sul II – Douro Sul;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Dão Lafões, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de Dão Lafões, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.

8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 049/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de

unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta, nomeadamente avaliando os concelhos que integram o ACeS Baixo Mondego;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;

- e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
- 6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
 - 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 - 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 - 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 050/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o

foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Estuário do Tejo.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Vila Franca de Xira, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Estuário do Tejo.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.

5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 051/2023, de 20/04/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:

- a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Médio Tejo.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS Médio Tejo.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.", o qual deve contemplar:
- a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos do ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura "Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.";
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura "Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.";
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 070/2023, de 26/05/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto V – Porto Ocidental;
 - d) Diretor Executivo do ACeS Grande Porto II – Gondomar.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Grande Porto V – Porto Ocidental e Grande Porto II – Gondomar.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;

- e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O plano deve ainda aproveitar a articulação com a Academia e o Centro Académico Clínico, como instrumentos para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;
 - h) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 071/2023, de 26/05/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede,

a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS do Tâmega I — Baixo Tâmega;
 - d) Diretor Executivo do ACeS do Tâmega II — Vale do Sousa Norte;
 - e) Diretor Executivo do ACeS do Tâmega III — Vale do Sousa Sul.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Tâmega e

Sousa, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS do Tâmega I — Baixo Tâmega, do Tâmega II — Vale do Sousa Norte e do Tâmega III — Vale do Sousa Sul.

4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 072/2023, de 26/05/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, E.P.E.;
 - c) Presidente do Conselho Clínico do ACeS Cova da Beira.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, E.P.E., e o Presidente do Conselho Clínico do ACeS da Cova da Beira.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.”;
 - f) O plano deve ainda aproveitar a articulação com a Academia e o Centro Académico Clínico, como instrumentos para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;
 - g) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;

- h) A proposta de designação da nova entidade.
- 6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
- 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
- 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
- 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 073/2023, de 26/05/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição,

acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS do Oeste Norte;
 - d) Diretor Executivo do ACeS do Oeste Sul.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS do Oeste Norte e do Oeste Sul.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;

- b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 074/2023, de 26/05/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, E.P.E.".

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, E.P.E.".
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Loures, E.P.E.;
 - c) Presidente do Conselho Clínico do ACeS de Loures/Odivelas.

3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Loures, E.P.E., e Presidente do Conselho Clínico do ACeS de Loures/Odivelas.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, E.P.E.", o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura "Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, E.P.E.";
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura "Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, E.P.E.";
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 075/2023, de 26/05/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.;
 - c) Diretor Executivo do ACeS Lisboa Norte.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E., e o Diretor Executivo do ACeS de Lisboa Norte.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O plano deve ainda aproveitar a articulação com a Academia e o Centro Académico Clínico, como instrumentos para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;

- h) A proposta de designação da nova entidade.
- 6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas.
- 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
- 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
- 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 120/2023, de 26/07/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.”.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição,

acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.”.

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
 - c) Diretores Executivos dos ACeS Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso, ACeS Douro I - Marão e Douro Norte e ACeS Douro II - Douro Sul.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso, ACeS Douro I - Marão e Douro Norte e ACeS Douro II - Douro Sul.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.”, o qual deve contemplar:

- a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura "Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.";
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura "Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.";
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O plano deve ainda aproveitar a articulação com a Academia e a UTAD, como instrumentos para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;
 - h) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas, devendo apresentar a abordagem económico-financeira nas primeiras duas semanas, de acordo com o calendário articulado com o Ministério das Finanças.
 7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
 8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
 9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação nº DE-SNS 121/2023, de 26/07/2023: Criação do grupo de trabalho com a missão de elaborar o plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, E.P.E.".

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado, através da criação do SNS. Mais de quatro décadas

passadas, os contextos epidemiológicos, sociais e económicos do país transformaram-se, mas mantêm-se os desafios ao humanismo, universalidade e proximidade.

A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia permitiram reduzir radicalmente a mortalidade associada a doenças agudas. Nesse âmbito, Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis.

A diversidade dos cuidados que presta, a capilaridade dos seus serviços, a elevada autonomia técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes em saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, conferem ao SNS uma complexidade organizacional e justificam a missão da DE-SNS: coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Assim, numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Nesse sentido, a DE-SNS, decidiu criar um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura "Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, E.P.E.".

A abordagem deve definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de unidade local de saúde, E.P.E. (ULS), consagrado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

O plano de negócios deverá incluir a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema, fornecendo os meios e os recursos necessários para a sua missão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

1. A criação de um grupo de trabalho (GT) com a missão de elaborar o plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, E.P.E.”.
2. O GT tem a seguinte composição:
 - a) Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
 - b) Presidente do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.;
 - c) Diretores Executivos dos ACeS Amadora e ACeS Sintra.
3. O GT tem uma Gestão do Processo, sendo designado para o efeito, em cooperação, o Presidente Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., e os Diretores Executivos dos ACeS Amadora e ACeS Sintra.
4. O GT pode integrar os elementos das instituições referidas no número 2. da presente deliberação, que sejam considerados relevantes para as várias fases do projeto.
5. O GT criado através da presente Deliberação tem como missão a elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, E.P.E.”, o qual deve contemplar:
 - a) A descrição da área de influência direta e indireta;
 - b) A análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos dos ACeS e da instituição hospitalar a integrar na futura “Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, E.P.E.”;
 - c) O posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
 - d) A análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto *versus* a realidade anterior, numa dinâmica de sustentabilidade;
 - e) Os ganhos em saúde com a criação da futura “Unidade Local de Amadora-Sintra, E.P.E.”;
 - f) O plano de negócios deve incluir ainda os investimentos delineados pelas várias instituições, os projetos em curso e os que estavam em fase de preparação para o futuro, nas vertentes assistencial, de formação e de investigação;
 - g) O plano deve ainda aproveitar a articulação com a Academia, como instrumento para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso;
 - h) A proposta de designação da nova entidade.
6. O GT deve apresentar um plano de negócios que responda aos objetivos elencados, num prazo de dez semanas, devendo apresentar a abordagem económico-

financeira nas primeiras duas semanas, de acordo com o calendário articulado com o Ministério das Finanças.

7. A DE-SNS reunirá quinzenalmente com o GT de forma a acompanhar a evolução dos trabalhos.
8. O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito da sua missão.
9. A participação nas atividades do GT pelos seus membros ou por entidades consultadas não confere direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.

Deliberação da DE-SNS: Elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.”.

Para a Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., foi elaborado um estudo de viabilidade, concluído a 21 de agosto. Foi utilizado como guião o estudo sobre a criação da Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., elaborado anteriormente pela Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., complementada com informação do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

Deliberação da DE-SNS: Elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.”.

Este GT iniciou-se com o projeto de empresarialização de todas as unidades hospitalares, um objetivo da DE-SNS, nomeadamente a elaboração do PN para a integração no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., dos hospitais do Setor Público Administrativo, Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais.

O GT foi composto pelo Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., Dra. Rosa Marques, Presidente do Conselho de Administração Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., Dr. Carlos Santos, Presidente do Conselho Diretivo do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede, Dra. Diana Breda, Presidente do Conselho Diretivo do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Dra. Maria Isabel Rodrigues Alves Bento.

O PN incluiu a análise dos impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, assegurando os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia da nova instituição, promovendo a proximidade na prestação de cuidados de saúde.

A missão deste GT consistiu na elaboração de um PN da futura instituição, que contemplasse a descrição da área de influência direta e indireta, a análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos das instituições, o posicionamento estratégico da nova entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização, a análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior e os ganhos em saúde com a criação desta nova entidade. Este PN foi entregue a 20 de março de 2023.

Para o alargamento do conceito para a Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E., foi elaborado um estudo de viabilidade, concluído a 3 de agosto, complementado com a integração da informação sobre os ACeS Pinhal Interior Norte e Baixo Mondego.

Deliberação da DE-SNS: Elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.”.

Numa perspetiva de qualificação da resposta, simplificação de processos, incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde utilizados pelos utentes, torna-se, fundamental promover a integração, com maior proximidade das instituições, numa mesma área geográfica, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Por outro lado, e na esteira da opção legislativa e orçamental efetuadas, a empresarialização de todas as unidades hospitalares constituiu um objetivo da DE-SNS, pelo que se constituiu o GT com a missão de elaborar o PN para a integração no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., do hospital do Setor Público Administrativo, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e do hospital do Setor Público Administrativo, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

O GT foi constituído pelo Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Dr. Luis Pisco, Presidente do Conselho de Administração Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E., Dra Rosa Matos, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, Dra. Erica de Oliveira Grilo Santos Cardoso, Presidente do Conselho Diretivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Dra. Teresa Sustelo, Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental, Dr. Miguel Xavier, Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, I.P., Dr. Victor Herdeiro.

A missão deste GT consistiu na elaboração de um PN da futura instituição, que incluía a descrição da área de influência direta e indireta, a análise do perfil assistencial e os meios técnicos e humanos das instituições hospitalares, o posicionamento estratégico da nova

entidade, identificando a oferta de cuidados de saúde, a análise SWOT e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização, a análise económico-financeira e as vantagens do novo contexto versus a realidade anterior. os ganhos em saúde com a criação desta nova entidade, o impacto com o novo Hospital Lisboa Oriental, a vertente académica e de investigação do Centro Clínico Académico de Lisboa, devendo a unidade hospitalar psiquiátrica ser dotada de um modelo de delegação de competências e autonomia gestionária, alinhada com a estratégia do Plano Nacional de Saúde Mental. Este PN foi entregue a 24 de março de 2023.

Para o alargamento do conceito para a Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E., foi elaborado um estudo de viabilidade, concluído a 3 de agosto, complementado com a integração da informação sobre os cuidados de saúde primários.

Deliberação da DE-SNS: Elaboração do plano de negócios da futura “Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.”.

Para a Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E., foi elaborado um estudo de viabilidade, concluído a 16 de agosto. Este estudo tinha algumas especificidades, pois incluía a vertente dos cuidados de saúde primários que engloba uma parte da referência para o Hospital de Cascais, em regime de Parceria Público-Privada.

Elaboração dos Planos de Negócios das Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

Reorganização do Serviço Nacional de Saúde

Gerir cuidados de saúde, com as suas complexidades, exigências financeiras, crescimento contínuo e uma longa história de mais de várias décadas na maioria dos países europeus, não é uma tarefa simples. Além disso, qualquer organização precisa de ser reestruturada quando sofre mudanças significativas de dimensão ou complexidade, especialmente quando atinge mais de quarenta anos de idade, precisamente onde se encontra atualmente a maioria dos serviços nacionais de saúde. Segundo Drucker, quando uma organização apresenta estas características, "ultrapassou as suas políticas e as suas regras de comportamento. Se continuar nos seus velhos hábitos, torna-se ingovernável, incontrolável".

A integração clínica tem surgido como uma resposta para melhorar a eficiência e a eficácia do sistema, os resultados em termos de saúde pública da população, a continuidade dos cuidados, o acesso a soluções com prontidão e qualidade, tanto nos cuidados primários como hospitalares, e como um instrumento para a reforma do sector da saúde em todo o mundo.

A integração de cuidados pode ter vários significados, e a sua compreensão dependerá do contexto e das dimensões utilizadas. No entanto, pode ser geralmente entendida como um conjunto de práticas que são intrinsecamente moldadas por fatores contextuais, e não como uma intervenção única, com o objetivo final de reunir contributos, prestação, gestão e organização dos serviços de saúde. A integração de cuidados é frequentemente contraposta a cuidados fragmentados e episódicos, também designados por "Arquipélago dos Cuidados de Saúde". Nas suas definições mais recentes, a integração dos cuidados está associada a um sistema de saúde centrado nas pessoas e orientado para os utentes (in https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf).

Exemplos Internacionais de Integração de Cuidados de Saúde

Nos últimos anos, algumas revisões sistemáticas estudaram a integração nos cuidados de saúde, com resultados promissores na redução da duração dos internamentos hospitalares, aumento da satisfação dos doentes, aumento da perceção da qualidade e do acesso a cuidados, tanto em contextos europeus como mundiais.

Os estudos centrados no Reino Unido revelaram ganhos na integração na prestação de cuidados. A Escócia, em particular, concluiu que a integração vertical dos cuidados de saúde e sociais pode melhorar os resultados clínicos, a eficiência organizacional e a experiência dos doentes. Também melhorou o desempenho na alta dos doentes que

estão clinicamente bem, mas que precisam de aguardar pelos cuidados e apoio pós-hospitalares. Os dados do Reino Unido indicam que o tempo de espera dos doentes para as consultas externas podem ser reduzidos e que os desejos dos doentes em fim de vida são satisfeitos com maior frequência. Os projetos-piloto de cuidados integrados em Inglaterra, que adotam uma multiplicidade de abordagens à integração de cuidados para variadas populações-alvo, conseguiram melhorar a experiência dos prestadores de cuidados e o custo por doente por ano.

O *Gesundes Kinzigtal* da Alemanha, uma abordagem de base populacional que organiza os cuidados em todos os sectores e indicações dos serviços de saúde numa região específica, conseguiu diminuir a mortalidade dois anos e meio após a inscrição no programa, aumentou as admissões hospitalares e diminuiu a duração do internamento, melhorou a experiência dos doentes e dos prestadores e conseguiu diminuir o custo por doente e por ano.

Um sistema de pagamentos agrupados proposto pelos Países Baixos, específico para determinadas doenças crónicas, reduziu os cuidados especializados e melhorou a experiência dos doentes e dos prestadores.

No Brasil, as tentativas de integração promoveram a qualidade do atendimento, bem como outros resultados ao nível do doente, dos profissionais, e da organização. Os esforços de integração nas redes de atenção à saúde contribuem para a melhoria da resposta, superação de vazios assistenciais e redução de custos.

Nos Estados Unidos da América, apesar do seu sistema de saúde ser predominantemente privado, a integração vertical teve benefícios. Numa análise sistemática da integração vertical e da qualidade dos cuidados de saúde nos Estados Unidos da América, seis estudos em dez concluíram que a integração vertical estava associada a uma maior qualidade dos cuidados de saúde e a integração vertical estava associada a um maior acesso a cuidados cirúrgicos por parte de doentes vulneráveis e com baixos rendimentos.

Em Espanha, Caballer-Tarazona e Consuelo, e Comendheiro-Maaløe et al., com o modelo *Alzira*, e que integra os cuidados primários e os cuidados hospitalares, melhora a eficiência e alguns indicadores de qualidade (como a redução das listas de espera), quando comparado com sistemas públicos não integrados. Também em Espanha, o estudo promovido por Falces et al. ao analisar a integração de um hospital e sete prestadores de cuidados de saúde primários, concluiu que a integração dos cuidados de saúde primários e secundários na prestação em cardiologia melhorou a qualidade das medidas de processo de cuidados relacionados com a cardiopatia isquémica (e.g., controlo do colesterol), insuficiência cardíaca (e.g., prescrição de betabloqueadores) e fibrilação auricular (e.g., estudo etiológico seguido de ecocardiografia), quando comparado com os cuidados cardiológicos habituais.

De um modo geral, a integração vertical (i) é uma via promissora para aumentar os cuidados centrados no doente, aumentando simultaneamente a eficiência e a eficácia sistémicas e (ii) as tentativas com maior alcance são mais promissoras do que a

concentração apenas numa doença ou num grupo. No entanto, como concluíram Amado, Ferreira e Nunes numa revisão da literatura, a integração gera melhores resultados e qualidade em saúde, mas é necessário controlar o risco de ineficiências, sobretudo se não se promove o alinhamento estratégico (in https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf).

Histórico da Integração dos Cuidados de Saúde em Portugal

Os sucessos da saúde em Portugal são reconhecidos mundialmente, mas o país irá enfrentar problemas de saúde de maior magnitude nas próximas décadas. A evolução da medicina, da ciência e da tecnologia tem permitido reduzir radicalmente a mortalidade associada às doenças agudas. Neste contexto, Portugal assiste atualmente a uma profunda alteração do seu perfil demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento da população e o predomínio das doenças crónicas não transmissíveis. Os movimentos migratórios, tanto de saída como de entrada no país, trarão a sua quota-parte de desafios que terão de ser ultrapassados pelo SNS. No entanto, o sistema atual continua a ser uma referência internacional. Os últimos dados do Índice de Cobertura de Serviços de Saúde Universal da Organização Mundial de Saúde colocam Portugal no 5.º lugar cimeiro do mundo, empatado com a Alemanha e o Reino Unido.

A diversidade dos cuidados que o SNS presta, a capilaridade dos seus serviços, a autonomia altamente técnica dos seus profissionais de saúde, os custos crescentes dos cuidados de saúde e as expectativas de uma sociedade mais informada e exigente são dimensões que precisam de ser abordadas para criar um sistema de saúde mais forte em Portugal. Assim, para qualificar a resposta, simplificar processos, aumentar a coordenação entre equipas de profissionais de saúde, com enfoque na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados utilizados pelos utentes, é fundamental promover a integração multidimensional. Esta deve passar pela criação de uma maior proximidade das instituições na mesma área geográfica, pela melhoria da participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autoridades locais, pela monitorização e avaliação das políticas de saúde e pela maximização do acesso e eficiência da resposta dos serviços de saúde.

O SNS tem as suas raízes na década de 1940, com o início de uma rede hospitalar. Nos anos 60, a integração já era considerada nos trabalhos académicos como um caminho de futuro, não só para as estruturas administrativas, mas também para as carreiras médicas, a coordenação e os serviços de saúde. No entanto, foi a revolução política de 1974 que levou à criação do SNS português como um sistema universal. Desde a criação do SNS, os contextos epidemiológico, social e económico sofreram várias melhorias ao longo dos anos. No entanto, continuam a existir desafios para garantir o humanismo, a universalidade, a equidade e a proximidade.

A crescente procura de cuidados de saúde e a especialização dos profissionais no setor da saúde levaram a uma fragmentação considerável entre hospitais e unidades de

cuidados de saúde primários. Totalizando cerca de uma centena de instituições, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados primários, num país com esta dimensão, significa uma elevada complexidade organizacional, com aumento da burocracia e desperdício dos recursos.

Neste contexto, Portugal iniciou as suas primeiras tentativas de integração vertical nos cuidados de saúde no final da década de 1990. Foi desenvolvida uma nova estrutura integrada de saúde, que reunia unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares, da mesma região, sob a mesma liderança, orçamento e objetivos: as Unidades Locais de Saúde (ULS). O objetivo subjacente a esta inovação organizacional era "criar condições que permitissem uma melhor gestão das suas instituições e a melhor articulação destas instituições entre si e com outras".

As ULS são pessoas coletivas dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Assim, o seu objetivo final é melhorar a ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, através da gestão integrada de todos os níveis de cuidados de saúde. A nível nacional, o objetivo é otimizar a resposta dos serviços através da gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região. Estas unidades tiveram resultados positivos na utilidade e no tempo de resposta adequado para a marcação e realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, consultas de especialidade e marcação e realização de cirurgias. No final de 2023, as ULS prestavam cuidados a uma população de mais de 1 milhão de habitantes, cerca de 10% da população nacional (in https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf).

Futuro da Integração dos Cuidados de Saúde em Portugal

Em 2022, foi aprovado um novo estatuto para o SNS. Criou a DE-SNS, com base na necessidade de simplificar a estrutura organizacional do serviço de saúde que, até então, se baseava em múltiplos níveis e instituições. Visou também garantir que todo o SNS funcione em rede, papel que se revelou crucial no combate à pandemia da COVID-19. Em agosto de 2023, o governo anunciou a expansão do modelo de ULS em todo o país, a partir de 1 de janeiro de 2024, criando 31 novas ULS para além das 8 já em funcionamento anteriormente. Este facto implica a organização do SNS em 39 ULS, para além de três institutos de oncologia (IPO de Lisboa, Porto e Coimbra) e do Hospital de Cascais (gerido em regime de parceria público-privada). Este facto representará uma racionalização da estrutura hierárquica, que passará a ser composta por 44 instituições, menos de metade da organização anterior, e a consequente redução de cargos dirigentes, reduzindo custos do processo e aumentando a robustez e a qualificação da decisão.

De acordo com o modelo das ULS, esta nova estrutura definirá a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS, assumindo a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares de forma integrada. Esta reforma, estimula e agiliza consideravelmente a construção dos instrumentos de planeamento e organização do SNS, com efeitos positivos esperados na saúde, através da otimização e integração de cuidados, da proximidade dos cuidados, da autonomia de gestão, do reforço dos cuidados de saúde primários, da promoção da saúde e prevenção da doença e da focalização nos utentes. Esta reorganização aproximará o local de prestação de cuidados e o primeiro nível de um órgão executivo de decisão. Diminuirá também o âmbito geográfico médio que o primeiro nível de um órgão de decisão executivo terá de gerir, permitindo uma maior concentração e uma gestão mais adaptada. A coordenação com as autoridades locais e o papel dos cidadãos também serão reforçados com esta estratégia.

Administração Indireta					SPA	Setor Público Empresarial				PPP
ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	CHPL	CHUSA	HB	ULS Alto Minho	IPO Porto	HC
ACES Alto Ave	ACES Baixo Mondego	ACES Alameda-Seixal	ACES Alentejo Central	ACES Barlavento	CMRRC-RP	CHEDV	HSOG	ULS Baixo Alentejo	IPO Coimbra	
ACES Alto Tâmega e Barrosos	ACES Baixo Vouga	ACES Amadora		ACES Central	HAJC	CHTMAD	HSM	ULS Castelo Branco	IPO Lisboa	
ACES Ave / Familiaridade	ACES Cova da Beira	ACES Arco Ribeirinho		ACES Sotaventos	HFZ	CHMA	HDF	ULS Guarda		
ACES Aveiro Norte	ACES Odo - Lafões	ACES Arrábida			IOGP	CHUSJ	HDS	ULS Litoral Alentejano		
ACES Baixo Tâmega	ACES Pinhal Interior Norte	ACES Cascais				CHPVVC	HFF	ULS Matosinhos		
ACES Barcelos/ Espoza	ACES Pinhal Litoral	ACES Estuário do Tejo				CHTS	HGO	ULS Nordeste		
ACES Braga		ACES Lezíria				CHVNGE	HBA	ULS Norte Alentejano		
ACES Douro Sul		ACES Lisboa Central				CHTV	HESE			
ACES Espinho/Gaia		ACES Lisboa Norte				CHL	HVFX			
ACES Feira/Arouca		ACES Lisboa Ocidental e Oeiras				CHO				
ACES Gaia		ACES Loures-Odivelas				CHUC				
ACES Gerês/Cabeira		ACES Médio Tejo				CHUCB				
ACES Gondomar		ACES Oeste Norte				CHMT				
ACES Maia/Valongo		ACES Oeste Sul				CHBM				
ACES Marão e Douro Norte		ACES Sintra				CHULN				
ACES Porto Ocidental						CHLO				
ACES Porto Oriental						CHS				
ACES Póvoa de Varzim/Viã do Castelo						CHUA				
ACES Santo Tirso/Trofa						CHBV				
ACES Vale do Sousa Norte						CHULC				
ACES Vale do Sousa Sul										

2023

99 INSTITUIÇÕES

- Administrações Regionais de Saúde(5)
- Agrupamento de Centros de Saúde (46)
- Hospitais SPA (5)
- Hospitais/Centros Hospitalares EPE (31)
- Unidades Locais de Saúde (8)
- Institutos Portugueses de Oncologia (3)
- Hospital PPP (1)

DE-SNS				
Setor Público Empresarial				PPP
ULS Alentejo Central	ULS Castelo Branco	ULS Médio Tejo	IPO Porto	HC
ULS Algarve	ULS Coimbra	ULS Nordeste	IPO Coimbra	
ULS Almada-Seixal	ULS Cova da Beira	ULS Oeste	IPO Lisboa	
ULS Alto Alentejo	ULS Entre Douro e Vouga	ULS Póvoas de Varzim/Vila do Conde		
ULS Alto Ave	ULS Estuário do Tejo	ULS Região de Aveiro		
ULS Alto Minho	ULS Gaia/Espinho	ULS Região de Leiria		
ULS Amadora/Sintra	ULS Guarda	ULS Santa Maria		
ULS Arco Ribeirinho	ULS Lezíria	ULS Santo António		
ULS Arrábida	ULS Lisboa Ocidental	ULS São João		
ULS Baixo Alentejo	ULS Litoral Alentejano	ULS São José		
ULS Baixo Mondego	ULS Loures-Odivelas	ULS Tâmega e Sousa		
ULS Barcelos/Esposende	ULS Matosinhos	ULS Trás-os-Montes e Alto Douro		
ULS Braga	ULS Médio Ave	ULS Viseu Dão-Lafões		

2024
44 INSTITUIÇÕES (-55)

- Direção Executiva do SNS (1)
- Unidades Locais de Saúde (39)
- Institutos Portugueses de Oncologia (3)
- Hospital PPP (1)

Instituições prestadoras de cuidados de saúde no SNS, previamente e posteriormente à reorganização resultante da aplicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

A perspetiva portuguesa de integração vertical de cuidados através de um sistema único de Unidade Local de Saúde vai ao encontro de um conceito de integração que, segundo Amado, Ferreira e Nunes, centra-se no doente através de dois modelos distintos. Por um lado, a integração estrutural que compreende a propriedade das infraestruturas e dos serviços nelas prestados através de uma cadeia de oferta vertical e articulada. Por outro lado, a integração funcional que promove a coordenação efetiva entre os serviços.

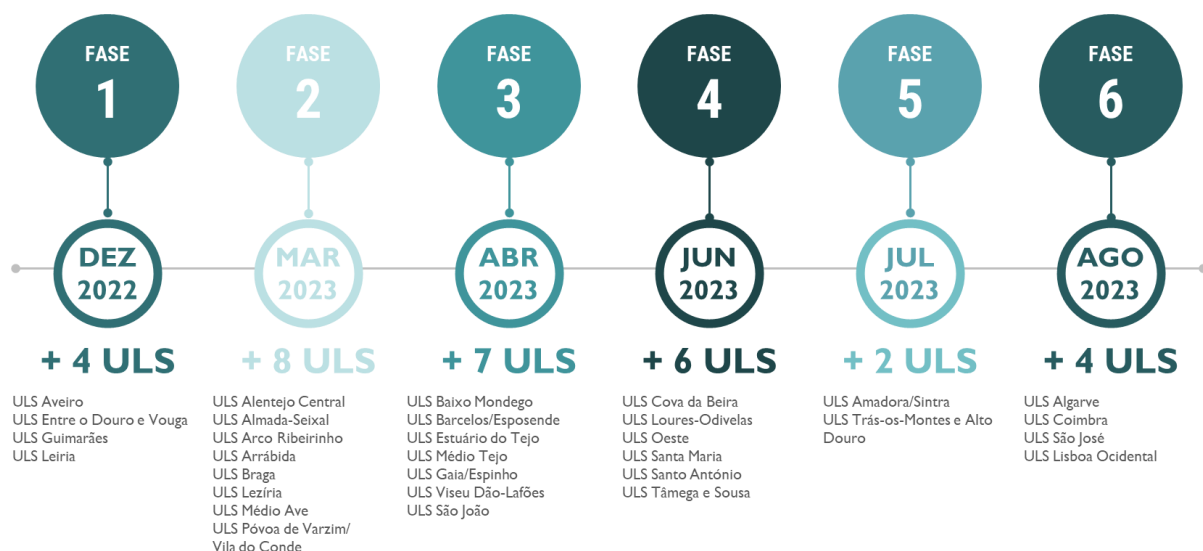


Inovações no novo modelo de Unidades Locais de Saúde.

Alguns estudos identificaram áreas de melhoria nas ULS pré-existentes, permitindo que as novas ULS discutam e perspetivem o rumo desde o início, permitindo um envolvimento no seu desenho e forma de funcionamento, e introduzindo inovações.

Uma dessas considerações é o facto do modelo financeiro, até agora, não ter considerado características sociodemográficas importantes, a distribuição das doenças e as necessidades da população. Esta questão foi abordada com um novo regime de contratualização e uma alteração do modelo de financiamento, propondo uma abordagem orientada para as necessidades da população e visando uma intervenção centrada no cidadão e a atenuação dos contactos agudos evitáveis entre o doente e os cuidados de saúde. Esta lógica valoriza a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento atempado e a reabilitação adequada, a ambulatorização dos cuidados, os cuidados de saúde primários e a proximidade de cuidados.

Outras considerações foram as necessidades de melhores integrações das pessoas e dos sistemas, com enfoque no utente e no seu percurso clínico. Estes temas foram abordados através de um intenso processo de envolvimento das instituições e de discussão, com preparação e apresentação de planos de negócios para as novas ULS, envolvendo cerca de três dezenas de grupos de trabalho, com reuniões semanais, contando com a presença dos conselhos de administração hospitalar e dos conselhos diretores executivos dos ACeS.



Roteiro das fases de criação das novas Unidades Locais de Saúde.

A implementação destas medidas requer um processo paralelo de acompanhamento. É fundamental uma análise dos impactos clínicos e financeiros desta forma de organização, garantindo os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, a proximidade das decisões, o aumento da autonomia das novas instituições, promovendo os cuidados de saúde primários como base do sistema, disponibilizando os meios e recursos necessários à sua missão.

Em suma, há resultados de experiências (com dimensão próxima do país), com efeitos positivos em termos de eficiência, eficácia, qualidade e sobretudo em termos de resultados de saúde para o utente, o que reforça os efeitos positivos do modelo. No entanto, é importante ter em conta as dimensões inerentes ao modelo e garantir um apoio adequado em termos de promoção da integração real dos cuidados, sendo necessária uma abordagem a nível de todo o sistema de saúde, que inclua a participação do governo e da sociedade. Esta reforma do SNS, apoiando a mobilização e o envolvimento das instituições, dos profissionais, das autarquias e das comunidades, tem em vista como objetivo final alcançar uma melhor saúde para todos (in https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf).

Para implementar a reorganização do SNS em ULS, procedeu-se à criação dos GT com a missão de construir PN que sustentassem a implementação do modelo “Unidade Local de Saúde”, consagrado no n.º. 2 do artigo nº 64 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

A opção pela elaboração de um PN foi por este ser considerado um plano base, essencial para a estruturação e defesa de um novo projeto empresarial, neste caso, a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS que, numa determinada região, passam a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares de forma integrada.

O âmbito foi ser um plano que, partindo de uma descrição da situação pré-existente, se focasse nas linhas essenciais do projeto, que definisse as várias iniciativas a levar a cabo e a alocação dos recursos necessários para o efeito e que demonstrasse a viabilidade do projeto que se pretendia implementar, bem como a capacidade de solucionar os problemas e constrangimentos existentes e que se poderiam vir a colocar.

Importante a articulação com o Ministério das Finanças e com as autarquias locais, na construção dos PN, que respondessem às questões da empresarialização, nas suas exigências legais, e à ligação ao poder local, de forma a encontrar soluções locais para as pessoas.

O PN incluiu um sumário, um objetivo, a identificação dos fatores-chave para o projeto ser bem-sucedido e os impactos financeiros das várias medidas propostas, assegurando que os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados se conjugam com a procura da sustentabilidade.

A principal missão de cada GT foi a elaboração de um PN que contemplasse:

1. A descrição da área de influência direta e indireta e acessibilidade;
2. A análise do perfil assistencial dos AceS e instituições hospitalares a integrar;
3. O enquadramento das entidades a integrar na ULS (AceS e Instituições hospitalares);

4. O posicionamento estratégico da ULS a criar, identificando a oferta de cuidados de saúde complementares e concorrenciais, a análise da envolvimento da utilização dos serviços hospitalares, a análise SWOT da ULS a criar e os objetivos estratégicos, onde são apresentadas as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização;
5. A análise económico-financeira e as vantagens da solução ULS versus a solução sem ULS;
6. No caso das ULS com cariz universitário, o plano deve ainda aproveitar a articulação com a Academia, como instrumento para potenciar este projeto e torná-lo um exemplo de sucesso, integrando uma forte componente formativa e de investigação.

Os GT tiveram todos uma primeira reunião inicial com o Conselho de Gestão da DE-SNS, seguindo-se 10 semanas, até à entrega final do PN. Todos os GT foram acompanhados de forma periódica pelo Conselho de Gestão da DE-SNS, num esforço conjunto, apresentando um PN no final do período.

Em dezembro de 2022 foram criados os primeiros GT, tendo os últimos GT terminado os trabalhos em agosto de 2023, de forma a podermos incluir os resultados no planeamento do Orçamento do Estado para 2024.

Foi cerca de um ano de intenso trabalho colaborativo, envolvendo múltiplas equipas locais e centenas de profissionais, todos focados nas mudanças que eram necessárias fazer para melhorar a prestação de cuidados pelo SNS.

O processo de construção deste novo modelo de organização iniciou-se com a proposta de fusão do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E., com o Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., em novembro de 2022, e terminou em agosto de 2023, com os últimos PN para a constituição de 31 ULS em Portugal, num total de 39, com as 8 já existentes.

Concretização da elaboração dos Planos de Negócio

1. *Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.:*

- › Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.;
- › AceS Entre Douro e Vouga I, Feira/Arouca;
- › AceS Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte;
- › Data de entrega do PN: 31 de dezembro de 2022.

2. *Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.:*

- › Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E.;
- › Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar;
- › AceS Baixo Vouga;

› Data de entrega do PN: 22 de fevereiro de 2023.

3. *Unidade Local de Saúde do Alto Ave, EPE:*

› Hospital Senhora de Oliveira – Guimarães, E.P.E.;

› AceS Alto Ave;

› Data de entrega do PN: 24 de fevereiro de 2023.

4. *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.:*

› Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.;

› AceS Pinhal Litoral;

› AceS Oeste Norte;

› AceS Médio Tejo;

› Data de entrega do PN: 23 de fevereiro de 2023.

5. *Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.:*

› Hospital do Espírito Santo – Évora, E.P.E.;

› AceS Alentejo Central;

› Data de entrega do PN: 28 de abril de 2023.

6. *Unidade Local de Saúde de Almada Seixal, E.P.E.:*

› Hospital Garcia da Orta, E.P.E.;

› AceS Almada-Seixal;

› Data de entrega do PN: 17 de maio de 2023.

7. *Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.:*

› Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.;

› AceS Arco Ribeirinho;

› Data de entrega do PN: 12 de maio de 2023.

8. *Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.:*

› Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.;

› AceS Arrábida;

› Data de entrega do PN: 28 de abril de 2023.

9. *Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.:*

› Hospital de Braga, E.P.E.;

› AceS Cávado I – Braga;

- › AceS Cávado II – Gerês/Cabreira;
- › Data de entregado PN: 12 de maio de 2023.

10. Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.:

- › Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.;
- › AceS da Lezíria;
- › Data de entrega do PN: 17 de maio de 2023.

11. Unidade Local de Saúde da Póvoa do Varzim / Vila do Conde, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.;
- › AceS Grande Porto IV – Póvoa de Varzim / Vila do Conde;
- › Data de entrega do PN: 1 de maio de 2023.

12. Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.:

- › Hospital Distrital Figueira da Foz, E.P.E.;
- › AceS Baixo Mondego;
- › Data de entrega do PN: 27 de junho de 2023.

13. Unidade Local de Saúde de Barcelos Esposende, E.P.E.:

- › Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.;
- › AceS Grande Cávado III – Barcelos / Esposende;
- › Data de entrega do PN: 23 de junho de 2023.

14. Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.;
- › AceS Médio Tejo;
- › Data de entrega do PN: 23 de junho de 2023;

15. Unidade Local de Saúde de Gaia Espinho, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.;
- › AceS Grande Porto VII – Gaia;
- › AceS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia;
- › Data de entrega do PN: 6 de julho de 2023;

16. Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões, EPE:

- › Centro Hospitalar Tondela/Viseu, E.P.E.;
- › AceS Dão Lafões;

- › Data de entrega do PN: 6 de julho;

17. Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.;
- › AceS Grande Porto VI – Porto Oriental;
- › AceS Grande Porto III – Maia/Valongo;
- › Data de entrega do PN: 6 de julho.

18. Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E.;
- › AceS Cova da Beira;
- › Data de entrega do PN: 16 de agosto.

19. Unidade Local de Saúde de Loures Odívetas, E.P.E.:

- › Hospital de Loures, E.P.E.;
- › AceS de Loures/Odivelas;
- › AceS Oeste Sul;
- › Data de entrega do PN: 9 de agosto de 2023.

20. Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.;
- › AceS do Oeste Norte;
- › AceS do Oeste Sul;
- › Data de entrega do PN: 7 de agosto de 2023.

21. Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.;
- › AceS Lisboa Norte;
- › Data de entrega do PN: 8 de agosto de 2023.

22. Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.;
- › AceS Grande Porto V – Porto Ocidental;
- › AceS Grande Porto II – Gondomar;
- › Data de entrega do PN: 9 de agosto de 2023;

23. Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.;
- › AceS do Tâmega I — Baixo Tâmega;
- › AceS do Tâmega II — Vale do Sousa Norte;
- › AceS do Tâmega III — Vale do Sousa Sul;
- › Data de entrega do PN: 9 de agosto de 2023.

24. Unidade Local de Saúde de Amadora Sintra, E.P.E.:

- › Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.;
- › AceS Amadora;
- › AceS Sintra;
- › Data de entrega das projeções económico-financeiras: 9 de agosto de 2023.

25. Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes-e-Alto-Douro, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar de Trás-os-Montes-e-Alto-Douro, E.P.E.;
- › AceS Alto Tâmega e Barroso;
- › AceS Douro Sul;
- › AceS Marão e Douro Norte;
- › Data de entrega das projeções económico-financeiras: 4 de agosto de 2023.

26. Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.;
- › AceS Algarve I – Central;
- › AceS Algarve II – Barlavento;
- › AceS Algarve III – Sotavento;
- › Estudo de viabilidade concluído: 21 de agosto de 2023.

27. Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.;
- › Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede;
- › Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais;
- › AceS Pinhal Interior Norte;
- › AceS Baixo Mondego;
- › Estudo de viabilidade concluído: 3 de agosto de 2023.

28. Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.;
- › Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto;
- › Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- › AceS Lisboa Central;

- › Estudo de viabilidade concluído: 3 de agosto de 2023.

29. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.;
- › AceS Lisboa Ocidental e Oeiras;
- › AceS Cascais;
- › Estudo de viabilidade concluído: 16 de agosto de 2023.

30. Unidade Local de Saúde de Médio Ave, E.P.E.:

- › Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.;
- › AceS Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa;
- › AceS do Ave – Famalicão;
- › Data de entrega PN: 1 de maio de 2023.

31. Unidade Local de Saúde de Estuário Tejo, E.P.E.:

- › Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.;
- › AceS Estuário do Tejo;
- › Data de entrega PN: 26 de junho de 2023.

A concretização desta política culminou com a publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de 32 unidades locais de saúde.

No final de um ano de intenso trabalho, foi dado cumprimento integral a um exigente e complexo planeamento, com dimensões legais, económico-financeiras, clínicas, de envolvimento de múltiplos profissionais e instituições, cumprindo com a estratégia delineada e no cronograma definido.

O modelo de organização e funcionamento de cada ULS, estudos de impacto de acesso e sustentabilidade financeira, análise SWOT sobre o desempenho dos cuidados de saúde primários no contexto das ULS, e outras informações, bem como a identificação dos riscos assistenciais, operacionais, logísticos e financeiros, associados ao processo de transição para o modelo de organização e funcionamento em ULS, com mapeamento dos mesmos, encontram-se descritos nos PN de cada uma das ULS (em anexo), bem como nos documentos existentes no Ministério das Finanças (pareceres da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Sector Público Empresarial) e na Secretaria-Geral da Presidência do Conselho de Ministros (que fundamentaram a aprovação pelo Governo dos decretos-leis).

Nomeações dos Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde, E.P.E., e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E.

Durante o ano de 2023, nos termos do disposto nos artigos 69.º e 77.º dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, no n.º 3 do artigo 72.º do Decreto-Lei n.º 32/2022, de 9 de maio, e n.ºs 1 e 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 48/2022, de 1 de junho, resulta que os membros dos conselhos de administração das instituições de saúde, E.P.E., são designados, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, mediante proposta da DE-SNS, para um mandato de três anos, renovável até ao limite máximo de três renovações consecutivas, sendo-lhes aplicável, com as necessárias adaptações, o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, que aprovou o Estatuto do Gestor Público.

Por força do disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 94/2023, de 16 de agosto, o Conselho de Ministros delegou na DE-SNS a competência que lhe é conferida pela lei no que respeita à designação dos membros dos órgãos de gestão dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, sem prejuízo do cumprimento das regras relativas aos respetivos procedimentos de seleção ou nomeação, passando esta designação a ser feita mediante despacho do diretor executivo do SNS.

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais do SNS, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamentos de Centros de Saúde, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS.

A partir de 1 de janeiro de 2024, nos termos do disposto nos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, e na Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, que aprova o Orçamento do Estado para 2024, e que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2024, compete à DE-SNS, a designação dos membros dos órgãos de gestão dos institutos portugueses de oncologia e das unidades locais de saúde, nos termos do disposto no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março.

Atendendo à reestruturação operada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que tem subjacente um novo modelo de gestão e de prestação de cuidados de saúde aos utentes, tornou-se absolutamente necessário proceder à recomposição dos

seguintes órgãos de gestão, de forma a existir plenitude na liderança destas complexas e exigentes instituições, nomeadamente a nomeação dos Diretores Clínicos dos Cuidados de Saúde Primários e os Vogais indicados pelas autarquias.

Trata-se de processos extremamente relevantes, altamente complexos e exigentes, em termos legais e processuais, na procura dos melhores dirigentes, dos mais capazes, para cumprir com esta função de Estado, na defesa do superior interesse público.

De sublinhar que à data de 1 de janeiro de 2024, existiam instituições do SNS cujos órgãos de gestão tinham terminado o mandato há vários anos.

Todos os membros dos órgãos de gestão designados tiveram parecer favorável da CReSAP.

Todos os Vogais com o pelouro financeiro obtiveram parecer favorável do Ministério das Finanças.

Todos os processos foram desenvolvidos de forma efetiva, sem nenhuma reclamação, necessidade de correção ou outro tipo de questão.

Importante ainda assinalar que no desenvolvimento do processo de constituição de ULS, não se verificaram situações que pudessem conduzir ao pagamento de indemnizações a membros dos órgãos de gestão de Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.), nomeadamente por exoneração de membros dos conselhos de administração de E.P.E., que ainda possuíssem um mandato legalmente em vigor.

Nesse sentido, vale a pena sublinhar, que apenas se procedeu à nomeação de membros dos órgãos de gestão cujos lugares se encontravam vagos.

Todas as nomeações dos Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde, E.P.E., foram, no cumprimento das regras legais, publicadas em *Diário da República*, com as respetivas notas curriculares, podendo ser publicamente escrutinadas.

- 1. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.** - mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

Considerando a proposta dos municípios, procede-se à designação da personalidade indicada, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho do cargo são evidenciadas na respetiva nota curricular, com efeitos a 6 de março de 2024.

- 2. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.** - mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados

em 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

- 3. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.** - mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.
- 4. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E.** - mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.
- 5. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E.P.E.** - mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2022, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários, da Vogal executiva proposta pelos municípios abrangidos pela unidade local de saúde e da Enfermeira diretora pela vacatura do lugar, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.
- 6. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.** - mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários e da Vogal executiva com o pelouro financeiro, ambos pela vacatura do lugar, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.
- 7. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.** - renovado o exercício de funções de Licínio Oliveira de Carvalho, no cargo de Presidente do Conselho de Administração, e de Maria Alexandra Liz Cardoso Tomás Borges, no cargo de Vogal Executiva com o pelouro financeiro, cargos para os quais tinham sido nomeados em 2020 e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2022, e procede-se à designação dos restantes membros, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.
- 8. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.** - renovado o exercício de funções de Margarida Madalena Martins França, no cargo de Presidente do conselho de administração, e de Ana Cecília do Bem Gago,

no cargo de Vogal executiva com o pelouro financeiro, cargos para os quais tinham sido nomeadas em 2021 (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E.) e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2023, e de Teresa Margarida Rosendo Vaio, no cargo de Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, e de Artur Jorge Dias Carvalhinho no cargo de Enfermeiro diretor, cargos para os quais tinham sido nomeados em 2020, para exercerem funções no conselho diretivo do Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários e da Vogal executiva proposta pela Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

- 9. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.** - renovado o exercício de funções de António Alberto Brandão Gomes Barbosa, no cargo de Presidente do conselho de administração, e de Luís Fernando Andrade Moniz, no cargo de Vogal executivo com o pelouro financeiro, cargos para os quais tinham sido nomeados em 2019, e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2021, e procede-se à designação dos restantes membros, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

Considerando a proposta dos municípios abrangidos pela Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E., procedeu-se à designação da personalidade indicada, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração da referida ULS, com efeitos a 15 de janeiro de 2024.

- 10. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.** - renovado o exercício de funções de Carlos Manuel Pereira Andrade Costa, no cargo de Presidente do conselho de administração, de Maria Sofia Magalhães Loureiro dos Santos, no cargo de Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, e de Ana Paula Ventura Eusébio, no cargo de Enfermeira diretora, cargos para os quais tinham sido nomeados em 2021 e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2023, e procede-se à designação dos restantes membros, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

Considerando a proposta dos municípios abrangidos pela Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E., procedeu-se à designação da personalidade indicada, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração, com efeitos a 1 de fevereiro de 2024.

11. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Entre Douro e

Vouga, E.P.E. - renovado o exercício de funções de José Miguel Dias Paiva e Costa, no cargo de Presidente do conselho de administração, de Carlos Manuel Ferreira Carvalho, no cargo de Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, de Sara Cristina da Silva Pereira, no cargo de Enfermeira diretora, e de Rita Manuela Lopes Moutinho, no cargo de Vogal executiva com o pelouro financeiro, cargos para os quais tinham sido nomeados em 2021 e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários e da Vogal executiva proposta pelos municípios abrangidos pela unidade local de saúde, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

12. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E. -

renovado o exercício de funções de João Manuel Gonçalves Miranda, Vogal Executivo, cargo para o qual tinha sido nomeado em 2018 e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2021, e procede-se à designação dos restantes membros, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

Considerando a proposta dos municípios abrangidos pela Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E., procedeu-se à designação da personalidade indicada, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração da referida ULS, com efeitos a 15 de janeiro de 2024.

13. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, E.P.E.

- renovado o exercício de funções de Joaquim Filomeno Duarte Araújo no cargo de Presidente do conselho de administração, de Vera Maria Sargo Escoto, no cargo de Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, de Jorge Manuel Ramos Lourenço Marques, no cargo de Enfermeiro Diretor, de Raul Alberto Carrilho Cordeiro, no cargo de Vogal Executivo com o pelouro financeiro, e de Ana Amélia Rocha Branco Ceia da Silva Tavares, no cargo de Vogal Executiva proposta pela Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo, cargos para os quais tinham sido nomeados em 2020 e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2022, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

14. Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Francisco Gentil (IPO), E.P.E. - renovado o exercício de funções de todos os membros do atual conselho de administração, cargos para os quais tinham sido

nomeados em 2021 e cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2023, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

15. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. -

- mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2023, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários, com efeitos a 15 de janeiro de 2024.

16. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.

- mantêm-se em exercício de funções os atuais membros, os quais foram nomeados em 2022, e procede-se à designação do membro com as funções de Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários, e da Enfermeira diretora pela vacatura do lugar, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 15 de janeiro de 2024.

17. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E. -

- mantêm-se em exercício de funções Paula Cristina Gonçalves Vaz Marques Ribeiro, no cargo de Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, e Fernando Miguel Pereira, no cargo de Vogal executivo com o pelouro financeiro, cargos para os quais foram designados pelo Despacho n.º 9828/2022, de 9 de agosto, e procede-se à designação dos restantes membros do conselho de administração, pela vacatura do lugar, incluindo um vogal proposto pelos municípios abrangidos pela ULS, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 22 de janeiro de 2024.

18. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E. -

- mantêm-se em exercício de funções João Pedro Mendes dos Santos, no cargo de Vogal Executivo com o pelouro financeiro, e Maria Violante Canhão Pereira Nunes, no cargo de Enfermeira Diretora, cargos para os quais foram designados pelo Despacho n.º 9051/2022, de 25 de julho, e procede-se à designação dos restantes membros do conselho de administração, pela vacatura do lugar, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 22 de janeiro de 2024.

19. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, E.P.E. -

- é renovado o exercício de funções de Marta Cristina Marques Gomes, no cargo de Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares e de Olívia Maria da Silva Lopes, no cargo de Vogal executiva com o pelouro financeiro, cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2021, e procede-se à designação

dos restantes membros do conselho de administração, incluindo o Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários e o vogal proposto pelos municípios abrangidos pela ULS, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de fevereiro de 2024.

20. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E. - é renovado o exercício de funções de Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza, no cargo de Presidente, de Carlos António Contreiras Nunes Borges Sobral, no cargo de Vogal Executivo com o pelouro financeiro, e de Maria de Lurdes dos Santos Luís Ponciano, no cargo de Enfermeira Diretora, cujo mandato tinha terminado em 31 de dezembro de 2023, e procede-se à designação dos restantes membros do conselho de administração, incluindo o Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares e o Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas notas curriculares, com efeitos a 22 de janeiro de 2024.

21. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E. - procede-se à designação do Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas na respetiva nota curricular, com efeitos a 22 de janeiro de 2024.

22. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. - procede-se à designação dos membros do conselho de administração, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de fevereiro de 2024.

23. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E. - mantém-se em exercício de funções, Maria Teresa Fernandes de Jesus de Sousa Carneiro, no cargo de Presidente do Conselho de Administração, Ana Teresa Nobre Duque Monteiro Leite Marques Xavier, no cargo de Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Miguel Ângelo Madeira Rodrigues, no cargo de Vogal Executivo com o pelouro financeiro, Jorge Manuel da Silva Pinto, no cargo de Vogal Executivo, e José Filipe Fernandes Nunes, no cargo de Enfermeiro Diretor, cargos para os quais foram designados pelo Despacho n.º 9052/2022, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 142, de 25 de julho, e procede-se à designação da diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas notas curriculares, com efeitos a 29 de janeiro de 2024.

24. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões,

E.P.E. - é renovado o exercício de funções de Nuno Miguel Domingues Duarte, no cargo de Presidente do conselho de administração, de Eduardo Luis Almeida e Melo, no cargo de Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, de José Luis Gomes, no cargo de Enfermeiro Diretor, e de Sandra Isabel da Costa Rodrigues Gil, no cargo de Vogal executiva com o pelouro financeiro, cargos para os quais foram designados pelo Despacho n.º 7339/2020, publicado no *Diário da República*, 2.ª série n.º 141, de 22 de julho, e procede-se à designação da Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 29 de janeiro de 2024.

25. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental,

E.P.E. - tendo os atuais membros do conselho de administração cessado funções a 31 de dezembro de 2022, procede-se à designação dos membros deste órgão estatutário, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de fevereiro de 2024.

26. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. -

atendendo a que os atuais membros do conselho de administração cessaram o respetivo mandato a 31 de dezembro de 2021, torna-se necessário proceder à designação dos membros deste órgão estatutário, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 29 de janeiro de 2024.

27. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa,

E.P.E. - atendendo a que os atuais membros do conselho de administração cessaram o respetivo mandato a 31 de dezembro de 2021, torna-se necessário proceder à designação dos membros deste órgão estatutário, incluindo um vogal proposto pelos municípios abrangidos pela ULS, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de fevereiro de 2024.

Atendendo a que se encontrava vago o cargo de enfermeiro diretor, procedeu-se à sua designação, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho do cargo são evidenciadas na respetiva nota curricular, com efeitos a 26 de fevereiro de 2024.

28. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E. -

atendendo a que os atuais membros do conselho de administração cessaram o respetivo mandato a 31 de dezembro de 2023, torna-se necessário proceder à

designação dos membros deste órgão estatutário, incluindo um vogal proposto pelos municípios abrangidos pela ULS, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 1 de fevereiro de 2024.

29. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. - é renovado o exercício de funções de José Gaspar

Pinto de Andrade Pais, no cargo de Presidente, de Joaquim Monteiro da Silva, no cargo de Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, de Maria Isabel da Silva Alves da Rocha Macedo, no cargo de Enfermeira Diretora e de Iolanda Gabriela Lopes Reis Silva, no cargo de Vogal Executiva com o pelouro financeiro, cargos para os quais foram designados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 76/2018, de 12 de junho, e cujo mandato tinha terminado a 31 de dezembro de 2020, e procede-se à designação dos restantes membros do conselho de administração, incluindo a Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários e um vogal proposto pelos municípios abrangidos pela ULS, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas notas curriculares, com efeitos a 7 de fevereiro de 2024.

30. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, E.P.E. - tendo os atuais membros do conselho de administração cessado funções a

31 de dezembro de 2023, procede-se à designação dos membros deste órgão estatutário, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 7 de fevereiro de 2024.

31. Conselho de Administração da Unidade Local do Baixo Mondego, E.P.E. - é

renovado o exercício de funções de Ana Raquel Farias Correia Santos Andrade, no cargo de Presidente do conselho de administração, e Rui Miguel Dias da Cruz, no cargo de Enfermeiro diretor, cargos para os quais foram designados, respetivamente pelo Despacho n.º 10441/2022, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 165, de 26 de agosto, e pelo Despacho n.º 2216/2021, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 41, de 1 de março, e cujo mandato terminou a 31 de dezembro de 2023, e procede-se à designação dos restantes membros do conselho de administração, cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas notas curriculares, com efeitos a 7 de fevereiro de 2024.

32. Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E. -

mantém-se em exercício de funções Maria João Ribeiro Leite Baptista, no cargo de Presidente do Conselho de Administração, Paulo Emílio da Silva Mota, no cargo de Enfermeiro Diretor, Fernanda Maria Ribeiro de Sousa Leite Oliveira, no cargo de Vogal Executiva com o pelouro financeiro, cargos para os quais foram nomeados pelo Despacho n.º 363/2023, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 6, de 9

de janeiro, e procede-se à designação dos restantes membros do conselho de administração da Unidade Local de Saúde de São João, E. P. E., cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas notas curriculares, com efeitos a 6 de março de 2024.

Modelo de Acompanhamento das Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

Ao longo dos últimos anos Portugal tem-se confrontado com intensas alterações demográficas, sociais e de saúde: o envelhecimento da população, o aumento da procura por cuidados de saúde cada vez mais diferenciados e o aumento do número de pessoas com múltiplas doenças crónicas faz com que a procura por cuidados de saúde de continuidade e prolongados aumente, seja mais complexa e diversa.

Estes fatores, entre outros, causam uma pressão adicional aos serviços de saúde, no sentido de garantirem resposta às necessidades da população, dificuldades sentidas em Portugal que são transversais a toda a Europa, o que leva a que se iniciem, um pouco por todo o lado, movimentos de integração de cuidados, adaptado à forma de organização de saúde já existente, que proporcionem uma melhor experiência ao utente e melhores resultados em saúde, reconhecendo que as respostas atualmente existentes não são as mais adequadas e capazes para ir ao encontro daquilo que são as expectativas da população.

Neste sentido, tornou-se necessário repensar os modelos organizacionais existentes e transformá-los de forma a ir ao encontro das necessidades populacionais, ou seja, implementar modelos mais compreensivos onde impere a multidisciplinariedade, onde se fomente o trabalho em rede de forma a responder às exigências dos utentes, e se garanta a proximidade na prestação de cuidados, e a centralidade na diferenciação, onde se estimule a promoção da saúde, a prevenção da doença, e a reabilitação, onde os cuidados de saúde mental e os cuidados paliativos sejam valorizados, sem esquecer a garantia da sustentabilidade financeira do sistema.

A integração de cuidados é neste sentido uma forma de responder a estas necessidades.

O conceito de integração de cuidados é, atualmente, considerado numa perspetiva mais ampla, conceptualizando a integração dos cuidados de saúde centrados na pessoa, considerando todas as suas dimensões bio-psico-sociais, adotando uma visão holística e de proximidade, envolvendo as famílias, os cuidadores e os parceiros, surgindo como uma resposta que permite flexibilidade de soluções que pretendem melhorar a qualidade da prestação de cuidados, dos resultados em saúde e consequentemente da qualidade de vida das populações.

Em Portugal, a estratégia encontrada para a integração de cuidados no SNS passa por modelos organizacionais de base populacional, como é o caso das ULS. Estas têm como missão a promoção da saúde e prevenção da doença, valorizando o papel dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na prestação de cuidados de proximidade e de continuidade. A sua atuação permite a implementação de modelos organizacionais de base individual, como a gestão de caso ou a gestão da doença, com vista a melhorar a qualidade de vida de uma determinada população.

Por outro lado, o modelo ULS é promotor da integração e coordenação de cuidados nas suas duas vertentes:

- › A integração vertical, entre os vários níveis de cuidados de saúde, alicerçada nas necessidades dos utentes e que permite, de forma coordenada, o desenho e implementação de percursos assistenciais integrados e a prestação de cuidados de proximidade e de continuidade;
- › A integração intersectorial, entre o sector da saúde e os vários sectores envolvidos na promoção da saúde e de bem-estar, como a educação, os sectores social e privado, a justiça, o trabalho, as autarquias, a academia e a investigação, otimizando os recursos disponíveis na comunidade, permitindo prestar cuidados centrados nas pessoas e numa visão holística das suas necessidades.

Sendo este um movimento de integração de cuidados que ocorre em várias dimensões ao mesmo tempo (estrutural, funcional, normativa e sistémica), isto porque a implementação das ULS implica uma mudança organizacional profunda, é expectável que se atinjam melhores resultados para a população.

Com um planeamento e uma organização integrada de cuidados pretende-se atingir uma melhoria dos resultados em saúde, incremento na experiência do utente e previsibilidade da despesa, o que significa mais prevenção e articulação das respostas.

Todo este processo de integração de cuidados reveste uma especial complexidade e como tal deve ser garantido um apoio constante no processo de implementação e desenvolvimento da estratégia nacional de integração de cuidados, mais concretamente a implementação das ULS. É, neste sentido, que surge o projeto de "Implementação, Desenvolvimento e Monitorização das Unidades Locais de Saúde".

A evidência relativa aos resultados alcançados pelo modelo ULS no nosso país e a necessidade de adaptar e flexibilizar o modo de funcionamento de cada ULS às especificidades da sua população, fazem com seja essencial definir um modelo de acompanhamento e monitorização de forma a poder avaliar os pontos mais positivos que devem ser replicados, e aqueles que apresentam maiores dificuldades e como tal devem ser mitigados.

Com a generalização deste modelo de organização torna-se imperativo definir um modelo de monitorização adequado à realidade organizativa das ULS, ou seja, como uma abrangência suficiente que permita avaliar de forma uniforme, mas adaptada às especificidades de cada ULS, que na sua organização deve também considerar as especificidades e necessidades da população a que se dirige.

Generalização do modelo das unidades locais de saúde, E.P.E.

A criação de 31 novas ULS, generalizando o modelo no SNS, veio reforçar a necessidade de desenvolvimento de um conjunto de instrumentos que permitam efetivar a implementação de processos de integração de cuidados de saúde em organizações que estruturam a sua oferta numa base geográfica.

A transição para o modelo ULS está em linha com as soluções mais evoluídas e diferenciadas, adotadas nos sistemas de saúde de vários países e propõe uma abordagem baseada nas necessidades da população, assente na integração entre os vários níveis de cuidados, com vista à intervenção centrada no cidadão, e na mitigação dos contactos agudos evitáveis, numa lógica que valoriza a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento atempado e a reabilitação adequada.

A efetiva implementação das ULS requer um modelo de financiamento e contratualização robusto, suportado em sistemas de informação que promovam uma efetiva integração de dados em saúde, influenciando a construção dos percursos dos utentes e estimulando a promoção da saúde, numa aposta clara nos cuidados de saúde primários e de proximidade.

Por outro lado, a centralidade nas pessoas (a nível individual e populacional), a prestação de contas, a transparência, a participação dos utentes e profissionais de saúde, a monitorização e avaliação regulares são alguns dos princípios essenciais associados à boa governação para a saúde, entendida pela Organização Mundial de Saúde como a capacidade de ativar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

Um dos objetivos da boa governação é o de permitir que a organização realize todo o seu trabalho e implemente a sua missão. Desta forma, a boa governação reflete-se em termos de efetividade organizacional e está sobretudo relacionada com atingir os resultados desejados (eficiência e satisfação das necessidades das pessoas e da população) e atingi-los da forma correta, isto é, não interessa apenas o resultado em si, mas também a forma como ele é conseguido.

Uma vez que essa «forma correta» é moldada pelas normas e valores da organização, não existe um enquadramento universal para a boa governação, cabendo a cada organização definir o contexto, à medida das suas características e da população que serve (a importante flexibilidade local das ULS e dos Planos Locais de Saúde), em termos de cuidados de saúde dentro da instituição e na comunidade, de modo a atingir as suas necessidades e os seus valores.

A mudança torna-se, assim, fundamental para atingir a qualidade desejada e deve ser uma oportunidade de melhoria com base em novos pressupostos, mas também aproveitando a memória passada de boas práticas já implementadas.

Objetivos Estratégicos

Com o objetivo de apoiar o processo de transformação da organização dos serviços de saúde em Portugal e porque os processos de mudança beneficiam de um modelo de acompanhamento robusto e construído de forma adequada, a DE SNS, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-NOVA), uma

entidade externa ao SNS, credível, com enorme experiência e conhecimento técnico-científico e boa articulação com entidades internacionais, tem em curso um projeto cujo objetivo é desenvolver um modelo de acompanhamento das ULS, a decorrer desde outubro de 2023 (ou seja, antes da criação das 31 novas ULS), até novembro de 2025 (pelo menos 18 meses de desenvolvimento do projeto das ULS).

Para o acompanhamento direto e funcional do trabalho, para além da DE-SNS e da ENSP-NOVA, são envolvidas também instituições do Ministério da Saúde, como a Direção Geral da Saúde, (DGS) a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

A estes parceiros também se juntarão, com o objetivo de aduzir um olhar externo ao seu desenvolvimento, a Associação Portuguesa para a Integração de Cuidados (PAFIC) e o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde (OESS).

Projeto “Implementação, Desenvolvimento e Monitorização das ULS”

O projeto em curso, a decorrer de outubro de 2023 a outubro de 2025, resultado de uma parceria entre a DE-SNS e a ENSP-NOVA, tem como objetivo, definir um modelo de acompanhamento das ULS no SNS, no sentido de ser alcançada uma verdadeira transformação na reestruturação e organização dos serviços de saúde em Portugal.

Este Projeto tem como objetivos específicos:

1. Apresentar o estado de arte de unidades integradas no contexto internacional;
2. Realizar um estudo de diagnóstico das ULS em Portugal;
3. Definir um plano de desenvolvimento estratégico das ULS;
4. Identificar as condições/ instrumentos de implementação do plano proposto;
5. Definir o modelo de monitorização e avaliação das ULS;
6. Constituir um observatório para a integração de cuidados de saúde;
7. Propor modelos de identificação, partilha e difusão de boas práticas na área da integração de cuidados;
8. Propor mecanismos de incentivos à inovação nas ULS;
9. Prestar apoio técnico e científico na área da integração de cuidados como suporte às decisões a tomar pela DE-SNS.

Equipa de Acompanhamento das Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

Foi criada por Deliberação da DE-SNS (Deliberação n.º DE-SNS 020/2024), uma Equipa de Acompanhamento do modelo de “Implementação, Desenvolvimento e Monitorização das Unidades Locais de Saúde” (EA-ULS), com a missão de participar no desenvolvimento do processo de reestruturação e organização dos serviços de saúde no SNS, contribuindo, de forma ativa, para a construção de um modelo de acompanhamento adequado e robusto.

A EA-ULS é coordenada pela DE-SNS e composta por representantes da ACSS, dos SPMS, da DGS e da ERS.

A EA-ULS reúne periodicamente com a equipa-projeto da ENSP-NOVA, de forma a acompanhar a evolução do processo.

Pontos Focais das Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

O projeto em curso prevê uma intervenção em proximidade, junto dos Conselhos de Administração das ULS, de forma a garantir que o modelo de acompanhamento a construir seja adequado à realidade organizativa de cada ULS e às suas especificidades.

Neste sentido, a DE-SNS solicitou aos Presidentes dos Conselhos de Administração das ULS a indicação de dois pontos focais da ULS que preside, sendo preferencialmente um elemento do Conselho de Administração e um elemento da área de Planeamento e Gestão, para a ligação à EA-ULS.

Resultados Preliminares

A primeira fase do projeto contempla os dois primeiros objetivos específicos, estando concluído o primeiro, com a divulgação pública do relatório final sobre o estado de arte de unidades integradas no contexto internacional, preparado pela equipa de investigadores da ENSP-NOVA, coordenada pelo Professor Rui Santana e que pode ser consultado no portal da DE-SNS, em:

https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf

O segundo objetivo específico encontra-se na fase de recolha de dados, estando a ser preparado, com a EA-ULS, um protocolo relativo à cedência de dados entre a DE-SNS, a ACSS, os SPMS, a DGS e a ENSP, e a ERS.

Este processo prevê uma intervenção em proximidade, junto dos Conselhos de Administração das ULS, que prontamente indicaram os seus dois pontos focais, estando já este mapa fechado.

Pretende-se realizar um estudo de diagnóstico das ULS em Portugal, através de uma análise dos elementos essenciais que devem constar do modelo de acompanhamento e monitorização das ULS.

Trata-se de uma fase importante do projeto, porque para além de enquadrar teoricamente o tema, gerando conhecimento, permite conhecer os principais conceitos, metodologias e modelos existentes a nível internacional sobre a matéria em estudo, servindo de base a todo o projeto.

A sessão de apresentação pública do Projeto, em que foram, também, formalizados os protocolos de parceria entre a DE-SNS e a ENSP-NOVA, decorreu no dia 28 de fevereiro, no INFARMED, envolvendo, os Conselhos de Administração das ULS, localmente responsáveis pela liderança deste processo transformador do SNS e representantes da DGS, dos SPMS, da ACSS e da ERS.

Esta sessão está disponível para visualização no portal da DE-SNS, em <https://www.sns.min-saude.pt/> ou no canal YouTube do SNS, em https://www.youtube.com/watch?v=_9Ouk0IkC2g

Próximos Passos

Concluir o protocolo relativo à cedência de dados entre a DE-SNS, a ACSS, os SPMS, a DGS, a ERS e a ENSP, que irá permitir concluir o segundo objetivo específico da etapa 1 (realizar um estudo de diagnóstico das ULS em Portugal).

Desenvolver a plataforma do projeto, que ficará disponível no portal da DE-SNS.

Implementar a etapa 2 do projeto, com entrega de relatório final em outubro de 2024.

Novo Modelo de Contratualização com as Unidades Locais de Saúde, E.P.E., e Institutos Portugueses de Oncologia, E.P.E.

Até ao ano de 2023, o processo de contratualização com os hospitais, centros hospitalares e institutos portugueses de oncologia, E.P.E., do SNS, assentou num modelo de financiamento de tipo prospetivo, baseado em cenários de produção, com a fixação prévia de preços, volumes e tipologias de cuidados e sujeito ao princípio do orçamento global. Ao nível dos cuidados de saúde primários, a contratualização externa era desenvolvida entre ARS e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), mediante o preenchimento e negociação de um plano de desempenho plurianual focado sobretudo no desenvolvimento de atividades, mas também abrangendo a afetação de recursos, identificação de investimentos e análise da estrutura de custos.

A aprovação do novo Estatuto do SNS, através do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e a criação de novas ULS com natureza de entidades públicas empresariais, pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, implicaram a criação da DE-SNS e a redefinição do perfil de intervenção de várias entidades designadamente, da ACSS, das ARS, entre outras. Por outro lado, esta reorganização materializou-se na criação de 31 novas ULS, que se juntam às 8 já existentes, ficando a prestação de cuidados de saúde a cargo de 39 ULS e 3 Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), para além do hospital em Parceria Público-Privada.

O modelo ULS propõe uma abordagem baseada nas necessidades da população, agregando os vários níveis de cuidados, numa lógica de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento atempado e reabilitação adequada. Visa a criação de valor em saúde, por via da integração dos vários níveis de cuidados, da intervenção centrada no cidadão e da mitigação dos contactos agudos evitáveis.

Para tal, ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP) apostou-se na generalização do modelo B das Unidades de Saúde Familiar (USF) (Decreto-Lei n.º 103/2023 de 7 de novembro e Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro), que se tem mostrado eficaz na melhoria da prestação de cuidados e facilitação do acesso. Pretende-se assim, aumentar a satisfação da população, pela prestação de um serviço acrescido, mais exigente e de melhor qualidade, e dos profissionais, mediante um correspondente impacto na respetiva remuneração. Na vertente hospitalar, incentiva-se a prestação com garantia do cumprimento de tempos de resposta definidos em lei, com níveis de qualidade e eficiência elevados, com descentralização de cuidados, em proximidade e no domicílio, e com o alargamento do modelo de organização em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).

Objetivos estratégicos

A generalização da organização da prestação dos cuidados de saúde em ULS a todo o país abriu a oportunidade para alterações ao modelo de financiamento por capitação, tendo sido alargado e aperfeiçoado o modelo, de forma a obter-se uma afetação de recursos mais justa, equitativa e indutora de maior autonomia e responsabilidade na gestão eficiente dos recursos humanos, técnicos e financeiros.

A mudança de paradigma funda-se na redução progressiva dos incentivos ao aumento dos volumes de produção, em benefício da negociação, medição e avaliação de resultados em saúde, alinhando todos os intervenientes neste objetivo.

Tendo em consideração a proposta de Orçamento do Estado de 2024 para a saúde, foram calculados os valores de financiamento para os contratos programa dos IPO e ULS, de acordo com o modelo de financiamento da produção contratualizada e o modelo de financiamento de capitação ajustada pelo risco, respetivamente.

A generalização do modelo ULS ditou também a extinção dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, passando a gestão e prestação de CSP a ser assegurada por uma entidade única que, de forma autónoma e a partir de uma visão global de todo o processo, promove a integração de cuidados, complementando as suas diversas tipologias e articulando entre si os diferentes serviços, de modo a facilitar o acesso aos cuidados de saúde e a incrementar a fluidez no trajeto do utente dentro da organização, procurando em suma a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Ao nível gestor, o processo em curso tem na autonomia de gestão de recursos e na definição estratégica de prioridades e de objetivos, elementos-chave para o sucesso do modelo ULS. Neste contexto o ano de 2024 constitui-se como ponto de partida da presente reforma, a qual se reveste de diferentes desafios à reorganização dos serviços e à sua gestão, pelo que, no âmbito específico da contratualização interna em CSP, se considerou prudente garantir um período de transição que permitisse a envolvimento das unidades funcionais e dos seus profissionais num processo com novo enquadramento.

Assim e numa lógica de não rutura com a metodologia utilizada em anos anteriores, o documento de Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024, beneficiou de contributos de atualização por parte da ACSS e foi alvo das naturais e necessárias adaptações ao contexto do atual modelo de contratualização com as ULS.

O documento foi publicado oficialmente na página <https://www.sns.min-saude.pt/contratualizacao/> no dia 14 de março de 2024. Ainda no âmbito da contratualização interna em CSP, a criação, pelo recente enquadramento legal (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, entretanto pontualmente alterado pelos Decretos-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro, e n.º 17/2024, de 29 de janeiro, e Portaria 411-A/20023, de 5 de dezembro), de um novo instrumento de avaliação das USF e UCSP (Índice de Desempenho da Equipa multiprofissional – IDE), tem uma grande relevância

no pagamento aos profissionais integrados em USF B define novos termos para atribuição de incentivos institucionais às USF.

Ainda assim, para 2024 previu-se a manutenção de rotinas, de procedimentos e de dinâmicas de negociação que promovem a familiaridade para com um processo que teve a sua origem em 2007, mas que se vem sedimentando na última forma desde 2017. Acredita-se, pois, que apesar das importantes alterações promovidas pelo novo enquadramento, o modelo de negociação na contratualização interna poderia ser coadjuvado com a manutenção das dinâmicas que têm sido a prática nos últimos anos. Com base neste princípio, a plataforma de contratualização PAUF (Plano de Ação das Unidades Funcionais) foi alvo das necessárias adaptações como resposta ao novo enquadramento, mas manteve a sua estrutura para preenchimento e interação entre UF e ULS.

Não tendo havido até ao momento alterações de enquadramento da contratualização com as Unidades de Cuidados na Comunidade, o processo com estas unidades em 2024 manteve-se inalterado face a 2023.

A integração das anteriores Unidades de Saúde Pública (USP) e das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) em ULS acarreta desafios importantes na sua estrutura, seja de reorganização e modo de funcionamento seja na própria definição da sua população-alvo. Com efeito, estes serviços deixam de ser uma exclusividade da tipologia de CSP porque passam a ser transversais às necessidades e objetivos de toda a ULS. Com base neste princípio, a definição do processo de contratualização no âmbito das USP e URAP, pretende-se que seja construído um processo amadurecido, em que o planeamento, as estratégias, os objetivos e os compromissos nestas áreas sigam procedimentos de contratualização interna específicos, nos quais cada ULS terá um papel fulcral, dentro da sua autonomia.

Em síntese, no que respeita à contratualização interna em CSP, promoveram-se as necessárias adaptações decorrentes e impostas, seja pela legislação mais recente, seja pela naturalidade da transição para o modelo ULS. Contudo, acredita-se que a evolução esperada nos próximos anos possa conduzir progressivamente ao abandono de modelos impostos, complexos, administrativistas e burocráticos, demasiado centralizados e condicionadores da gestão, apostando-se antes na análise interna, na priorização de linhas de atuação em cada ULS e na simplificação de processos de contratualização em CSP, em paralelo e em consonância com o que está previsto e já legislado para CRI em contexto hospitalar.

Abordagem metodológica

O processo de contratualização de 2023, em todas as suas fases (negociação, acompanhamento e avaliação) e nas várias tipologias (CSP e hospitalar) foi desenvolvido por intermédio das equipas de contratualização das ARS, tendo a DE-SNS já participado nos respetivos processos, em contexto de coordenação das principais variáveis.

Decorrente da aprovação dos estatutos da DE-SNS, através da Portaria nº. 306-A/2023 de 12 de outubro, e conforme neles previsto, foi formalizada a criação de um Departamento de Contratualização (DC DE-SNS), que congrega um conjunto de competências para além das até então assumidas pelas cinco ARS, e em parte pela ACSS, no âmbito da contratualização.

Não obstante, a formalização do DC DE-SNS ter ocorrido apenas em outubro de 2023, os departamentos de planeamento e contratualização das ARS vinham já a desenvolver, de forma coordenada pela DE-SNS, as atividades inerentes ao processo de preparação, negociação e contratualização para 2024, sendo agentes ativos na preparação do processo de generalização da organização da prestação de cuidados de saúde em ULS, numa lógica de coesão concetual e de recursos. Potenciou-se desta forma a partilha de competências e experiências das equipas de contratualização das ARS, a par da articulação estreita entre a ACSS e a DE-SNS.

Tendo sido desenvolvido numa ótica nacional, o processo de contratualização para 2024 contou, portanto com interdisciplinaridade das equipas de contratualização das ARS e ACSS, e a nível dos sistemas de informação com a equipa dos SPMS, tendo sido para o efeito levadas a cabo as seguintes atividades:

- › Constituição de um grupo de trabalho para a preparação e definição dos termos de referência para 2024, que contou com a participação ativa de elementos das equipas da ARS, ACSS, SES e DE-SNS. Os termos de referência foram homologados a 7 de novembro de 2023 pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde;
- › Desenvolvimento de um novo sistema de informação para a contratualização e acompanhamento, o SICA 2, que veio adaptar e harmonizar os documentos de suporte à contratualização e acompanhamento ao novo modelo de organização generalizada da prestação de cuidados de saúde em ULS;
- › Para o processo negocial dos contratos-programa, em virtude da criação de 31 novas ULS e, a fim de explicitar o modelo de financiamento das ULS e IPO, foram realizadas reuniões com todos os Conselhos de Administração e as equipas de gestão interna das instituições;
- › Durante o processo negocial que mediou entre 17 de novembro e 15 de dezembro, foram realizadas reuniões preparatórias entre as equipas de contratualização das ARS e encetadas diligências junto das entidades prestadoras, para acordo prévio no que concerne à contratualização da produção no âmbito do quadro mínimo de produção e dos objetivos e indicadores de desempenho assistencial e eficiência;
- › O processo negocial do contrato programa e dos planos de desenvolvimento organizacional para o triénio 2024-2026 culminou com a realização de 42 reuniões entre os Conselhos de Administração de cada entidade, a DE-SNS e o DC DE-SNS, as quais decorreram entre 4 e 12 de dezembro de 2023;
- › As ULS e IPO submeteram no SICA 2 até ao dia 15 de dezembro, as suas propostas de plano de desenvolvimento organizacional para o triénio 2024-2026;

- › Posteriormente foi efetuada a análise das propostas de plano de desenvolvimento organizacional 2024-2026 e elaborada a proposta de Quadro de Referência do SNS, que refletiu a posição consolidada do SNS;
- › No dia 28 de fevereiro de 2024 decorreu a cerimónia de assinatura dos 42 contratos programa 2024-2026, outorgados entre os Conselhos de Administração das ULS e IPO, a DE-SNS e a ACSS.

Posteriormente é efetuada a contratualização interna dos diferentes serviços assistenciais que constituem as ULS. No âmbito dos cuidados de saúde primários e após a publicitação do documento Operacionalização da Contratualização Interna para os CSP 2024, em 14 de março de 2024, deu-se início à fase de negociação – submissão, negociação e aprovação do Plano de Ação das Unidades Funcionais e assinatura das Carta de Compromissos – cujo prazo de conclusão está atualmente definido até final de junho de 2024.

Antes desta data, ocorreu até 30 de abril de 2024 o encerramento do processo de contratualização interna e externa referente a 2023, o qual, nesta última fase consistiu:

- › na submissão e aprovação dos relatórios de atividades e indicadores manuais das unidades funcionais;
- › na submissão dos relatórios de acompanhamento e dos indicadores manuais dos anteriores ACeS.

Resultados preliminares

Quadro Mínimo de Produção

A generalização do modelo de organização ULS e, concomitantemente, do modelo de financiamento por capitação inclui a definição de um Quadro Mínimo de Produção, para as linhas de produção dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares (modelo infra). Uma vez que a afetação de recursos financeiros às ULS não utiliza a valorização de volumes de atividade perspetivados a preços e ponderadores previamente definidos, entendeu-se que a lógica de funcionamento integrado, menos baseada em aumentos de produção e mais centrada em resultados em saúde, seria melhor refletida num quadro de produção que, não sendo valorizado, serviria como limiar mínimo de atividade para os cuidados de saúde primários e para os cuidados hospitalares.

Os dados utilizados para a elaboração do Quadro Mínimo de Produção foram dados provisórios, de novembro, das instituições do SNS, ainda sem fusão com os ACeS, limitados também aos sistemas de informação em atualização (passagem de SICA 1 para SICA 2).

Paralelamente, e num exercício que se tentou nacional, foi necessário uniformizar procedimentos de extração e tratamento de dados de cinco regiões, de forma que o

processo decorresse com o maior qualidade e rigor da informação disponível, atenta a limitação dos sistemas.

Nesse sentido, a informação pode não ser estritamente comparável com os dados extraídos e publicados pela ACSS, nem com os fechos de contas de 2023 de cada uma das instituições.

Por fim, de notar que não estamos a tratar universos comparáveis, para além de não estar incluído neste contexto o Hospital de Cascais, por se tratar de uma PPP, com uma metodologia contratual e de reporte distinta.

Cuidados Primários
Consultas Nº Consultas Médicas Presenciais (CSP) Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP) Serviços Domiciliários Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP) Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP) Outras Consultas por Pessoal não Médico Nº Consultas de Enfermagem (CSP) Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)
Cuidados Hospitalares
Consultas Externas Nº Total Consultas Médicas Primeiras Consultas Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH Primeiras Consultas Descentralizadas Primeiras Consultas Consultas Subsequentes Consultas Subsequentes Descentralizadas Consultas Subsequentes Internamento Doentes Saídos - Agudos D. Saídos - GDH Médicos (Total) GDH Médicos GDH Cirúrgicos D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total) GDH Cirúrgicos Programados D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total) GDH Cirúrgicos - Urgentes Urgência Total de Atendimentos Total de Atendimentos SU Polivalente Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica Total de Atendimentos SU Básica N.º de Atendimentos (sem Internamento) Total Atendimentos SU Polivalente Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica Total de Atendimentos SU Básica Hospital de Dia Hematologia / Imuno-hemoterapia Psiquiatria e Unidades Sócio-Ocupacionais Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/ Químio+Outros) Serviços Domiciliários Total de Domicílios Hospitalização Domiciliária GDH Ambulatório GDH Médicos de Ambulatório (Total) GDH Médicos GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total) GDH Cirúrgicos Sessões de Radioncologia Tratamentos Simples Tratamentos Complexos Sessões de Quimioterapia Quimioterapia Rastreios - Nº de Rastreios Rastreio do Cancro da Mama Rastreio do Cancro do Colo do Útero Rastreio do Cancro do Cólon e Reto Rastreio da Retinopatia Visual Rastreio Visual Infantil

O compromisso assistencial das ULS para o ano de 2024 centrou-se na adequação da prestação em três eixos de atuação fundamentais: acesso, proximidade e integração de cuidados.

Tratou-se, essencialmente, de promover maior resolatividade na procura de cuidados, no cumprimento dos tempos de resposta garantidos, numa lógica de maior proximidade com os utentes e potencialização dos recursos em saúde e, sobretudo, com uma maior articulação entre níveis de cuidados.

Na vertente do acesso, o compromisso assistencial plasmado para 2024 permitiu assegurar, no que às primeiras consultas de especialidade hospitalar e cirurgia concerne, a resolução total dos pedidos/episódios em espera com antiguidade de inscrição superior a 9 meses e 1 ano, respetivamente. Em concreto, esse aumento da acessibilidade traduziu-se num crescimento perspetivado de 9% nas primeiras consultas médicas hospitalares referenciadas pelos CSP, face ao valor estimado para o final de 2023. Para 2024 projeta-se a realização de um total de 12.214.189 consultas médicas de especialidade hospitalar. Na vertente cirúrgica, sublinha-se a contratualização de 577.223 GDH programados (cirurgia convencional e ambulatória), que representam um crescimento de 4% em relação ao estimado para 2023.

Nota de relevo, ainda, para o crescimento na linha de consultas médicas em CSP (presenciais e não presenciais), que se cifra em 3%, correspondente a 33.461.809 consultas. Tal permitirá aumentar a resposta às necessidades em saúde da população num nível de cuidados de proximidade e ainda potenciar a prevenção da doença e promoção da saúde, identificando precocemente situações potencialmente consumidoras de mais recursos, e aumentando a vigilância da população evitando, em consequência, a agudização de situações clínicas.

Prevê-se ainda que com as medidas de desburocratização implementadas, sejam evitados 1 a 1,5 milhões de consultas apenas para atos administrativos, reduzindo a burocracia e aumentando a satisfação dos utentes e profissionais.

O aumento da acessibilidade aos CSP contribuirá ainda para a alteração de comportamentos da população ao encontrar resposta num nível de cuidados mais adequado, sem sobre utilização de recursos mais específicos, como é o caso do serviço de urgência.

No que respeita ao eixo de proximidade, o incremento da atividade assistencial no domicílio, transversal às diferentes tipologias de prestação, das consultas descentralizadas e da hospitalização domiciliária, associada a uma elevada taxa de 71% de ambulatorização, reforçam o objetivo de prestação de cuidados do SNS com maior proximidade à população, em linha com as melhores práticas clínicas, assegurando mais conforto e prestação de cuidados com maior dignidade.

Finalmente, alinhado com estes cenários, o compromisso assistencial previsto para 2024, no eixo de integração de cuidados, reflete uma redução nos atendimentos urgentes

hospitalares (sem internamento) e uma forte aposta na resposta hospitalar aos programas de rastreio, oncológico e não oncológico, de base populacional.

Os projetos em curso do 'Ligue Antes. Salve Vidas', e as urgências referenciadas, com o apoio da criação das ULS, irão reduzir o recurso inadequado aos serviços de urgência, privilegiando respostas na proximidade. O ano de 2024, neste contexto, será um ano de fortes mudanças, de forma a podermos encarar 2025, já em velocidade de cruzeiro, no que aos resultados destas medidas será de esperar, com redução do afluxo de casos menos graves aos serviços de urgência, de forma consistente e expressiva.

O foco nos programas de rastreio permitirá a identificação e tratamento precoces e uma gestão mais eficiente da referenciação desde os CSP aos cuidados hospitalares. Os valores de crescimento esperados do desenvolvimento de padrões de atuação hospitalar nos rastreios de base populacional desenvolvidos em proximidade e a diminuição do número de atendimentos urgentes em ambiente hospitalar, facilitados pela interação assistencial para resposta a situações urgentes de nível de gravidade reduzida, espelham o potencial do paradigma ULS na elevação do estado de saúde da população.

ACESSO

compromisso 2024

Δ 2023-24

Consultas Médicas em Cuidados de Saúde Primários
(consultas presenciais e não presenciais)

33 461 809

+ 3%

Primeiras Consultas Médicas Hospitalares
(com referência dos cuidados de saúde primários)

1 326 172

+ 9%

Cirurgia Programada
(GDH cirurgia convencional e GDH cirurgia ambulatória)

577 223

+ 4%

PROXIMIDADE

Visitas Domiciliárias Médicas
(em cuidados de saúde primários)

181 203

+ 5%

Visitas Domiciliárias de Enfermagem
(em cuidados de saúde primários)

1 633 169

+ 4%

Consultas Hospitalares Descentralizadas
(em cuidados de saúde primários)

150 855

+ 13%

Hospitalização Domiciliária

13 080

+ 34%

INTEGRAÇÃO

Atendimentos em Urgência Hospitalar
(sem internamento)

5 280 855

- 2%

Apoio ao Rastreio em Ambiente Hospitalar

Rastreio da Retinopatia Diabética

8 690

+ 306%

Rastreio do Cancro da Mama

2 028

+ 161%

Rastreio do Cancro do Colo do Útero

16 227

+ 58%

Rastreio do Colon e Reto

14 329

+ 119%

Rastreio Visual Infantil

9 645

+ 110%

Nota: Extração do SICA2 a 02.05.2024

No caso dos IPO, enquanto hospitais E.P.E. não integrados em ULS, o processo de contratualização para 2024 atualizou, em grande medida, as regras dos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2023, mantendo os preços das linhas de produção que vinham de 2023, mas com reforço dos orçamentos globais. As atividades de internamento e ambulatório (médico e cirúrgico) são classificadas em GDH pela versão 31 do agrupador *All Patient Refined* (APR 31) e o ICM utilizado resulta da produção do ano de 2019.

Observando também o compromisso assistencial dos IPO para 2024, sob os eixos do acesso, proximidade e integração e sublinhando-se que os padrões de exigência negocial

ACESSO	compromisso 2024	Δ 2023-24
Doentes Tratados Com Patologia Oncológica (cancros da mama, próstata, colo do útero, colon e reto e pulmão)	7 400	+ 4%
Primeiras Consultas Médicas Hospitalares (com referência dos cuidados de saúde primários)	13 713	+ 4%
Cirurgia Programada (GDH cirurgia convencional e GDH cirurgia ambulatória)	15 584	+ 10%
PROXIMIDADE		
Cuidados Domiciliários	3 692	+ 9%
INTEGRAÇÃO		
Apoio ao Rastreio em Ambiente Hospitalar		
Rastreio do Cancro do Colon e Reto	422	+ 8%

Nota: Extração do SICA2 a 02.05.2024

das ULS se mantiveram no processo de contratualização com os IPO, resulta óbvio o crescimento da atividade assistencial face ao estimado para o ano de 2023.

Indicadores Institucionais de Desempenho Assistencial e de Eficiência

Para além das componentes de financiamento por capitação, fluxo de doentes e diferenciação, o modelo de financiamento das ULS contempla ainda uma componente associada ao cumprimento de objetivos de desempenho e eficiência, distribuídos por áreas de acesso, qualidade assistencial, desempenho económico-financeiro e integração de cuidados:

Áreas	Indicadores para ULS 2024
Objetivos Nacionais	
A. Acesso	
A.1 Índice de Desempenho da Sub-área Acesso	
A.2 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	
B. Qualidade Assistencial	
B.1 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Saúde	
B.2 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Doença	
B.3 Índice de Desempenho da Sub-área Qualificação da Prescrição	
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria diagnóstico	
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente	
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	
B.7 Demora média ajustada	
B.8 Demora média antes da cirurgia	
B.9 Valor em saúde na cirurgia de catarata	
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	
2. Desempenho Económico-Financeiro	
C.1 Gastos operacionais por Inscritos	
C.2 Doente padrão por médico ETC	
C.3 Doente padrão por enfermeiro ETC	
C.4 Percentagem dos gastos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal	
C.5 EBITDA	
3. Integração de Cuidados	
D.1 Resolutividade em doença aguda dos CSP	
D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível	
D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível	
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	
D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)	
D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)	
D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos	
D.9 Avaliação do nível de satisfação dos utentes	

Para os indicadores negociados foi possível assumir o compromisso de superação com as ULS, face ao valor verificado no ano de 2023. Alguns condicionalismos pré-avaliados pelas instituições e com impacto nas variáveis destes indicadores, exigiram níveis contratuais mais conservadores, ainda assim desafiantes para as ULS.

De notar que estes indicadores já têm um grande histórico de negociação, pelo que já apresentam níveis assistenciais elevados, excetuando-se os indicadores B.11 e B.12, que foram introduzidos este ano nos Objetivos de Desempenho Assistencial e de Eficiência. Indicadores como os Índices de Desempenho relacionados com os cuidados de saúde primários e o desempenho económico-financeiro por inexistência de valor histórico não permitem a análise de tendência.

Unidades Locais de Saúde	A.2	A.3	B.4	B.5	B.6	B.7	B.8	B.11	B.12	D.4	D.5
ULS da Arrábida											
ULS da Cova da Beira											
ULS da Guarda											
ULS da Lezíria											
ULS da Região de Aveiro											
ULS da Região de Leiria											
ULS de Almada-Seixal											
ULS de Amadora/Sintra											
ULS de Barcelos/Esposende											
ULS de Braga											
ULS de Castelo Branco											
ULS de Coimbra											
ULS de Dão-Lafões											
ULS de Entre Douro e Vouga											
ULS de Lisboa Central											
ULS de Lisboa Ocidental											
ULS de Loures-Odivelas											
ULS de Matosinhos											
ULS de Médio Ave											
ULS de Póvoa Varzim/Vila Conde											
ULS de Santa Maria (Lisboa Norte)											
ULS de Santo António											
ULS de São João											
ULS do Alentejo Central											
ULS do Algarve											
ULS do Alto Ave											
ULS do Alto Minho											
ULS do Arco Ribeirinho											
ULS do Baixo Alentejo											
ULS do Baixo Mondego											
ULS do Estuário Tejo											
ULS do Litoral Alentejano											
ULS do Médio Tejo											
ULS do Nordeste											
ULS do Norte Alentejano											
ULS do Oeste											
ULS Tâmega e Sousa											
ULS Trás-os-Montes Alto Douro											
ULS Vila Nova Gaia/Espinho											

Outros Indicadores

Considerando a generalização do modelo ULS, que implicou a agregação na mesma unidade organizacional de instituições hospitalares e de CSP, foi necessário recalcular históricos de indicadores para indicadores existentes e definir racionais e fórmulas de cálculo de novos indicadores.

Áreas/ indicadores

B. Qualidade Assistencial

B.9 Valor em saúde na cirurgia de catarata

B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano

2. Desempenho Económico-Financeiro

C.1 Gastos operacionais por residente

C.2 Doente Padrão por médico ETC

C.3 Doente Padrão por Enfermeiro ETC

C.4 Percentagem dos gastos com trabalho extraordinário, suplementos e fornecimentos e serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal

C.5 EBITDA

3. Integração de Cuidados

D.1 Proporção de consultas médicas de "doença aguda" efetuadas na UF de inscrição do utente (ID 412)

D.2 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível

D.3 Percentagem de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) no total de população inscrita elegível

D.6 Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão) (ID 360)**

D.7 Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)**

D.8 Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos cuidados de saúde primários ou

Indicadores Institucionais de Desempenho Assistencial e de Eficiência para os IPO, E.P.E.

A componente de incentivos para os IPO seguiu as regras negociais dos *Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2023*, tendo sido contratualizados e vertidos em Acordos Modificativos a seguinte bateria de indicadores:

Áreas	Indicadores para IPO 2024
Objetivos Nacionais	
A. Acesso	
A.1	Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG
A.2	Percentagem de consultas realizadas dentro do TMRG
A.3	Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), neoplasias malignas, dentro do TMRG
A.4	Percentagem de doentes operados dentro do TMRG
A.5	Percentagem de doentes referenciados para RNCCI avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI
B. Qualidade	
B.1	Percentagem doentes saídos com duração de internamento acima limiar máximo
B.2	Variação do número de operados padrão, por neoplasias malignas
B.3	Índice de mortalidade ajustada
B.4	Índice de demora média ajustada
B.5	Demora média antes da cirurgia
C. Eficiência	
C.1	Gastos operacionais por Inscritos
C.2	Doente padrão por médico ETC
C.3	Doente padrão por enfermeiro ETC
C.4	Percentagem dos gastos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com pessoal

Próximos Passos

O modelo ULS, não sendo uma novidade em termos de organização no SNS, teve em 2024 um desenvolvimento significativo, uma refundação dos seus princípios e práticas, pelo que se consideram cruciais novos desenvolvimentos de modo a potenciar o modelo e a garantir os melhores resultados, de entre os quais se destacam:

- › A definição e implementação de uma estrutura organizacional do DC DE-SNS que permita garantir o cabal desempenho das competências acometidas a este departamento. Neste desafio antevê-se como positiva a organização e divisão de áreas de atuação em função dos contextos em consideração: financiador, prestador e utente;
- › O enriquecimento do modelo de financiamento com a agregação de novas variáveis de identificação e caracterização da população para melhor aderência à estrutura de custos das instituições, prossecução de objetivos em saúde mais ambiciosos e prestação de cuidados ajustados à morbilidade;
- › Num modelo relacional e financeiro novo, o aperfeiçoamento do processo interno de integração de diferentes níveis de cuidados, capaz de agilizar o circuito do utente dentro da organização, deverá merecer atenção especial, traduzida na

- definição e avaliação de indicadores com ponderação relativa mais elevada no quadro de objetivos de desempenho e de eficiência;
- › O desenvolvimento de um modelo de avaliação da prestação de cuidados nas ULS alinhado com o alcance de ganhos em saúde para o utente e respetivos círculos sociais próximos, concorrendo igualmente para a afinação do modelo de financiamento ajustado pelo risco;
 - › O desenvolvimento de uma plataforma vocacionada para a monitorização e acompanhamento das diversas tipologias de cuidados que integram as ULS, que de uma forma visualmente atrativa, acessível, rápida, funcional e interativa, permita a análise evolutiva e a comparabilidade, entre diversas entidades, dos principais parâmetros associados ao processo de contratualização (recursos, produção, indicadores). Nesta linha, assume-se como exemplo positivo a já existente plataforma BI-CSP dedicada à área dos CSP;
 - › A possibilidade de extração exaustiva e detalhada de informação com vista à análise e ao processamento de dados que se considerem pertinentes. Para este objetivo crê-se que o SICA 2 ou outra solução que vier a ser definida deverá dar saltos significativos relativamente à organização, facilidade de utilização e à fiabilidade dos resultados;
 - › O desenvolvimento de soluções que, agregando diferentes fontes de informação com acessos, linguagens, modelos de dados e tempos próprios promovam:
 - a integração de toda a informação numa única fonte agregadora de dados relativos às ULS;
 - a sintonia entre os calendários das plataformas/fontes de informação e os momentos de monitorização, acompanhamento e avaliação previstos na metodologia de contratualização;
 - sempre que exequível e consensual, a disponibilização de informação e o preenchimento automático de formulários, sem necessidade de preenchimento ou fornecimento manual de dados.

Numa perspetiva de médio e longo prazo e na medida da implementação da estrutura organizacional do DC DE-SNS, pretende-se, de acordo com as competências que lhes estão atribuídas, desenvolver as seguintes atividades:

No âmbito da Coordenação Estratégica e Planeamento:

- › Definir critérios e coordenar a contratualização dos serviços de saúde, considerando as necessidades e alinhando com as diretrizes da DE-SNS;
- › Propor e gerir a alocação de recursos financeiros, em colaboração com a ACSS e unidades de saúde do SNS;
- › Elaborar normas, orientações técnicas e instrumentos de apoio à gestão, monitorizando sua implementação.

No âmbito da Monitorização e Avaliação de Desempenho:

- › Acompanhar e monitorizar o desempenho assistencial, assegurando a qualidade e conformidade dos serviços de saúde;
- › Conduzir auditorias administrativas e clínicas para garantir a qualidade e eficiência dos serviços.

No âmbito da Negociação e Contratação:

- › Preparar, negociar e gerir a execução de contratos, incluindo contratos-programa, em estreita colaboração com a ACSS e unidades de saúde do SNS;
- › Coordenar a preparação e execução dos contratos-programa, garantindo sua conformidade e eficácia.

No âmbito da Promoção do Acesso, Equidade e Inovação:

- › Avaliar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos para melhorar o acesso equitativo aos serviços de saúde;
- › Gerir sistemas de gestão do acesso, como o SIGA, e coordenar unidades regionais de gestão de acesso;
- › Estudar e propor modelos inovadores de contratualização baseados em valor em saúde, considerando experiências internacionais e projetos piloto;
- › Coordenar e implementar formas inovadoras de partilha de risco na prestação de cuidados de saúde, através de parcerias público-públicas e público-privadas.

No âmbito da Gestão de Informação e Análise:

- › Efetuar estudos e análises sobre a oferta de serviços do SNS, proporcionando informações estratégicas para a tomada de decisão;
- › Contribuir para o desenvolvimento de modelos de custeio e formação de preços, em colaboração com a ACSS e unidades de saúde do SNS;
- › Participar na negociação do acordo-quadro e cláusulas gerais dos contratos-programa, garantindo alinhamento com as necessidades regionais;
- › Realizar estudos e assegurar a qualidade dos sistemas de classificação de doentes, incluindo auditorias à codificação clínica.

No âmbito do modelo de financiamento baseado no valor em saúde

Os modelos de financiamento baseados no valor permitem alinhar incentivos entre os agentes financiadores do sistema de saúde e os prestadores de cuidados de saúde. Estes modelos favorecem a captura de valor pelos sistemas de saúde para os doentes, ao invés de manter o foco na remuneração na produção das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

O foco no valor permite o desenvolvimento de incentivos que contribuem para melhorar a eficiência dos recursos utilizados, harmonizar os resultados obtidos e garantir a melhoria dos *outcomes* dos doentes.

Contudo, a implementação de modelos de financiamento baseados no valor carece da existência de uma estratégia integrada, com recursos adequados e capacitados, que permita a medição, avaliação e comparação de indicadores entre as diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde. O desenvolvimento destas capacidades de gestão dentro do SNS é fundamental para a implementação de uma estratégia alargada de saúde baseada no valor.

Assim, num contexto de uma visão mais abrangente, e pela primeira vez, de forma disruptiva e pioneira, a DE-SNS, alinhada com os princípios mais atuais da contratualização em saúde, definiu um conjunto preliminar de indicadores para avaliar a geração de valor.

Em 2024 iniciou-se com a cirurgia da Catarata nos Hospitais do SNS, estando este indicador refletido no Contrato-Programa assinado pelas ULS.

O pressuposto baseia-se numa extensa revisão da literatura internacional, assim com o desenvolvimento de múltiplos projeto de valor em saúde.

Numa primeira fase, para o ano de 2024, propõe-se que os hospitais sejam remunerados com base na capacidade de recolher determinados indicadores que capturem, de forma aproximada, o valor em saúde associado às cirurgias da catarata realizadas e com isso conseguirmos ter uma maior evidência do investimento alocado com um retorno de resultados em saúde.

Esta proposta deve ser interpretada como um primeiro passo de uma estratégia que se quer mais ampla e detalhada. Assim, foi proposto aos hospitais que recolham os seguintes indicadores:

- › Proporção de doentes com acuidade visual corrigida pós-operatória $> 0.5D$;
- › Proporção de doentes com erro esférico pós-cirúrgico $\pm 0.5D$;
- › Taxa de complicações registada;
- › Aplicação do questionário Catquest 9F (PROM).

Propõe-se que estes indicadores sejam recolhidos e avaliados num ciclo de 90 dias após a cirurgia. Estes indicadores tiveram com base os indicadores recolhidos nos projetos Eurequo e Health Cluster. Todos os indicadores serão ajustados ao risco e ao case mix.

No caso dos dois primeiros indicadores, a obtenção de remuneração adicional em 2024 deverá estar dependente do resultado atingido. No caso dos últimos dois indicadores, pretende-se, neste momento, avaliar apenas a capacidade de recolha e reporte

sistemático dos hospitais – e não os resultados obtidos. O quarto indicador, ao contrário dos três indicadores anteriores, corresponde a um indicador reportado pelos doentes (PROM).

Não se prevê a existência de penalidades financeiras, apenas a obtenção de um financiamento acrescido mediante o cumprimento dos objetivos elencados. A capacidade de identificação inequívoca dos resultados em saúde ajustado inclusive ao tipo de lentes a ser colocadas, serão um valor adicional de controle de custos acrescidos, e desta forma uma tomada de decisão consciente sobre o que verdadeiramente é valor par o nosso doente e SNS (exemplo do NICE).

Os resultados deste projeto piloto em 2024 devem permitir estabelecer um *baseline* para determinação de objetivos a serem aplicados a partir de 2025, num âmbito de recolha de indicadores e monitorização mais alargado e sua repercussão no modelo de financiamento.

Durante o ano de 2024, o processo de recolha destes indicadores deverá ser auditado e a qualidade dos mesmos deverá ser avaliada ao nível das diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Paralelamente, a DE-SNS iniciou já uma estratégia abrangente de Valor em Saúde – Grupo Valor em Saúde com DE-SNS e Health Cluster Portugal, para que seja passível de escalar os projetos e apoiar as unidades de saúde na implementação dos programas de financiamento baseados no valor.

No seguimento da alteração e melhoria do modelo de financiamento das ULS e dos IPO, bem como do modelo de contratualização para 2025, o Departamento de Contratualização da DE-SNS encontra-se já a trabalhar noutras patologias onde se poderá medir também o valor em saúde (prótese da anca, obesidade e neoplasia da mama), tendo como objetivo final o melhor seguimento do doente, melhor utilização das verbas disponíveis para a saúde e possibilidade de remunerar equipas, de acordo com o seu desempenho e seguindo as melhores práticas internacionais.

Pretende-se dar um impulso inovador na forma de contratualização com as instituições de saúde e no seu financiamento, constituindo esta uma base para alterar a cultura e a forma das instituições se organizarem, centradas nos utentes.

Quadro de Referência Global

O ano de 2024 é marcado pela profunda reorganização do SNS. Esta reorganização implicou a redefinição do perfil de intervenção de vários serviços e organismos nomeadamente, da DE-SNS, da ACSS, das ARS, entre outras.

Esta qualificação do SNS concretiza-se na prestação de cuidados de saúde por via da generalização do modelo de ULS, mantendo a especificidade assistencial dos IPO e a existência de um hospital em Parceria Público-Privada. Na presente data foram criadas

31 novas ULS, que se juntam às 8 já existentes, ficando o país inteiramente coberto por 39 ULS.

O modelo ULS propõe uma abordagem baseada nas necessidades da população, assente na integração entre os vários níveis de cuidados, com vista à intervenção centrada no cidadão, e na mitigação dos contactos agudos evitáveis, numa lógica que valoriza a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento atempado e reabilitação adequada.

A nível dos cuidados de saúde primários (CSP) assistimos ao alargamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) de modelo B, que se tem mostrado eficaz na melhoria da prestação de cuidados e alargamento do acesso à população. Pretende-se assim, aumentar a satisfação da população e dos profissionais, tendo evidentemente um impacto positivo na remuneração desses profissionais que prestam um serviço acrescido.

Nos cuidados hospitalares, pretende-se uma prestação em tempo útil, com níveis de qualidade e eficiência elevados, a descentralização de cuidados para os CSP e para o domicílio e o alargamento do modelo de organização em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).

Estas reformas do SNS, vão ao encontro das prioridades definidas pela DE-SNS para o ano de 2024, nomeadamente:

- › Melhoria do acesso a consultas e cirurgias, com o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos;
- › Proximidade aos utentes, com uma forte aposta nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nas consultas descentralizadas, nas visitas domiciliárias, na hospitalização domiciliária, em Hospital de Dia e na Cirurgia de Ambulatório;
- › Integração de cuidados, com a diminuição dos internamentos evitáveis e melhoria na cobertura dos rastreios de base populacional (cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do cólon e reto, retinopatia diabética e visual infantil).

A DE-SNS negociou com todas as ULS e IPO o Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) e o Contrato-Programa (CP) para o ano de 2024. Nessa negociação foi contratualizado o Quadro Mínimo de Produção e Desempenho (QMPD), o mapa de pessoal necessário à prossecução da sua atividade, o plano de investimento, o orçamento e as metas para os indicadores que concorrem para o Índice de Desempenho Global (IDG), determinante para o apuramento dos incentivos institucionais.

Finalizado este processo de negociação, e tendo por base todo o trabalho desenvolvido com as Instituições do SNS, seria proposto um Quadro de Referência Global do SNS (QRG), com integração e consolidação dos dados numa estratégia de trabalho em rede.

A elaboração das projeções assistenciais e económico-financeiras do QRG do SNS basearam-se nos valores históricos do conjunto das entidades prestadoras do SNS, ajustados às previsões futuras e níveis de desempenho negociadas em sede de

contratualização e segundo as orientações, instruções e regras constantes dos seguintes diplomas:

- › Despacho do Senhor Secretário de Estado do Tesouro n.º 324/2023-SET, de 3 de agosto, com os princípios para a Elaboração dos Planos de Atividades e Orçamentos, incluindo o Plano de Investimentos para 2023-2025, anual e plurianual, das empresas públicas não financeiras do Setor Empresarial do Estado;
- › Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde n.º 04/2023, de 17 de outubro, que “Define o processo de operacionalização dos instrumentos previsionais de gestão dos estabelecimentos de saúde com natureza de entidade pública empresarial integrados no Serviço Nacional de Saúde”;
- › Orientações da DE-SNS e da ACSS, vertidas nos “Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2024”.

Nas previsões para o exercício de 2024, e apesar das incertezas que a conjuntura atual comporta aliadas ao facto de este ser o ano “zero” neste tipo de exercícios, pretende-se uma mitigação dos desequilíbrios económico-financeiros do programa orçamental da Saúde, projetando-se uma evolução positiva do EBITDA, e uma melhoria da eficiência operacional.

Os investimentos estruturantes visam alterar ajustar o modelo assistencial para mais ganhos em saúde, sendo fundamentais para elevar o patamar da eficiência do SNS. A reorganização funcional da atividade de proximidade, ambulatória e integrada permitirá alcançar elevados níveis de eficiência.

Este QRG foca-se em duas óticas: Recursos Humanos e Investimento. A aprovação pela Tutela destas duas valências, propostas pela DE-SNS num Quadro Global único, irá permitir às instituições E.P.E., da saúde, uma autonomia nunca alcançada, permitindo agilidade nos processos de contratação, previsão de despesa, quer em RH quer em investimento e também previsão no acesso e na atividade que nos é proposta enquanto SNS.

No que respeita ao mapa de recursos humanos previsto para o SNS, foi proposto um reforço dos seus ativos. O SNS carece de um efetivo reforço dos seus ativos humanos, de forma a acompanhar a maior exigência na prestação de cuidados, com uma população cada vez mais envelhecida e com mais comorbilidades associadas, que exige mais cuidados, e equipas mais diferenciadas.

De sublinhar que para 2024 é previsível que possam existir cerca de 5.000 aposentações (profissionais que atingem a idade para aposentação), sendo 1.901 médicos, 699 enfermeiros, 1.158 assistentes operacionais, 171 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 794 assistentes técnicos, 139 técnicos superiores, 37 farmacêuticos e cerca de 198 nas outras profissões.

Importante também ter em atenção a necessidade de contratações para as áreas onde existe uma grande aposta política, tais como o alargamento da RNCCI, a hospitalização domiciliária, os cuidados paliativos, a saúde mental, e os cuidados intensivos.

Paralelamente, é crítico conseguir cativar médicos recém-especialistas e médicos que estejam fora do SNS (em Portugal ou no estrangeiro), para dar resposta às necessidades em saúde.

O acréscimo de profissionais previsto para 2024 é constituído sobretudo pela entrada de profissionais que têm participação na prestação direta de cuidados de saúde. Em conjunto, estes grupos profissionais representam 98% do total de entradas. Em particular, estão incluídos neste conjunto o grupo profissional médico (especialistas e internos em formação geral ou específica), grupo de enfermagem, técnicos superiores de saúde, tais como médico dentista, psicólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

O crescimento do número de profissionais de saúde é fundamental para que haja uma melhoria do desempenho e do volume da prestação de cuidados de saúde e, subsequentemente, para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida das populações, seja para resposta no presente e no futuro mais imediato, como forma de suprir atuais lacunas, seja para a preparação das bases para os anos seguintes, mediante o reforço de atividades formativas e o aumento do capital técnico dos profissionais.

Num contexto de transição generalizada para o modelo ULS, torna-se essencial que o princípio da integração de cuidados de saúde, sobre o qual se alicerça este modelo organizacional, se mantenha presente e seja promovido nas medidas a tomar e nos recursos a afetar. É por isso uma grande aposta para a reestruturação do SNS o reforço de utentes com médico de família, contribuindo para isso um aumento na formação e colocação de médicos de medicina geral e familiar e de enfermeiros de família, garantindo que o utente é seguido pelos cuidados de saúde primários, numa ótica cada vez maior de integração utente.

Um outro grupo profissional de grande relevo para a prestação de cuidados é o grupo de enfermagem. É por isso um dos maiores crescimentos previstos para o ano de 2024. Hoje, o SNS conta com cerca de 50.900 enfermeiros, distribuídos pelas mais diversas atividades que o sistema exige, em termos de segurança e qualidade de cuidados.

Portugal tem um rácio de enfermeiros por 1000 habitantes, bastante inferior à média europeia. A necessidade de uma maior aposta neste grupo profissional visa colmatar constrangimentos nas áreas da saúde mental, paliativos, cuidados primários, cuidados continuados integrados, mas também garantir respostas em hospital de dia, cuidados intensivos, serviço de urgência e no internamento.

Outra aposta necessária para reforço da prestação de cuidados e da qualidade do serviço prestado é no grupo de profissionais que inclui os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e os técnicos superiores de saúde (TSS) (farmacêuticos, médicos dentistas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais). Neste conjunto abrangente de profissionais concentra-se uma significativa diferenciação de profissionais diretamente relacionados com os cuidados de saúde à população, seja pelo trabalho de pesquisa e diagnóstico seja na prestação direta de cuidados.

Há uma grande necessidade na aposta em outros profissionais de saúde para o ano de 2024, representando um crescimento de 12% face ao valor do mapa de pessoal de 2023.

O SNS não conseguiu investir adequadamente na contratação de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT). Esta falta de técnicos inibe muitas vezes a concretização da melhoria de prestação de cuidados, nomeadamente na integração dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que são adquiridos externamente, o que significa uma redução da despesa e uma rentabilização do parque de equipamentos.

A generalização do modelo ULS a todo o território nacional e a natural expectativa existente para a efetivação de uma real integração de todos os níveis de cuidados de saúde – onde é necessário eleger e concretizar definitivamente os Cuidados de Saúde Primários como porta de entrada no SNS, mas também garantir que as diversas áreas de intervenção e de níveis de cuidados são complementares e articulam de forma funcional entre si – torna fundamental o preenchimento e alargamento do quadro de pessoal do SNS, de modo a que se possa diminuir e suprir as atuais lacunas sentidas. Neste sentido o reforço dos quadros dos profissionais, apesar de constituir um grande desafio à eficiência na gestão de recursos, constitui em grande parte condição indispensável ao sucesso do modelo ULS.

Ainda no âmbito do mapa de recursos humanos proposto para 2024, deverá ser realizado um destaque para a necessidade do aumento proposto no grupo dos Assistentes Técnicos e dos Assistentes Operacionais. Em conjunto, estes profissionais representam 34% do total de recursos humanos. No que aos Assistentes Operacionais diz respeito, verificou-se uma dificuldade na contratação de pessoal na área da saúde e a dificuldade de retenção levou a grande perda de tempo em formação que depois não se concretizou na manutenção da contratação. O preenchimento destes lugares revela-se de importância extrema na medida que uma grande parte dos profissionais se destinam ao apoio direto à prestação de cuidados e onde têm sido recorrentemente identificadas carências capazes de condicionar o funcionamento ou encerramento de serviços. A completude dos quadros destas carreiras é, pois, propiciadora à obtenção dos níveis de eficácia e eficiência desejáveis, com especial incidência nos cuidados de saúde primários.

Importante ainda a vinculação de um conjunto relevante de contratos-COVID, nomeadamente de enfermeiros, técnicos superiores, assistentes técnicos e assistentes operacionais, e que constituem necessidades estruturais dos serviços. Neste âmbito não será despidendo referir que estas entradas para os mapas de pessoal dos serviços e organismos não tem associado um incremento de despesa.

Finalmente, a reconfiguração do SNS no modelo ULS vem acrescer exigências, funções, competências e partilha de conhecimentos do ponto de vista da gestão e do apoio técnico de retaguarda que é necessário salvaguardar. Neste grupo estão incluídos todos os outros profissionais, onde se identificam os informáticos, a carreira técnica superior, os psicólogos (considerando a aposta inquestionável na prevenção, tratamento e

reabilitação em saúde mental), os nutricionistas, os farmacêuticos, assistentes sociais e médicos dentistas.

No que ao Investimento diz respeito, constituindo-se o SNS como um dos pilares do Estado Social em Portugal, que procura assegurar que todos os cidadãos têm acesso a serviços de saúde de qualidade, independentemente da sua condição económica e do local onde residam, bem como a equidade na distribuição dos recursos, as reformas e investimentos do SNS visam:

- › a montante, promover a prevenção de doenças e de estilos de vida saudáveis;
- › a jusante, melhorar a resposta do SNS às necessidades dos cidadãos (aumentando a qualidade da prestação de serviços e a abrangência das respostas em saúde), tornando-o mais resiliente, capaz de se adaptar às mudanças estruturais (e. g. envelhecimento da população, aumento da doença crónica) e, em simultâneo, resistir às pressões conjunturais.

Neste sentido, atentos os vários desafios que o SNS enfrenta, quer no que respeita às necessidades atuais e à evolução dos cuidados de saúde e despesa associados, dos quais se destaca:

- › A evolução demográfica, pautada por um envelhecimento acelerado e subsequente necessidade de cuidados a longo prazo, coincidente com a alteração nos padrões de doença (doenças crónicas e degenerativas e crescente multimorbilidade) que representam encargos crescentes;
- › A existência de uma taxa de mortalidade evitável e um aumento das comorbilidades associadas ao envelhecimento;
- › A existência de margem para maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença, em conjugação com a resolução da fragmentação dos serviços de saúde e das lacunas no acesso aos cuidados de saúde;
- › As despesas da saúde e os elevados encargos financeiros relacionados com os cuidados médicos.

Por conseguinte, e, de forma a dar resposta a estes desafios, estão preconizados quer no âmbito do PRR quer no âmbito do Portugal 2030 um conjunto de reformas e investimentos, que visam:

- › Reforçar a capacidade de resposta do SNS – responder às alterações demográficas e epidemiológicas verificadas no país, à inovação terapêutica e tecnológica e à tendência de aumento da procura de cuidados de saúde e dos custos conexos;
- › Reforçar o papel central dos cuidados de saúde primários na arquitetura global do SNS – melhorar a capacidade de rastreio e de diagnóstico precoce; reforçar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários através da criação de centros de saúde mais proativos, com uma carteira de serviços e domínios de intervenção mais alargados e mais integrados com outros níveis de cuidados (apoio complementar nas áreas da psicologia, nutrição, cuidados paliativos,

oftalmologia, obstetrícia, pediatria, saúde oral, medicina física e de reabilitação e a meios complementares de diagnóstico ou terapêutica); corrigir as assimetrias regionais e locais em termos de instalações e equipamentos disponíveis nos cuidados de saúde primários; apoiar respostas assentes nas comunidades e a criação de programas de apoio para os utentes e famílias, mediante maior participação dos cidadãos e comunidades e conclusão da transferência das responsabilidades em matéria de saúde da administração central para a administração local nos termos legais em vigor; reforçar as competências dos profissionais de saúde, aprofundar o trabalho de equipas multidisciplinares e a expansão do número de profissionais; concretizar a transição digital do SNS e explorar o seu potencial para modernizar e simplificar a utilização dos serviços de saúde;

- › Expandir os cuidados de saúde mental. Desinstitucionalizar os doentes residentes em hospitais psiquiátricos; concluir a cobertura nacional de serviços locais de saúde mental, nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária; alargar a rede nacional de cuidados continuados integrados, com ênfase na saúde mental; reorganizar os serviços de psiquiatria forense; implementar os planos regionais e locais para as demências; contratar psicólogos para os CSP e os cuidados hospitalares;
- › Aumentar a eficiência, concluindo a reforma do modelo de governação dos hospitais públicos – reformar a organização e gestão interna dos hospitais públicos; reconfigurar a rede hospitalar, de acordo com planeamento da capacidade em termos de oferta e disponibilidade de recursos humanos e de infraestruturas por parte dos serviços; melhorar a articulação com as restantes respostas do SNS, nomeadamente as redes de cuidados continuados integrados e paliativos e os cuidados de saúde mental; envolver os profissionais de saúde e as estruturas intermédias na gestão dos hospitais públicos; focalizar as repostas nas reais necessidades dos cidadãos em termos de saúde e bem-estar - e da introdução da digitalização nos serviços de saúde – transição digital da saúde – reforço da rede de dados da saúde, numa ótica de melhoria da qualidade do serviço e resiliência dos sistemas informáticos disponíveis no SNS, de facilidade de utilização de dados em sistemas de apoio à decisão e de garantia da interoperabilidade entre diferentes sistemas de informação e do cumprimento dos princípios de segurança adequados; simplificação, uniformização e digitalização da comunicação entre cidadãos e as unidades de saúde, através de plataforma centrada nos cidadãos e instrumentos de telessaúde para aumentar o acesso a cuidados de saúde; disponibilização de ferramentas renovadas e interoperacionais aos profissionais de saúde (plataformas de telemonitorização, telereabilitação,...) e de formação pertinente em matéria de competências digitais; promoção da digitalização dos registos clínicos, com vista à realização de atividades de monitorização do desempenho do SNS;
- › Reforço do controlo geral das despesas, da eficiência e de uma orçamentação adequada, conducentes a uma redução estrutural dos pagamentos em atraso;

- › Reforço da resiliência do sistema de saúde e à garantia da igualdade de acesso a serviços de qualidade na área da saúde e dos cuidados de longa duração;
- › Melhorar o parque tecnológico do SNS para contribuir para a melhoria dos serviços de saúde – aquisição de equipamento médico pesado para os hospitais do SNS – sistemas de angiografia, aparelhos de tomografia computadorizada por emissão de fotão único, aparelhos de tomografia por emissão de positrões, sistemas de ressonância magnética, aparelhos de tomografia computadorizada, aceleradores lineares e robôs cirúrgicos.

Existe uma dificuldade factual na concretização de investimento público, não só pela complexidade dos processos, mas também pela litigância muitas vezes gerada. Para o ano de 2024, a previsão de investimento é elevada. Dos investimentos propostos, 19% encontram-se em execução e 91% estão identificados entre muito prioritários a prioritários. Realça-se ainda a expectativa e a pretensão de que estes investimentos venham a ser suportados maioritariamente por fundos comunitários e pelo PRR.

Foi também pedido às instituições que priorizassem os investimentos previstos, sendo que, para o ano de 2024, 65% foi considerado como muito prioritário e 29% como prioritário.

Em 2024 estima-se um acréscimo do investimento face ao valor executado de 2023, essencialmente pela grande aposta na área da saúde via PRR e Portugal 2030. Esta estratégia permite também reduzir as necessidades financiadas com fundos próprios.

A preocupação com os constrangimentos decorrentes quer do cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), quer da dificuldade decorrente de todo o processo administrativo e legal do lançamento dos respetivos procedimentos de aquisição, a questão da litigância pelos concorrentes, bem como da obtenção de vistos do Tribunal de Contas, reflete-se claramente na dificuldade de cumprimento do previsto em sede de planeamento anual de necessidades.

Não obstante aos factos expostos, reconhece-se a necessidade de implementar procedimentos conducentes a um melhor planeamento, articulação e monitorização interna e externa, e em estreita articulação com DE-SNS, que permitirá melhorar a taxa de execução que desejavelmente deveria cifrar-se acima dos 75%.

Face ao exposto, atento que a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde, passa necessariamente pela renovação do parque da saúde, é de suma importância aproveitar as linhas de financiamento agora disponíveis quer ao abrigo do Programa 2030 quer do PRR cujo término de execução se prevê até 2026.

Feita uma análise por tipologia de investimento, verifica-se que cerca de 62% respeitam a investimentos de infraestruturas e cerca de 33% para a aquisição e substituição de equipamentos, que consubstancia esta necessidade de renovação do parque da saúde, de molde a responder às recomendações específicas da UE ao nosso país, já referidas anteriormente.

Importa ainda realçar que os investimentos relativos a obras de requalificação/reabilitação e construção de novas unidades de saúde nos CSP estão a ser objeto de transferência de competências para os municípios, permitindo ao SNS colocar um maior foco sobre os investimentos com impacto direto na prestação e subsequentemente numa melhoria das taxas de execução.

Numa mudança de paradigma, e uma vez que estamos perante um financiamento que promove a prevenção, e não o simples aumento da produção, como temos vindo a assistir nestes últimos anos, foi trabalhado com as ULS um quadro mínimo de produção.

O compromisso assistencial para o ano de 2024 foca-se numa adequação da resposta em três eixos de atuação primordiais: acesso, proximidade e integração de cuidados.

Esta adequação irá permitir uma evolução favorável destes eixos permitindo que levará a maior resolutividade das necessidades de cuidados de saúde no cumprimento dos tempos de resposta garantidos, numa lógica de maior proximidade para a população e potencialização dos recursos em saúde, com uma maior articulação entre níveis de cuidados:

ACESSO	2023	compromisso 2024	Δ 2023-24	Δ 2023-26
CONSULTAS MÉDICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS consultas presenciais e não presenciais	32 431 107	33 461 809	+ 3%	+ 8%
CONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARES com referência dos cuidados de saúde primários (1.ªs consultas)	1 230 391	1 339 885	+ 9%	+ 14%
CIRURGIA PROGRAMADA GDH cirurgia convencional e GDH cirurgia ambulatória	571 578	589 980	+ 3%	+ 7%
PROXIMIDADE				
VISITAS DOMICILIÁRIAS MÉDICAS em cuidados de saúde primários	171 894	181 203	+ 5%	+ 11%
VISITAS DOMICILIÁRIAS ENFERMAGEM em cuidados de saúde primários	1 568 662	1 633 169	+ 4%	+ 8%
CONSULTAS HOSPITALARES DESCENTRALIZADAS em cuidados de saúde primários	133 520	150 856	+ 13%	+ 21%
HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA	9 613	13 033	+ 36%	+ 64%
INTEGRAÇÃO				
ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA HOSPITALAR	5 821 392	5 725 251	- 2%	- 3%
APOIO AO RASTREIO EM AMBIENTE HOSPITALAR				
RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA	3 143	8 690	+ 176%	+ 196%
RASTREIO DO CANCRO DA MAMA	767	2 028	+ 164%	+ 210%
RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO	144 192	212 593	+ 47%	54%
RASTREIO DO CANCRO DO COLON E RETO	6 911	14 751	+ 113%	+ 166%
RASTREIO VISUAL INFANTIL	4 586	9 645	+ 110%	+ 140%

Na vertente do acesso, o compromisso assistencial plasmado para 2024 permite assegurar, no que às primeiras consultas de especialidade hospitalar e cirurgia concerne, uma diminuição dos pedidos/episódios em espera com antiguidade de inscrição superior a 9 meses e 1 ano, respetivamente de acordo com a perspetiva de evolução da lista de espera no final do primeiro semestre de 2024. Uma vez que estamos em plena reforma do SNS, tendo iniciado um novo modelo de gestão a 1 de janeiro de 2024, é expectável

que 2025 seja o ano onde melhor se irá verificar todo este investimento, na melhoria da resposta.

O aumento da acessibilidade, traduzido pelo compromisso assistencial, permitirá a resolução das necessidades em espera com maior antiguidade e, simultaneamente, aproximar a produção realizada ao previsto nos tempos de resposta garantidos, de acordo com a legislação em vigor.

Em concreto, esse aumento da acessibilidade traduz-se no crescimento de 9% nas primeiras consultas de especialidade hospitalar referenciadas pelos CSP (CTH), num total de 12 927 189 consultas médicas de especialidade hospitalar para 2024 e no crescimento de 3% nas cirurgias programadas (589 980 GDH em 2024) o que permitirá responder às necessidades em saúde da população já identificadas e que se estimam vir a identificar ao longo do ano, focando o cumprimento dos tempos de resposta.

A DE-SNS definiu a melhoria do acesso aos cuidados de saúde como um dos pontos prioritários da sua atuação, particularmente no que concerne à resolução dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar e de episódios cirúrgicos com maior antiguidade de inscrição. Neste sentido e a par com o compromisso assistencial assumido pelas entidades do SNS, a DE-SNS assume, por seu turno, o compromisso de acompanhamento regular das listas de espera das entidades e de avaliação e acompanhamento da execução dos planos de recuperação do acesso delineados pelas mesmas, com foco nos resultados, designadamente a resolução dos casos mais antigos e a melhoria de indicadores como a mediana do tempo de espera.

Por outro lado, o aumento de 3% das consultas médicas realizadas pelos CSP (consultas presenciais e não presenciais) permitirá aumentar a resposta às necessidades em saúde da população, num nível de cuidados mais adequado e de proximidade e ainda potenciar a prevenção da doença/promoção da saúde, identificando precocemente situações potencialmente consumidoras de mais recursos, e aumentando a vigilância da população evitando a agudização de situações clínicas.

O aumento da acessibilidade aos CSP contribuirá ainda para a alteração de comportamentos da população ao encontrar resposta num nível de cuidados mais adequado, evitando a sobre utilização de recursos mais específicos como é o caso do serviço de urgência. Em linha com isto, encontra-se o compromisso assistencial previsto para 2024 no eixo de integração de cuidados que propõe uma redução nos atendimentos urgentes.

Por fim e no que ao eixo relativo à proximidade concerne, o incremento da atividade assistencial no domicílio, transversal aos diferentes níveis de prestação, das consultas descentralizadas e da hospitalização domiciliária associada ao aumento da aposta na cirurgia de ambulatório (70%) reforçam o principal objetivo deste eixo e que respeita à prestação de cuidados com maior proximidade à população, em linha com as melhores práticas clínicas, assegurando maior conforto e prestação de cuidados com maior dignidade.

Existindo já um Programa Nacional de Rastreios de base populacional, para o diagnóstico e eventual intervenção precoce com deficit assistencial na componente hospitalar, no processo de contratualização com as ULS foi possível o envolvimento hospitalar desejado, atingindo-se valores de crescimento que ultrapassam os 100% em alguns rastreios, uma vez que os valores de partida eram muito reduzidos. Pretende-se que no futuro este incremento seja ainda mais vincado.

Este foco nos programas de rastreio permitirá, através da sua progressiva generalização, em linha com os compromissos internacionais assumidos, a identificação e tratamento precoces e ainda uma qualificação da referenciação desde os CSP aos cuidados hospitalares.

Assim, os valores de crescimento esperados do desenvolvimento de padrões de atuação hospitalar nos rastreios de base populacional desenvolvidos em proximidade e a diminuição do número de atendimentos urgentes em ambiente hospitalar, facilitados pela interação assistencial para resposta a situações urgentes de nível de gravidade reduzida, espelham o potencial do paradigma ULS na elevação do Estado de saúde da população.

Notas Finais

A proposta do QRG do SNS para o triénio 2024-2026 procura garantir a suficiência de meios para o sucesso das reformas estruturais e organizativas em curso, com o objetivo de tornar o SNS como o garante de acesso à globalidade das respostas em saúde no país, centradas no percurso de vida do cidadão e na evolução demográfica, social e económica da comunidade, em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde 2030 e demais documentos estratégicos de referência para as políticas publicas de saúde.

Reconhece-se a dificuldade de, em determinadas componentes, se estabelecer um contexto de comparabilidade exato, designadamente tendo em conta algumas fragilidades na obtenção de informação de base relativa a 2023, fornecida pelas ARS, que possa, cabalmente, suportar as tendências evolutivas propostas em 2024. Tais fragilidades, no entanto, tornam também mais premente a efetivação da reorganização em curso, quer ao nível da unificação e interoperabilidade dos sistemas de informação em uso, quer ao nível da generalização da contabilidade de gestão em todas as instituições prestadoras de cuidados.

Não obstante, trata-se de uma proposta que, sintetizando os meios humanos, tecnológicos e financeiros necessários e suficientes para a condução da mudança, perspetiva já, e a curto prazo, ganhos em saúde e eficiência dela decorrentes:

- › Ganhos no acesso a cuidados de saúde, mais atempado e equitativo;
- › Ganhos na qualificação da prestação dos diferentes níveis de cuidados, com enfoque claro nos cuidados de saúde primários;
- › E ganhos na vertente da eficiência operacional das instituições, por conjugação de um montante de receita disponível mais adequado à carteira de serviços

prestados com um modelo de financiamento mais racional – baseado nas necessidades em saúde da população e não no pagamento de produção - e com um nível de despesa mais eficiente, conjugação que permitirá, progressivamente, a redução sustentável dos níveis de défice e de dívida vencida.

Pretende-se, enfim, que 2024 se traduza como um ano de promoção de um SNS totalmente focado no cidadão enquanto razão última da sua existência, garantindo acesso e prestação de qualidade, sem comprometimento da igualmente necessária sustentabilidade económico financeira de cada instituição e do sistema como um todo. Para isso concorre e se entende como fundamental a presente proposta.

Pretende-se:

- › uma aposta no quadro de RH para o SNS;
- › um aumento do investimento líquido;
- › uma melhoria nos resultados operacionais.

Financiamento das Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

Durante o ano de 2023 trabalhamos, em conjunto com a ACSS e o Gabinete do Sr. Secretário de Estado da Saúde, no desenho do novo modelo de financiamento para as novas ULS. Foi um trabalho rigoroso, de bastante discussão, sempre proativa, e com um resultado final que cumpre com o objetivo inicial, cobrindo as dimensões planeadas.

O racional teve vários passos, primeiro, reorganizaram-se as linhas de financiamento, depois calculou-se o montante do orçamento disponível para as ULS em 2024, de seguida apurou-se a capita. O modelo base tem assim 3 componentes: capitação, linhas de financiamento, fluxos in/out. A partir do modelo base testaram-se cenários, ajustando pelo ICM hospitalar ou pelo grupo de benchmarking, por um teto de crescimento de 10% e por um critério de “no losers”.

Reorganização das linhas de financiamento do contrato programa

O quadro seguinte demonstra a reorganização das linhas de financiamento do contrato programa para 2024, comparativamente a 2023.

Linhas Financiamento CP 2023	Linhas Financiamento CP 2024
VIH	VIH

Esclerose Múltipla	Esclerose Múltipla
Hepatite C	Hepatite C
Hipertensão arterial pulmonar	Hipertensão arterial pulmonar
Cancro	Cancro
Paramiloidose amiloidótica familiar (PAF1)	Paramiloidose amiloidótica familiar (PAF1)
Doenças lisossomais de sobrecarga	Raras
Implantes cocleares	Implantes cocleares
Medicamentos dispensados em ambulatório sem HIV	Medicamentos dispensados em ambulatório sem HIV
Oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO)	Oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO)
Banco Gâmetas	Banco Gâmetas
Procriação Medicamente Assistida (PMA)	Procriação Medicamente Assistida (PMA)
Internos	Formação (inclui internos e formação pré-graduada)
Rede de Urgência	Rede de Urgência (inclui Metropolitana)
Psicoses	Psicoses
Rastreios	

Psiquiatria no exterior	Capita
Sistema de atribuição de produtos de apoio	
Perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI)	
Telemonitorização (DPOC, EAM, ICC)	
Diagnóstico pré-natal	
Interrupção gravidez	
Programa tratamento cirúrgico obesidade (PTCO)	
Centros de referência	- (refletidos em algumas das linhas anteriores)
-	Inovação
-	Investigação

Quanto à linha "Formação", para além dos internos, foi incluída a formação pré-graduada. A partir da contabilidade analítica de uma amostra de hospitais e vagas das respectivas universidades apurou-se um valor associado à formação pré-graduada. Este valor inclui horas do tutor e outros gastos associados. A cada entidade atribuiu-se esse valor unitário multiplicado pelo número de vagas da respetiva universidade (3 anos).

Manteve-se uma linha para a "rede de urgência", contudo, para além do pagamento pela disponibilidade, adicionou-se um fator de compensação pela urgência metropolitana, no sentido de promover a sua implementação. Assim considerou-se um valor adicional (valor estimado do funcionamento da urgência de uma especialidade) por cada especialidade em urgência metropolitana.

Quanto à nova linha de financiamento "inovação", o valor atribuir foi calculado com base em alguns dispositivos e medicamentos inovadores e de mais elevado custo.

Embora a inovação não se esgote nestes dispositivos e medicamentos, considerou-se que, experimentalmente, para o modelo de financiamento de 2024, seriam os mais relevantes, sobretudo pelo seu elevado preço unitário.

A DE-SNS e a ACSS vão trabalhar com o Infarmed no sentido de refinar esta linha de financiamento, encontrando uma metodologia para estimar os medicamentos inovadores a financiar a cada ano e monitorizar a sua adequada aplicação.

A nova linha “investigação”, foi calculada considerando o total de despesa em I&D (2021) nos hospitais públicos portugueses, de acordo com o inquérito ao potencial científico e tecnológico e o total de ensaios clínicos iniciados no mesmo ano, em centros de investigação clínica, de acordo com o portal dos ensaios clínicos.

Uma vez que as entidades já recebem pelos ensaios clínicos, para evitar duplo financiamento, esta linha pretende, num primeiro ano apenas, incentivar à criação de condições necessárias ao desenvolvimento dessa atividade.

A capita foi ajustada em função da complexidade da população, utilizando-se, para tal, uma ferramenta de ajustamento pelo risco, os *Adjusted clinical groups* (ACG).

$$\text{Financiamento 2024} = \text{Capita ajustada} + \text{Linhas do CP} + \text{Fluxos in} - \text{Fluxos out}$$

O modelo de financiamento tem diversas limitações, desde logo pelo facto de ser uma abordagem diferente face ao modelo em vigor até à data, partindo de um histórico com uma lógica diametralmente oposta. Neste sentido, deve ser considerado como uma primeira versão de um novo modelo de financiamento das ULS, que carece de aperfeiçoamento e revisão contínua nos próximos anos, no sentido de se ir ajustando mais adequadamente à realidade. Os instrumentos de estratificação não são perfeitos e podem enviesar o valor da complexidade de algumas entidades, possivelmente devido a diferenças na qualidade e quantidade da codificação dos episódios, quer nos cuidados hospitalares, quer nos cuidados primários.

O valor de financiamento apurado para cada ULS teve em consideração além da capita, a caracterização da população quanto à complexidade de cuidados a prestar, a sua diferenciação na prestação de cuidados, bem como os fluxos in/out entre ULS.

Com vista a salvaguardar o financiamento de acordo com a diferenciação da entidade prestadora de cuidados, as linhas de financiamento do contrato-programa foram reorganizadas de forma a garantir o financiamento de prestações de saúde específicas, relacionadas com áreas de inovação e desenvolvimento (VIH, Esclerose Múltipla, Hepatite C, Hipertensão Pulmonar, Cancro, Medicamentos dispensados em ambulatório, entre outras) e o financiamento de prestações decorrentes da missão da instituição não captadas diretamente pelo valor capitacional (ex. função universitária e formativa).

Igualmente foi considerada a heterogeneidade das várias ULS, que quer pela sua diferenciação quer pelo princípio do livre acesso e circulação de utentes, conduz à prestação de cuidados a utentes fora da sua área de abrangência, tendo sido considerado desta forma no financiamento o saldo de fluxo de doentes.

Para além das três componentes elencadas, capitação ajustada pelo risco, diferenciação, fluxo de doentes, considerou-se uma componente adicional de financiamento que poderá majorar até 3% no ano n+1 o valor do contrato programa, os incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência.

Reconhecendo-se, porém, ainda limitações ao atual modelo de financiamento das ULS, deverá considerar-se como uma primeira versão, que deverá evoluir com a incorporação de novas variáveis que permitam ajustar cada vez mais o financiamento à realidade específica de cada instituição e aos objetivos em saúde a prosseguir.

ULS	Valor Financiamento
ULS Trás-os-Montes Alto Douro	309 955 782 €
ULS Tâmega e Sousa	382 303 218 €
ULS Entre Douro e Vouga	249 917 004 €
ULS São João	706 986 239 €
ULS Santo António	663 174 236 €
ULS Arrábida	245 077 159 €
ULS Lisboa Ocidental	418 606 269 €
ULS Arco Ribeirinho	175 984 627 €
ULS Nordeste	152 455 200 €
ULS Matosinhos	211 949 767 €
ULS Alto Minho	248 509 872 €
ULS Alto Ave	295 822 240 €
ULS Barcelos/Esposende	104 820 126 €
ULS Braga	400 377 242 €
ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	111 939 950 €
ULS Médio Ave	170 442 523 €
ULS Vila Nova Gaia/Espinho	412 379 741 €
ULS Guarda	168 900 869 €
ULS Castelo Branco	117 635 760 €
ULS Baixo Mondego	96 044 677 €
ULS Cova Beira	119 016 946 €
ULS Dão-Lafões	306 107 468 €
ULS Leiria	302 513 985 €
ULS Coimbra	826 843 004 €
ULS Aveiro	305 547 104 €
ULS Amadora/Sintra	429 490 857 €
ULS Almada-Seixal	352 398 788 €
ULS Lezíria	196 268 398 €

ULS Estuário Tejo	187 237 019 €
ULS Loures-Odivelas	212 457 907 €
ULS Lisboa Norte	680 277 236 €
ULS Lisboa Central	680 981 630 €
ULS Oeste	200 174 329 €
ULS Médio Tejo	198 608 320 €
ULS Alto Alentejo	129 540 816 €
ULS Baixo Alentejo	137 316 172 €
ULS Litoral Alentejano	89 914 540 €
ULS Alentejo Central	192 093 339 €
ULS Algarve	457 462 886 €
TOTAL	11 647 533 247 €

Distribuição do Financiamento pelas ULS

Este modelo de financiamento tenta captar a diferenciação e a complexidade na prestação de cuidados. Uma vez que temos realidades hospitalares bastante distintas, quis-se introduzir mecanismos que permitissem continuar a financiar de forma justa toda a exigência que as ULS de cariz universitário do SNS já disponibilizam, nunca prejudicando financeiramente qualquer uma das instituições face aos contratos que existiam anteriormente. Pelo contrário, avaliando apenas a parte hospitalar, foi possível acrescer valor a todos eles.

No caso das mais diferenciados, denominadas de ULS Grupo E Universitárias, além da capita, foram valorizados os fluxos entre ULS, fazendo com que o dinheiro siga o utente e este tenha a capacidade de escolher o local onde pretende ser tratado, e linhas como inovação, formação e investigação, conseguindo integrar financeiramente o valor necessário para corrigir as desigualdades que o modelo base não permitia.

Assim o modelo de financiamento final encerra a seguinte distribuição:

	Financiamento	Inscritos	Capita
ULS	11 647 533 247 €	10 409 341	1 119 €
Grupo E Universitárias	3 558 262 345 €	1 880 699	1 892 €
Sem Grupo E Universitárias	8 089 270 902 €	8 528 642	948 €

Claramente se percebe que a média da capita das cinco maiores ULS é cerca do dobro da média nacional, o que comprova que o modelo acompanha a diferenciação e complexidade destas grandes empresas públicas, trazendo justeza ao processo.

Esta modelação não retira a pressão das instituições com gastos mais elevados face à média das ULS comparáveis, não tenham de realizar um exercício sério na procura das boas práticas e da sustentabilidade.

1. Estratificação pelo Risco

Enquadrados naquilo que são sistemas de classificação em saúde, e de modelos prospetivos de *casemix* (à semelhança dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos – GDH, utilizados em Portugal desde 1989 e cuja implementação foi, na altura, igualmente inovadora no quadro dos sistemas de saúde europeus), as ferramentas de estratificação da população pelo risco permitem identificar o “risco” que caracteriza a utilização futura de cuidados de saúde por parte de uma população, na medida em que possibilitam prever essa utilização tendo em consideração as características da população em causa, ou seja, a sua “carga de doença” (*burden of disease*) e, logo, a sua necessidade de utilização futura de cuidados de saúde. Constituem-se como softwares com um conjunto de algoritmos que, ao receberem informação a respeito da população em análise, identificam a carga de doença de cada indivíduo, determinando o risco associado.

Constituindo-se como ferramentas que possibilitam um conhecimento integrado das necessidades de saúde de uma população, desde 2010 que em Portugal vinham sendo desenvolvidas iniciativas no âmbito da aplicação de instrumentos de estratificação da população pelo risco. Nesse ano, a ACSS desenvolveu um trabalho de validação dos dados e de aplicação do ajustamento pelo risco pela empresa Verisk3.

Em 2016/2017 foi efetuado um estudo com o agrupamento dos utentes da ARS Norte e das ULS em *Adjusted Clinical Groups* (ACG), da IASIST e *Clinical Risk Groups* (CRG), da 3M HIS4 tendo essa informação sido utilizada para demonstrar que o dimensionamento das listas de utentes dos médicos de medicina geral e familiar podia ter em conta critérios mais robustos e consequentemente mais justos.

Posteriormente foi desenvolvida uma ferramenta nacional – o Índice de Complexidade do Utente (ICU) – que, em função de um conjunto de variáveis, permite calcular para cada utente inscrito, um valor/índice que tem capacidade preditiva da carga de trabalho dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, consumo de medicamentos, MCDT, utilização da rede de urgência, de consultas e internamentos hospitalares.

Em 2016, para suportar o processo de implementação da estratificação pelo risco, a ACSS participa de uma *Joint Action* da Comissão Europeia sobre integração de cuidados e cuidados centrados nas pessoas (JADECARE), cujo objetivo geral é disseminar boas práticas em termos de integração de cuidados, sendo uma das componentes principais, a estratificação pelo risco.

Reconhecendo a importância deste instrumento para uma gestão mais eficiente da saúde populacional e dos recursos, a implementação da estratificação da população pelo risco passou a ser um objetivo estratégico, sendo a sua importância de tal forma estruturante que faz parte dos compromissos assumidos no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

Os instrumentos de estratificação pelo risco constituem-se como uma peça basilar na articulação de cuidados de saúde, com a criação de um modelo de organização e funcionamento que visa a integração efetiva dos cuidados primários e hospitalares, incluindo a comunidade.

O conhecimento integrado da população servida por cada Unidade Local de Saúde emerge como uma necessidade absoluta por oposição ao foco no tratamento dos doentes que chegam aos serviços de saúde e nos contactos agudos, existindo antes uma visão proactiva da população e antecipação das necessidades específicas de cada estrato. Esta visão permitirá prevenir contactos, promovendo a saúde, evitando e gerindo a doença e, consequentemente, a utilização desnecessária de cuidados mais diferenciados.

Esta aproximação às reais necessidades em saúde permite, também, alavancar os mecanismos de gestão no SNS, nomeadamente ao nível de planeamento, financiamento, organização dos cuidados, avaliação do desempenho, investigação, entre outros. Permite, ainda, desenvolver modelos inovadores de prestação de cuidados, que reforcem a promoção da saúde, a prevenção da doença e a identificação atempada das pessoas elegíveis para integrar programas de gestão da saúde, da doença crónica ou de casos complexos.

A publicação do Despacho n.º 12986/2023, de 19 de dezembro, vem definir a estratégia de utilização, no SNS, dos instrumentos de estratificação pelo risco da população portuguesa, determinando a constituição de uma equipa de projeto responsável pelo planeamento do projeto de operacionalização da utilização destes instrumentos.

Objetivos Estratégicos

A Equipa de Projeto para a implementação da estratificação pelo risco no SNS, constituída pelo Despacho n.º 12986/2023, de 19 de dezembro, é coordenada pela ACSS e, considerando o carácter transversal da estratificação pelo risco e as suas potencialidades, integra igualmente elementos da DE-SNS, DGS, do INFARMED e da SPMS.

É responsável pelo planeamento do projeto de implementação dos instrumentos de estratificação do risco clínico da população, nomeadamente para efeitos de planeamento, financiamento, prestação de cuidados, avaliação do desempenho e investigação, tendo iniciado a sua atividade em janeiro de 2024.

Deve desenvolver o seu trabalho com base em cinco pilares estratégicos de intervenção:

- › Planeamento de recursos, considerando as necessidades em saúde das comunidades e dos territórios, nomeadamente na área da gestão estratégica dos recursos humanos e das instalações e equipamentos de saúde;
- › Financiamento das entidades prestadoras de cuidados, considerando o risco clínico das populações, para assegurar uma afetação mais justa e equitativa dos recursos públicos;
- › Definição de processos assistenciais e de modelos de intervenção clínica ajustados aos vários subgrupos populacionais, harmonizando critérios, normas e regras para implementação, a nível nacional, de programas de promoção da saúde, prevenção da saúde, gestão da doença crónica, gestão de casos complexos, entre outros;
- › Avaliação do desempenho, valorizando as boas práticas nacionais e internacionais e padronizando os resultados de acordo com as diferenças no estado de saúde das populações locais, de forma a valorizar os ganhos em saúde efetivamente alcançados, em particular nas dimensões de acesso, qualidade, eficiência e bem-estar;
- › Divulgação de informação sobre a distribuição da carga de doença na população, partilhando com as entidades e os profissionais de saúde dados agregados e anonimizados, de forma a apoiar a definição de estratégias de intervenção, a possibilitar o desenvolvimento de projetos de investigação em saúde, entre outros objetivos.

Abordagem

No âmbito dos trabalhos da equipa de projeto, prevista no Despacho nº 12986/2023, de 19 de dezembro, têm sido realizadas várias reuniões, de forma periódica, para definir o plano de implementação dos instrumentos de estratificação do risco clínico da população e a sua estratégia de abordagem.

Circular Normativa

A equipa elaborou uma proposta de circular normativa, destinada às ULS, publicada pela ACSS a 15 de fevereiro de 2024 (Circular Normativa nº 4/2024/ACSS) e que pode ser consultada no portal da ACSS, em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular-Normativa_4_Estratificacao-pelo-risco.pdf

Nesta circular, é feito o enquadramento da utilização dos instrumentos de estratificação pelo risco no SNS, são explicados os conceitos de estratificação pelo risco, grupos de risco ajustado e sua aplicação aos utentes do SNS, contextualizada a aplicação da estratificação pelo risco no desenvolvimento dos eixos estratégicos e apresentadas as necessidades imediatas que irão garantir que a utilização desta nova ferramenta de gestão, a utilizar no SNS ao nível das ULS, primordial à integração efetiva de cuidados de

saúde primários e hospitalares, seja realizada de forma articulada e discutida, visando o objetivo comum da integração da prestação de cuidados à população

Rede de Interlocutores Locais para a Estratificação pelo Risco

Foi criada a Rede de Interlocutores Locais para a Estratificação pelo Risco (RILER), em estreita articulação com a equipa de projeto constituída no âmbito do Despacho n.º 12986/2023, de 19 de dezembro, tendo cada ULS nomeado, para o efeito, um Interlocutor Local para a Estratificação pelo Risco (ILER), o qual foi comunicado à equipa de projeto.

Ao ILER compete proceder à dinamização da utilização dos instrumentos de estratificação pelo risco em cada ULS, nomeadamente no que diz respeito à definição de estratégias de formação contínua interna, de melhoria continuada de registos clínicos, de análise de dados relativos à estratificação pelo risco da população da área de influência e sua divulgação e utilização para o planeamento de recursos, definição de processos assistenciais e avaliação de desempenho.



Encontro “Estratificação pelo Risco”

Foi realizado no dia 6 de março de 2024, em Lisboa, um evento que reuniu elementos dos Conselhos de Administração e ILERs das 39 ULS, num total de cerca de 150 profissionais de saúde, no anfiteatro do Hospital Júlio de Matos.

Para DE-SNS, esta ferramenta reflete uma visão abrangente do SNS. Este instrumento de trabalho aplica princípios de alocação de recursos para a prevenção da doença, promoção da saúde, para o apoio domiciliário e ambulatorio, para a gestão da doença – aguda e crónica – e intervém nas áreas nobres da saúde desde os cuidados de saúde

primários até aos hospitalares e constitui uma ferramenta essencial para a mudança de paradigma no SNS.

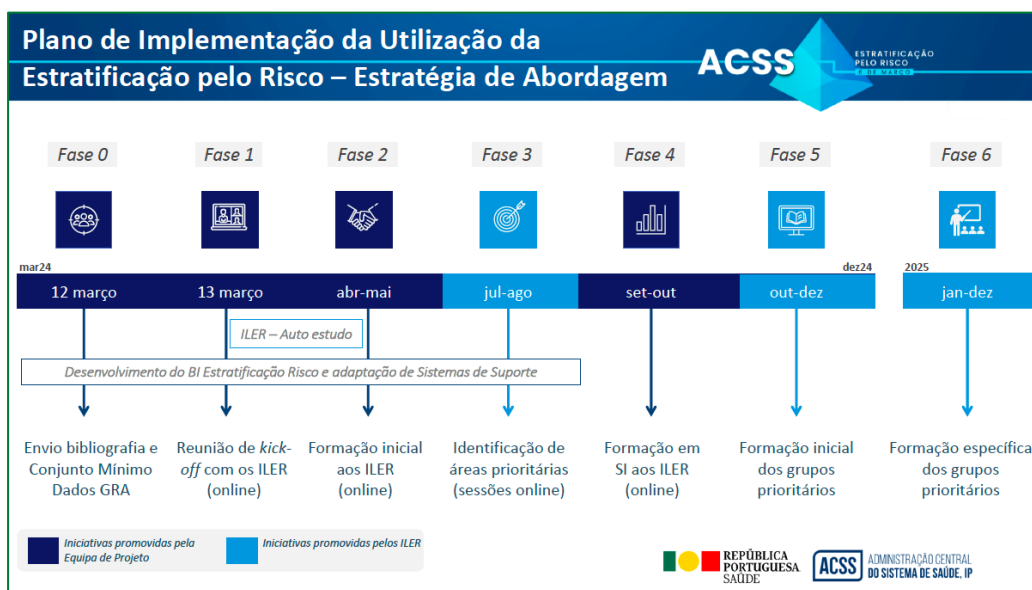
Também na sessão, a ACSS, realçou o papel fundamental na implementação desta primeira estratégia da estratificação da população pelo risco em Portugal, contribuindo para o desenvolvimento do modelo de financiamento das ULS. Segue-se agora uma nova fase da estratificação, com a disseminação da informação produzida de modo que as ULS a possam usar para melhor gestão e governação.

Foram apresentados os seguintes temas:

1. Abordagem Populacional e Integração de Cuidados de Saúde;
2. Estratificação pelo Risco e os Grupos de Risco Ajustado;
3. Índice de Complexidade do Utente;
4. Plano e Arquitetura de IT para a Implementação da Estratificação pelo Risco no SNS;
5. Aplicação da Estratificação pelo Risco no âmbito das competências de uma ULS;
6. Aplicação da Estratificação pelo Risco no âmbito das competências do INFARMED;
7. Aplicação da Estratificação pelo Risco no âmbito das competências da DGS;
8. Plano Imediato de Implementação da utilização da Estratificação pelo Risco no SNS.

Estratégia de implementação

A estratégia de implementação da estratificação da população pelo risco no SNS foi devidamente calendarizada em 6 fases (fase 1 a 5 em 2024 e fase 6 em 2025): envio de bibliografia e conjunto mínimo de dados GRA (12 de março); reunião de *kick-off* com os ILER em formato online (13 de março); formação inicial aos ILER (abril e maio); identificação de áreas prioritárias pelos ILER em sessões online (julho e agosto); formação em SI aos ILER em formato online (setembro e outubro); formação inicial dos grupos prioritários (outubro a dezembro); formação específica dos grupos prioritários (janeiro a dezembro).



Na sequência desta estratégia de implementação tem-se verificado que as ULS têm procedido, por iniciativa própria, à criação de Equipas Locais para a Estratificação pelo Risco, no sentido de agilizar e otimizar a sua implementação interna, coordenadas pelos ILER.

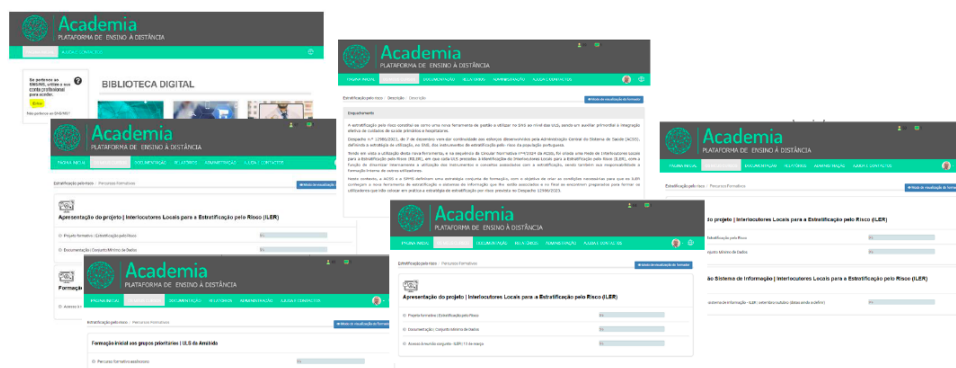


Em sede da estratégia definida, ILERS e Equipas Locais tem acesso a uma plataforma de conteúdos para a estratificação pelo risco, desenvolvida pela SPMS em articulação com a equipa de projeto – Plataforma eStudo para a estratificação pelo risco.

Plano de Implementação da Utilização da Estratificação pelo Risco – Plataforma eStudo

ACSS

ESTRATIFICAÇÃO
PELO RISCO
eSTUDO



Link de acesso rápido:
<https://estudo.min-saude.pt/eaprender/>

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE
ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Até 12 março

- Criação na plataforma de e-learning e-Studo de uma área reservada para a Estratificação por Risco;
- Colocação na plataforma de bibliografia sobre a estratificação por risco e dos 39 Conjuntos Mínimos de Dados GRA;
- Colocação na plataforma do planeamento das sessões de formação.

12 março

- ILER recebem por email:
 - Logins de acesso à plataforma e-Studo para acesso à Bibliografia e Conjunto Mínimo de Dados GRA;
 - Convocatória para a reunião online de kick-off a realizar no dia 13 março.

13 de março

- Reunião online de Kick-off com os ILER;
- Duração estimada: 2 horas;
- Gestão da reunião: responsabilidade da Equipa de Projeto;
- Objetivos da reunião:
 - Apresentar a Bibliografia disponibilizada;
 - Apresentar a estrutura do Conjunto Mínimo de Dados GRA;
 - Auxiliar no processo de interpretação de dados;
 - Detalhar o plano de implementação.

Relativamente às 6 fases calendarizadas, encontram-se concluídas a Fase 0 e a Fase 1.

Atualmente encontra-se a decorrer a Fase 2, de formação inicial aos ILERS. Para o efeito, as ULS foram organizadas em 7 grupos de trabalho e as sessões devidamente calendarizadas por grupo. Para cada grupo é agendada uma sessão de esclarecimento após a formação inicial, a realizar durante o mês de maio.

No final de cada sessão formativa, é apresentada a cada grupo de ULS a fase 3, para que possam preparar a sua operacionalização.

Sessões ILERS – FASE 2

Nota: Os grupos serão convocados para as sessões das fases 2, 3 e 4 de forma a garantir o mesmo período de tempo entre sessões.

01	02	03	04
GRUPO ULS do Litoral Alentejano ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde ULS Baixo Mondego ULS do Oeste ULS de Barcelos / Esposende ULS de Braga 9 de abril	GRUPO ULS do Alto Minho ULS do Baixo Alentejo ULS do Médio Ave ULS de Loures / Odivelas ULS do Arco Ribeirinho ULS de Entre Douro e Vouga 11 de abril	GRUPO ULS do Alto Alentejo ULS do Alentejo Central ULS do Algarve ULS de Gaia / Espinho ULS de Almada / Seixal ULS de Viseu Dão-Lafões 16 de abril	GRUPO ULS de Matosinhos ULS do Estuário do Tejo ULS da Região de Aveiro ULS da Lezíria ULS da Região de Leiria 18 de abril
05	06	07	
GRUPO ULS da Guarda ULS de Castelo Branco ULS da Cova da Beira ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro ULS de Amadora / Sintra 23 de abril	GRUPO ULS do Nordeste ULS da Arrábida ULS do Médio Tejo ULS do Alto Ave ULS do Tâmega e Sousa 7 de maio	GRUPO ULS de Coimbra ULS de Santa Maria ULS de Lisboa Ocidental ULS de São José ULS de São João ULS de Santo António 2 de maio	

Esta é uma fase prática, de aplicação dos conteúdos aprendidos nas formações em estratificação pelo risco, com a identificação e apresentação das áreas prioritárias internas pelos ILER, em sessões online, durante o mês de julho, com a duração prevista de 2h30 por cada sessão e tempo previsto de apresentação de 15 minutos por ILER/ULS.

ESTRATIFICAÇÃO
da população pelo risco

Objetivo

Destinatários

39 ILERS, divididos por grupos de 5-6, de acordo com os grupos de benchmarking

Quando | Duração

15 sessões a partir de 1 jul
(datas ainda a definir)

15 min apresentação cada

aprox. 2:30h cada sessão

Responsáveis

Responsáveis

Responsáveis
39 ILERS | Equipe de projeto
(dinizadores) | SPMS

Localização

Microsoft teams

Operacionalização

- ILERS devem identificar e apresentar na sua sessão:
- Organização Interna para Estratificação pelo risco (Equipa Local e plano de formação)
- Plano de melhoria interna dos registos clínicos
- Identificação das áreas prioritárias para aplicação da Estratificação pelo risco
- Levantamento de potenciais resistências/dificuldades
- Academia SPMS monitoriza as sessões, participação, a gravação e edição dos vídeos para posterior disponibilização na área reservada



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ESTRATIFICAÇÃO
da população pelo risco

- ILERS devem identificar e apresentar na sua sessão:
 - Organização Interna para Estratificação pelo risco (Equipa Local e plano de formação)
 - Plano de melhoria interna dos registos clínicos
 - Identificação das áreas prioritárias para aplicação da Estratificação pelo risco.
 - Levantamento de potenciais resistências/dificuldades
- Academia SPMS monitoriza as sessões, participação, a gravação e edição dos vídeos para posterior disponibilização na área reservada



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Redes de Referência

Grupos de Trabalho para a Revisão das Redes de Referência

As Redes de Referência desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, designadamente: do diagnóstico e terapêutica; da formação; da investigação e colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares.

A constituição das Redes de Referência é elaborada tendo em atenção as necessidades específicas dos utentes, a forma de organização dos serviços, devendo ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensada e organizada de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência.

A carteira de serviços de cada instituição é desta forma operacionalizada através de contrato-programa, tendo em atenção o que as Redes de Referência preconizam para cada especialidade. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde do SNS (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de serviços, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a forma como se devem articular na rede do SNS, num esforço de efetiva complementaridade, com os diferentes níveis de cuidados e organizações, na garantia de uma melhor referência, permite um planeamento e organização adequadas, uma resposta mais efetiva e contribuem para a sustentabilidade do SNS.

Deliberação n.º DE-SNS 024/2023, de 31/01/2023: Alteração da abrangência e composição do grupo técnico para a elaboração da proposta de revisão da RRH de cardiologia, no âmbito do Despacho n.º 7566/2022, de 17 de junho.

A Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, na sua redação atual, estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e definiu o processo de criação e revisão das Redes de Referência Hospitalar (RRH).

O Despacho n.º 7566/2022, de 17 de junho, constituiu os grupos técnicos para a elaboração das propostas de revisão das RRH de cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, hematologia clínica, medicina nuclear, oncologia médica, pneumologia, psiquiatria e saúde mental, radioncologia e reumatologia.

Recentemente, em linha com o Plano e Recuperação e Resiliência, a Portaria n.º 331-B/2021, de 31 de dezembro, alterada pela Portaria n.º 151/2022, de 20 de maio, definiu a metodologia de revisão das RRH. Neste contexto, determinou-se que as RRH que ainda não estivessem criadas seriam aprovadas até ao final do 2.º trimestre de 2023 e as RRH cuja revisão devesse já ter ocorrido seriam aprovadas até ao final do 1.º trimestre de 2023.

No entanto, a composição do referido grupo técnico, em termos de peritos, incluía apenas médicos especialistas em cardiologia, pelo que se pretendendo que o referido documento abranja as áreas da cardiologia pediátrica e da cirurgia cardíaca, transformando-se assim num documento coerente e contínuo entre as várias dimensões, sob proposta do Coordenador do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, da DGS, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, determina-se que o grupo técnico para a elaboração da propostas de revisão da Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia, passa a ter a seguinte abrangência e composição:

1. A Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia, passa a ser denominada Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca.
2. A composição do grupo técnico para a elaboração da proposta de revisão da Rede de Referência Hospitalar indicada no número anterior, passa a ser a seguinte:
 - i. Dr. Rui Cruz Ferreira, que coordena;
 - ii. Prof. Doutor António José Calhabrês Fiarresga;
 - iii. Prof. Doutor Filipe Macedo, Coordenador do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, da Direção-Geral da Saúde;
 - iv. Dr. Rui André Simões Nunes Rodrigues;
 - v. Prof. Doutora Maria João Batista;
 - vi. Prof. Doutora Fátima Pinto;
 - vii. Prof. Doutor Miguel Sousa Uva;
 - viii. Dr. Paulo Pinho;
 - ix. Dr.^a Ana Isabel Guerreiro, em representação da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.);
 - x. Dr. Fernando Tavares, em representação da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (ARS Norte, I. P.);
 - xi. Prof. Doutor Lino Manuel Martins Gonçalves, em representação da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. (ARS Centro, I. P.);
 - xii. Dr.^a Ana Bico, em representação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (ARS LVT, I. P.);

- xiii. Prof. Doutor Lino Patrício, em representação da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P. (ARS Alentejo, I. P.);
- xiv. Dr. Jorge Mimoso, em representação da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P. (ARS Algarve, I. P.).

Deliberação nº DE-SNS 206/2023, de 30/11/2023: Grupo de Trabalho para a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Geral.

Os crescentes desafios colocados pelas alterações demográficas, transformações dos padrões de doença, inovação tecnológica e farmacológica, despesa crescente, e o aumento da exigência na prestação de cuidados, sublinham a necessidade de reestruturação na rede da prestação de cuidados pelo SNS de forma a prover padrões de qualidade e eficiência, mantendo a equidade e melhorando o acesso.

As RRH desempenham um papel determinante no planeamento e organização na prestação de cuidados de saúde, contribuindo significativamente para garantir a qualidade de cuidados nas diferentes especialidades. A organização objetiva e transparente, nomeadamente definindo o papel de cada ponto, a articulação entre as diferentes instituições e a diferenciação e complexidade que cada hospital deve possuir, de forma a poder responder às necessidades em saúde, promovendo a experiência, os centros de referência e a concentração das respostas mais exigentes, de acordo com os padrões internacionais e o estado da arte, permite assegurar segurança e a qualidade.

A Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Geral foi elaborada em 2009 sob a responsabilidade da ACSS e reformulada em 2015, de acordo com o Despacho n.º 6769-A/2015, de 15 de junho, e aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 13 de novembro de 2015. Esta rede orienta o fluxo dos utentes aos serviços de Cirurgia Geral, considerando a necessidade de adequação de determinadas patologias, que pela sua frequência ou características, necessitam de concentração em centros de elevada diferenciação técnica, experiência clínica ou equipamento específico.

A Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS e definiu o processo de criação e revisão das RRH.

Neste sentido, e com vista a atualizar a RRH de Cirurgia Geral, atualmente em vigor e que conta já com oito anos, e acomodar e prever novos desafios que se colocam à prestação de cuidados de saúde relacionados com modificação das necessidades, alteração das características das unidades hospitalares, adequação da distribuição de recursos humanos, o progressivo desenvolvimento tecnológico e a crescente inovação nas várias dimensões, torna necessária a sua revisão.

Nesse sentido, tendo como objetivo proceder à revisão da RRH de Cirurgia Geral, nomeia-se o seguinte grupo de trabalho, com a função de adequar aos desenvolvimentos futuros desta especialidade:

- › Hugo Silva Carvalho Pinto Marques – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE, que coordena;
- › José Guilherme Tralhão – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
- › Nuno Abecasis – Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE;
- › Elisabete Barbosa – Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;
- › Mahomede Americano – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE;
- › Jorge Pereira – Centro Hospitalar Tondela –Viseu, EPE;
- › Alberto Midões – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

A nomeação terá efeitos a 1 de dezembro de 2023, sendo que o Grupo de Trabalho deverá até 30 de abril de 2024 apresentar a proposta de revisão RRH de Cirurgia Geral.

Deliberação nº DE-SNS 001/2024, de 18/01/2024: Grupo de Trabalho para a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de Ortopedia.

Os crescentes desafios colocados pelas alterações demográficas, transformações dos padrões de doença, inovação tecnológica e farmacológica, despesa crescente, e o aumento da exigência na prestação de cuidados, sublinham a necessidade de reestruturação na rede da prestação de cuidados pelo SNS de forma a prover padrões de qualidade e eficiência, mantendo a equidade e melhorando o acesso.

As RRH desempenham um papel determinante no planeamento e organização na prestação de cuidados de saúde, contribuindo significativamente para garantir da qualidade de cuidados nas diferentes especialidades. A organização objetiva e transparente, nomeadamente definindo o papel de cada ponto, a articulação entre as diferentes instituições e a diferenciação e complexidade que cada hospital deve possuir, permite responder às necessidades em saúde, promovendo a experiência, os centros de referência e a concentração das respostas mais exigentes, de acordo com os padrões internacionais e o estado da arte, garantindo segurança e qualidade.

A Ortopedia com o seu nível de abrangência, o uso de domínios tecnológicos e metodologias de tratamento específicas, requer diferenciação e experiência clínica dedicada. A RRH de Ortopedia orienta o fluxo dos utentes para os serviços de Ortopedia, considerando a necessidade de concentração em centros de elevada diferenciação técnica, com experiência clínica significativa e disponibilidade equipamento específico. Neste sentido, a Rede de Referência Hospitalar de Ortopedia foi publicada em 2018, de acordo com o estabelecido pela portaria n.º 147/2016 de 19 de maio, que definiu o processo de revisão e criação de RRH.

Com o objetivo de acomodar os novos desafios que se colocam à prestação de cuidados de saúde relacionados com as alterações demográficas, as mudanças das características das unidades hospitalares, o progressivo desenvolvimento tecnológico e a crescente inovação nas várias dimensões, torna-se necessária a atualização da RRH de Ortopedia.

Nesse sentido, nomeia-se o seguinte grupo de trabalho para proceder à revisão da RRH de Ortopedia, com a função de adequar aos desenvolvimentos futuros previsíveis desta especialidade:

- › Nuno Manuel da Conceição Diogo – Unidade Local de Saúde de São José, EPE;
- › António Fonseca de Oliveira – Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE;
- › Fernando Fonseca – Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE;
- › António Manuel dos Santos Nogueira de Sousa – Unidade Local de Saúde de São João, EPE;
- › Samuel Bonito Martins – Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE;
- › Cristina Marta da Gama Gomes Alves – Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE;
- › Paulo Jorge dos Santos Sousa – Escola Nacional de Saúde Pública;
- › António Marques da Silva – Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE.

A nomeação terá efeitos ao dia seguinte da sua aprovação, sendo que o Grupo de Trabalho deverá apresentar a proposta de revisão RRH de Ortopedia até 31 de julho de 2024.

Deliberação nº DE-SNS 012/2024, de 26/02/2024: Grupo de Trabalho para a elaboração da Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva.

Os crescentes desafios colocados pelas alterações demográficas, transformações dos padrões de doença, inovação tecnológica e farmacológica, despesa crescente, e o aumento da exigência na prestação de cuidados, sublinham a necessidade de reestruturação da rede da prestação de cuidados pelo SNS de forma a prover padrões de qualidade e eficiência, mantendo a equidade e melhorando o acesso.

As RRH desempenham um papel determinante no planeamento e organização na prestação de cuidados de saúde, contribuindo significativamente para garantir a qualidade de cuidados nas diferentes especialidades. A organização objetiva e transparente, nomeadamente definindo o papel de cada ponto, a articulação entre as diferentes instituições e a diferenciação e complexidade que cada hospital deve possuir, de forma a poder responder às necessidades em saúde, promovendo a experiência, os centros de referência e a concentração das respostas mais exigentes, de acordo com os padrões internacionais e o estado da arte, permite assegurar segurança e a qualidade.

A Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva foi elaborada em 2016, de acordo com o Despacho n.º 6769-A/2015, de 15 de junho, e atualizada em 2020, tendo

sido aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 18 de agosto de 2020. Esta rede orienta o fluxo dos utentes aos serviços de Medicina Intensiva, considerando a necessidade de adequação de determinadas patologias, que pela sua frequência ou características, necessitam de concentração em centros de elevada diferenciação técnica, experiência clínica ou equipamento específico.

A Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS e definiu o processo de criação e revisão das RRH.

É, portanto, relevante atualizar a RRH de Medicina Intensiva atualmente em vigor e que conta já com cerca de quatro anos, de forma a acomodar e prever novos desafios que se colocam à prestação de cuidados de saúde relacionados com modificação das necessidades, alteração das características das unidades hospitalares, adequação da distribuição de recursos humanos, progressivo desenvolvimento tecnológico e crescente inovação nas várias dimensões.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, determino:

1. A criação o Grupo de para a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva, que integra os seguintes elementos:
 - › José Artur Osório de Carvalho Paiva, da Unidade Local de Saúde de São João, EPE, que coordena;
 - › António José Pereira Pais Martins, da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE;
 - › Paulo Jorge Coimbra Martins, da Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE;
 - › Rui Alberto Lomelino Araújo, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.
2. Constitui missão deste Grupo de Trabalho colaborar com a Direção Executiva do SNS (DE-SNS), nas seguintes tarefas e objetivos:
 - › Analisar o estado atual dos pontos da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva;
 - › Definir os pontos da nova Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva;
 - › Definir a mais eficiente dotação de recursos humanos em Serviços de Medicina Intensiva;
 - › Definir a estrutura logística das Unidades de Cuidados Intensivos;
 - › Definir, de forma atualizada e normalizada, a missão dos Serviços de Medicina Intensiva e apoiar a DE-SNS na implementação dessa missão em todos os pontos da Rede de Medicina Intensiva;

- › Definir as estratégias de terciarização e regionalização de cuidados em Medicina Intensiva e apoiar a DE-SNS na sua implementação.
3. O Grupo de Trabalho deve apresentar a proposta de revisão de RRH de Medicina Intensiva até ao dia 30 de junho de 2024.

Deliberação nº DE-SNS 013/2024, de 26/02/2024: Grupo de Trabalho para a elaboração da Rede de Referenciação Hospitalar de Neurroradiologia.

Os crescentes desafios colocados pelas alterações demográficas, transformações dos padrões de doença, inovação tecnológica e farmacológica, despesa crescente, e o aumento da exigência na prestação de cuidados, sublinham a necessidade de reestruturação na rede da prestação de cuidados pelo SNS de forma a prover padrões de qualidade e eficiência, mantendo a equidade e melhorando o acesso.

As RRH desempenham um papel determinante no planeamento e organização na prestação de cuidados de saúde, contribuindo significativamente para garantir da qualidade de cuidados nas diferentes especialidades. A organização objetiva e transparente, nomeadamente definindo o papel de cada ponto, a articulação entre as diferentes instituições e a diferenciação e complexidade que cada hospital deve possuir, de forma a poder responder às necessidades em saúde, promovendo a experiência, os centros de referência e a concentração das respostas mais exigentes, de acordo com os padrões internacionais e o estado da arte, permite assegurar segurança e a qualidade. A Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS e definiu o processo de criação e revisão das RRH.

A Rede de Referenciação Hospitalar de Neurroradiologia de Intervenção pretende orientar o fluxo dos utentes aos serviços de Neurroradiologia com esta valência, considerando a necessidade de adequação de determinadas patologias, que pela sua frequência ou características, necessitam de concentração em centros de elevada diferenciação técnica, experiência clínica ou equipamento específico.

É, portanto, relevante criar a RRH de Neurroradiologia de Intervenção, de forma a acomodar e prever novos desafios que se colocam à prestação de cuidados de saúde relacionados com modificação das necessidades, alteração das características das unidades hospitalares, adequação da distribuição de recursos humanos, progressivo desenvolvimento tecnológico e crescente inovação nas várias dimensões.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, determino:

1. A criação o Grupo de para a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de Neurroradiologia de intervenção, que integra os seguintes elementos:
 - › Dr. Manuel Ribeiro, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, EPE, que coordena;
 - › Dr. Ângelo Carneiro, Unidade Local de Saúde de Braga, EPE (Presidente da Sociedade Portuguesa de Neurroradiologia de Intervenção);
 - › Prof.^a Dra. Isabel Fragata, Unidade de Saúde Local de São José, EPE (Presidente do Colégio da Especialidade de Neurroradiologia da Ordem dos Médicos);
 - › Prof.^a Dra. Lia Neto, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE;
 - › Dr. Ricardo Veiga, Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE.
2. Constitui missão deste Grupo de Trabalho colaborar com a Direção Executiva do SNS (DE-SNS), nas seguintes tarefas e objetivos:
 - › Envolver os Centros de Referência da Patologia Cérebro-Vascular com vista a avaliar o estado desta área em Portugal;
 - › Analisar a situação presente da neurroradiologia de intervenção no nosso país, enquadrando-a na realidade europeia;
 - › Definir a arquitetura da rede de referência hospitalar em neurroradiologia de intervenção;
 - › Identificar as necessidades previsíveis na área da neurroradiologia de intervenção para a próxima década.
3. O Grupo de Trabalho deve apresentar a proposta de revisão de RRH de Neurroradiologia de intervenção até ao dia 30 de junho de 2024.

Deliberação nº DE-SNS 022/2022, de 12/01/2023: Criação da unidade técnica operacional para avaliar a reorganização dos serviços de urgência de pediatria médica na área de Lisboa e Vale do Tejo (UTO-SUPM-LVT).

Os países europeus atravessam atualmente enormes desafios relacionados com o aumento da procura, o envelhecimento da população e a escassez de recursos humanos essenciais à prestação de cuidados de saúde às suas populações.

O período pandémico e a pressão que exerceu sobre os sistemas de saúde e os seus profissionais tornou evidente que a implementação de medidas estruturantes de valorização, organização e gestão destes profissionais altamente especializados é uma necessidade cada vez mais premente.

Constitui responsabilidade da DE-SNS, a missão de coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a

cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Tal desiderato apenas é possível quando assegurada a estreita articulação entre as lideranças e as equipas clínicas das diferentes instituições do SNS, garantindo sempre o acesso universal a cuidados de saúde com níveis técnicos e humanos de excelência.

No âmbito da resposta à doença aguda, a rede de serviços de urgência merece atenção especial, sendo essencial salvaguardar os princípios da equidade, qualidade, prontidão, humanização e previsibilidade dos cuidados prestados no SNS.

A capacitação, o dimensionamento, a proximidade e, quando tal é exigido, as concentrações das equipas dos profissionais constituem em si medidas estruturantes para a manutenção das melhores condições de qualidade e segurança para os doentes e profissionais de saúde e para a humanização dos cuidados, garantindo sempre a acessibilidade, bem fundamental do SNS.

Ainda que por vezes atuando em áreas geográficas adjacentes, existem serviços do SNS com carências de recursos humanos que, se apenas focados para as situações de urgência, acabam por desguarnecer as múltiplas áreas de atuação, indispensáveis para as necessidades da população, sejam as consultas externas, o hospital de dia, ou a atividade cirúrgica programada.

A área Pediátrica não tem sido exceção a esta tendência. Na verdade, os constrangimentos ao regular funcionamento dos serviços de urgência pediátrica têm ocorrido de forma indesejável, e caso não sejam tomadas decisões de reorganização desta resposta, o mais natural é que tal se agrave, de forma irreversível, com consequências imprevisíveis no atendimento às crianças e adolescentes.

O reforço do trabalho em rede entre as equipas de instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários das mesmas regiões, assim como o planeamento estratégico atempado da resposta, constitui a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade, segurança e confiança entre os utentes de idade pediátrica, as suas famílias e os profissionais de saúde.

Nesse sentido e num momento de reorganização e requalificação da resposta dos Serviços de Urgência de Pediatria Médica (SUPM), dotando-os de consistência e robustez, e paralelamente libertando recursos para que a atividade programada dê resposta às necessidades da população, impõe-se uma reflexão sobre a oferta de cuidados especializados de Pediatria às crianças e adolescentes da região de Lisboa e Vale do Tejo, que garanta a segurança dos cuidados.

Em função dos recursos humanos existentes (médicos especialistas e internos de formação específica de Pediatria), em condições de realizar serviço de urgência diurno e/ou noturno, da organização atual do apoio ao SUPM, da casuística dos atendimentos, bem como da Rede de Referência Hospitalar de Pediatria Médica em vigor, impõe-se proceder a uma reorganização do apoio de Pediatria Médica ao SU, garantindo a

acessibilidade e prontidão a estes cuidados, bem como a qualidade que lhes é exigido, a segurança a confiança das instituições, profissionais e utentes.

O Despacho n.º 10692/2022, de 25 de agosto, determinou a constituição de uma comissão (CE-UrgMET) para rever os modelos de organização das urgências metropolitanas de Lisboa e do Porto e propor a necessária evolução numa ótica de melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência da resposta assistencial aos doentes urgentes/emergentes. Nesse sentido, esta comissão, numa fase inicial do processo, já ouviu os vários serviços envolvidos e o contexto global da situação, alinhando estrategicamente esta área de atendimento.

Importa agora, numa fase secundária, que os próprios serviços de pediatria médica hospitalares possam internamente discutir as questões e propor abordagens aos processos.

Assim, ouvidos os Conselhos de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central E.P.E., do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., do Hospital Beatriz Ângelo, E.P.E., o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E., Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E., Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E., a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT), o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., e a CE-UrgMET, nos termos do Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei nº 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança do funcionamento dos SUPM do SNS, determina-se:

1. A constituição de uma unidade técnica operacional que refletirá sobre a reorganização dos SUPM na área de Lisboa (UTO-SUPM-LVT) e elaborará proposta prática de aplicação a curto prazo.
2. A unidade técnica operacional será constituída por elementos dos vários SUPM, designadamente:
 - › Alexandra Gavino, Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.;
 - › António Levy, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.;
 - › Cláudio Alves, Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.;
 - › Filipa Nunes, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.;
 - › Gustavo Queirós, Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.;
 - › Julieta Morais, Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.;
 - › Luísa Preto, Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.;
 - › Paula Vieira, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.;
 - › Paula Afonso, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.;

- › Rita Machado, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.;
 - › Sofia Costa Lima, Hospital Beatriz Ângelo, E.P.E.;
 - › Victor Neves, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.;
 - › Paulo Oom, Hospital Beatriz Ângelo E.P.E., que coordena.
3. A unidade técnica operacional realizará as tarefas durante um período de quatro semanas, concluindo uma proposta de reorganização dos SUPM na região de Lisboa e Vale do Tejo, até ao dia 10 de fevereiro de 2023.
 4. A UTO-SUPM-LVT apresentará os resultados à CE-UrgMET e à ARSLVT, até ao dia 15 de fevereiro de 2023, de forma integrar o processo no plano global, devendo a CE-UrgMET e a ARSLVT emitirem, até ao dia 20 de fevereiro, os respetivos pareceres à DE-SNS.
 5. Os elementos que constituem esta unidade técnica operacional terão dispensa para a realização destas tarefas, não conferindo por esse facto direito a qualquer retribuição, abono ou compensação.
 6. A DE-SNS acompanhará os trabalhos de forma contínua até à apresentação da proposta final e promoverá a sua devida discussão e consenso com as restantes entidades do SNS envolvidas.

Redes de Referência

Deliberação nº DE-SNS 213/2023, de 29/12/2023 - Aprovação das Redes de Referência Hospitalar de Cirurgia Cardíaca, Cardiologia Pediátrica e Cardiologia

A DE-SNS, nos termos legais, tem como atribuição a coordenação do processo de criação e revisão das Redes de Referência Hospitalar (RRH) e garantia da sua implementação e gestão.

Um dos seus objetivos para o ano de 2023 passa pelo reforço da cultura de funcionamento em rede do SNS, de forma a dotar a prestação de cuidados de saúde de maior previsibilidade e segurança para os utentes, onde se inclui a definição das responsabilidades, recursos humanos, equipamentos e infraestruturas, tipologia de resposta e diferenciação das intervenções, nas várias especialidades e nas múltiplas instituições, de forma a garantir a melhoria dos cuidados de saúde.

Nesse contexto, foi concluído o trabalho do grupo anteriormente constituído, com o desígnio de atualizar as RRH de Cardiologia, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca. As propostas das novas RRH entretanto elaboradas foram colocadas em consulta pública, tendo sido recebido um número relevante de contributos. Findo o processo de análise e oportuna integração dos mesmos, foram finalizadas as propostas para as novas RRH e remetidas para aprovação desta DE-SNS.

Assim, determinou-se o seguinte:

- › Aprovar a Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Cardíaca, que se anexa à presente deliberação e dela fazem parte integrante;
- › Aprovar a Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia Pediátrica, que se anexa à presente deliberação e dela fazem parte integrante;
- › Aprovar a Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia, que se anexa à presente deliberação e dela fazem parte integrante;
- › Determinar que as referidas RRH entram em vigor a 1 de fevereiro de 2024;
- › Divulgar as referidas RRH através dos meios de comunicação adequados e integrar no site.



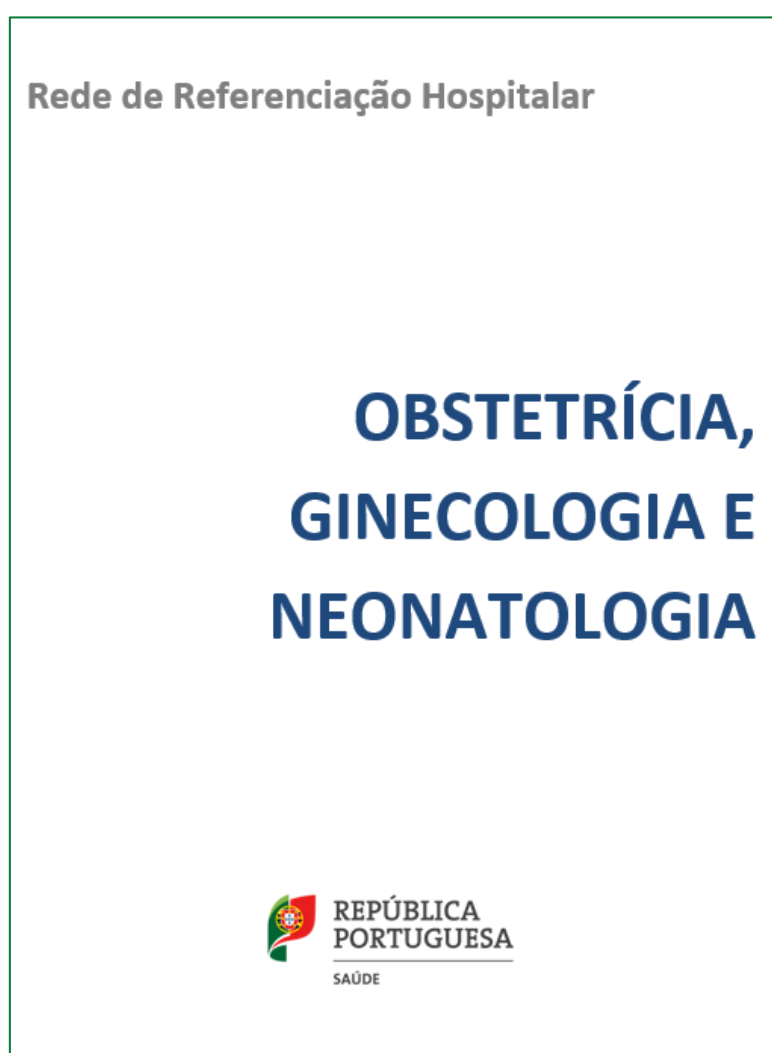
Capas dos documentos das Redes de Referência Hospitalar de Cirurgia Cardíaca, Cardiologia Pediátrica e Cardiologia

Submissão de proposta de RRH de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia

A Rede de Referência Hospitalar de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia foi elaborada e remetida para o Ministério da Saúde, no final do ano de 2022.

Em virtude da sua importância foi submetida a um processo de discussão pública em 2023, tendo sido recebidas inúmeras contribuições de instituições e profissionais.

O Grupo de Trabalho teve o esforço de as avaliar e integrar todas as propostas consideradas adequadas e pertinentes, tendo remetido uma nova versão do documento, que se encontra em fase de análise.



Capa do documento da Rede de Referência Hospitalar de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia

RRH de Medicina Intensiva

O Grupo de Trabalho que está a rever a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva, entregou o relatório preliminar, de acordo com o calendário previsto e a metodologia aprovada.

“A Medicina Intensiva (MI) moderna tem cerca de 70 anos e conceptualmente a sua evolução teve três fases:

Na Europa, a fase inicial surgiu no início dos anos 50 do século XX com a capacidade de suportar por meios externos doentes em falência respiratória no contexto de uma epidemia de poliomielite.

Numa segunda fase, assistiu-se à difusão e consolidação de espaços físicos destinados ao suporte e tratamento de doentes com disfunção de um ou mais órgãos. Passou a ser possível suportar artificialmente diferentes órgãos e sistemas com recursos de fiabilidade crescente. Houve uma disponibilização acelerada de meios de monitorização invasiva integrados em espaços organizados com profissionais dedicados a esta atividade.

Definiram-se novos síndromes (ex: ARDS, sépsis) e estratégias consensualizadas para a sua abordagem. Esta fase associou-se a grandes progressos na capacidade de salvar vidas, mas fez sobressair dois ensinamentos fundamentais:

- › Muitos doentes chegavam tardiamente à Medicina Intensiva numa fase demasiado adiantada da doença, uma vez que o processo de deterioração clínica já se tinha iniciado muito antes;*
- › Os sobreviventes à doença crítica e ao internamento em Medicina Intensiva apresentavam significativas sequelas físicas, psicológicas e neurocognitivas – Síndrome pós internamento em Medicina Intensiva.*

Nestas últimas décadas, vivemos uma terceira fase, com aumento da procura da MI e aumento do envolvimento da MI dentro da organização hospitalar, expandindo-se fisicamente e aumentando a sua ação para lá das paredes das unidades de cuidados intensivos.

A doença crítica é um continuum que começa, por vezes, muito antes do internamento em MI e, nos sobreviventes, se prolonga sempre para além dele. O intensivista é alguém que deve estar presente, e que crescentemente está presente, nas diversas fases deste processo, contribuindo para agregar os aportes multidisciplinares necessários ao diagnóstico e tratamento do doente crítico. Este paradigma atual da MI assenta em quatro eixos fundamentais: Precocidade na

abordagem, diminuição da agressividade no tratamento, foco na recuperação funcional e garantia de equidade.

Em Portugal, as primeiras unidades de cuidados intensivos surgiram no final da década de 50 do século passado, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses. A publicação em 1989 pelo Ministério da Saúde das normas regulamentadoras do Ciclo de Estudos em Cuidados Intensivos (despacho 276/89 de 28/7) permitiram o primeiro caminho formalmente legislado para um programa formativa em Medicina Intensiva.

A Medicina Intensiva foi progressivamente integrando os organogramas hospitalares com estatuto de Serviço de Ação Médica, afirmando-se como uma das centralidades hospitalares, na gestão sistémica do doente crítico. Em maio de 2003, a Ordem dos Médicos (OM) aprovou o “Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva: Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva” elaborado pelo Colégio de Subespecialidade de Medicina Intensiva e revisto posteriormente, em março de 2007, encerrando definitivamente a admissão “por consenso” no Colégio e instituindo o Exame Nacional Obrigatório organizado pela OM. Finalmente, a Lei 117/2015 cria a especialidade de Medicina Intensiva (IFE), cujo curriculum de internato de formação especializada é legislado na Portaria 103/2016, acedendo os primeiros internos de Medicina Intensiva em janeiro de 2017.

Em setembro de 2016 é publicada a primeira Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva (RRH MI), definindo as existências da altura e traçando um Plano de desenvolvimento 2016-2020. Em agosto de 2020, num contexto fortemente marcado pela pandemia COVID-19, foi elaborada uma nova RRH MI.

A 26 de fevereiro de 2024, o Director Executivo do Serviço Nacional de Saúde nomeou o Grupo de Trabalho para a revisão/elaboração da RRH MI, com a missão de apresentar a proposta de revisão até ao dia 30 de junho de 2024 e, também, de colaborar com a Direção Executiva do SNS nas seguintes tarefas e objetivos:

- › Analisar o estado atual dos pontos da RRH MI;*
- › Definir os pontos da nova RRH MI;*
- › Definir a mais eficiente dotação de recursos humanos em Serviços de MI;*
- › Definir a estrutura logística das Unidades de Cuidados Intensivos;*
- › Definir, de forma atualizada e normalizada, a missão dos Serviços de MI e apoiar a DE-SNS na implementação dessa missão em todos os pontos da Rede de Medicina Intensiva;*
- › Definir as estratégias de terciarização e regionalização de cuidados em Medicina Intensiva e apoiar a DE-SNS na sua implementação.”*

**REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE
MEDICINA INTENSIVA**

RELATÓRIO PRELIMINAR

Maio de 2024

José Artur Paiva
António Pais Martins
Paulo Martins
Rui Araújo

Capa do Relatório Preliminar da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva

Centros de Referência

Ao abrigo das suas competências, é responsabilidade da DE-SNS a gestão da estratégia dos centros de referência. Nesse sentido, foi proposto por esta entidade, ao Ministério da Saúde, a designação dos membros da Comissão Nacional para os Centros de Referência (CNCR), o que foi consubstanciado através do Despacho n.º 5969/2023, de 26 de maio.

“Os Centros de Referência são o expoente da concentração de competências na prestação de cuidados de saúde da mais elevada qualidade, em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico, tratamento ou aos custos elevados dos mesmos, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.

Foram concebidos com o objetivo de melhorar a capacidade diagnóstica e de tratamento de várias patologias médicas e cirúrgicas, de agregar capacidade de resposta sinérgica em torno de entidades nosológicas com afinidades nas suas manifestações e abordagens diagnósticas e terapêuticas, de maximizar o potencial inovador das ciências médicas e das tecnologias da saúde, conduzindo investigação científica de impacto internacional, de disponibilizar cuidados de saúde de elevada especialização, traduzidos em melhorias significativas na sua qualidade, custo, efetividade e segurança, acessíveis aos doentes cuja condição clínica exija uma concentração especial de conhecimentos médicos altamente diferenciados. Ao mesmo tempo espera-se que contribuam para acelerar a disseminação de boas práticas e, ainda, para a reforma estrutural do setor hospitalar. Os Centros de Referência estão sujeitos ao processo de reconhecimento e de avaliação previstos na Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, na sua redação atual.

Nesse âmbito, a Comissão Nacional para os Centros de Referência, constituída nos termos e com os objetivos definidos nos artigos 8.º a 10.º da referida portaria, assume um papel fundamental. Cumpre reconhecer o trabalho realizado pelos elementos que, até à data, a integraram, notando, no entanto, que o período de designação de alguns deles já terminou e que o seu presidente solicitou a sua exoneração, na sequência da nomeação para diretor clínico de uma das maiores unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Entende-se assim dar um novo impulso à estratégia dos Centros de Referência como valor fundamental na melhoria da qualidade da resposta em saúde, nomeadamente através da designação de novos membros que assegurem a plena capacidade de intervenção da referida Comissão.”

Implementação de dimensões clínicas no âmbito das Redes de Referência

O planeamento da prestação de cuidados de saúde, integrados na rede do SNS, implica a instituição de um conjunto de regras e procedimentos que providenciem uma resposta mais eficaz, adequada e diferenciada aos utentes, e um melhor aproveitamento e gestão dos recursos existentes, em complementaridade e parceria.

Importa, assim, definir processos claros e transparentes de funcionamento dos serviços e instituições do SNS tendo por base as Redes de Referência, num modelo atualizado de reorganização das instituições, mais eficiente e mais sustentável, assente na capacidade instalada ao nível das especialidades, da formação, da complexidade da produção das várias unidades, de forma a capacitar as instalações e os equipamentos, a disponibilizar os recursos humanos, a formação e a investigação, bem como a adequar o financiamento, para a prestação efetiva de cuidados de saúde de qualidade, numa visão integrada da rede do SNS.

Através de um enquadramento comum ajustado à organização de um sistema de saúde contemporâneo, importa garantir não só que as especialidades médicas se encontrem vertidas numa Rede de Referência, mas que as mesmas se encontram devidamente atualizadas e coerentes, designadamente com novas realidades do Sistema de Saúde como os Centros de Referência, reconhecidos pelo Ministério da Saúde nos termos da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro.

Deliberação nº DE-SNS 016/2022, de 14/12/2022: Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E.

1. Em relação à Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E., (UDIC-HSOG), tendo em consideração o teor da informação constante nos seguintes documentos:
 - i. Ofício do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E. (HSOG) de 28/10/2022;
 - ii. Ofício do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direção-Geral da Saúde (PNDCC-DGS) de 31/08/2022;
 - iii. Ofício da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., (ACSS), nº S-33038/2022 de 08/07/2022;
 - iv. Ofício do PNDCC-DGS de 29/03/2022;
 - v. Ofício da ACSS nº 1600/2022, de 11/03/2022 (Ref: 12546/2022/DRS/ACSS);
 - vi. Ofício da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., (ARSN) nº 349/2022, de 31/01/2022 (Ref: 15482);

- vii. Ofício do PNDCC-DGS de 26/02/2021;
- viii. Ofício da ACSS nº S-3991/2020, de 20/02/2020;
- ix. Email da ARSN de 30/12/2019 remetido à ACSS;
- x. Ofício do PNDCC-DGS, de 25/07/2019;
- xi. Ofício do HSOG nº 077/CA de 09/06/2019;
- xii. Ofício da ACSS nº S-203457/2019, de 29/03/2019;
- xiii. Ofício do HSOG nº 117/CA de 30/10/2018;

2. Bem como o facto de:

- i. Existir uma sala de hemodinâmica no HSOG, construída e equipada há mais de três anos, sem utilização;
- ii. Existir um plano estratégico da UDIC-HSOG, com análise económico-financeira e impacto clínico favoráveis;
- iii. A necessidade de reforço de equipamentos de hemodinâmica na região do Minho, identificada pela ARSN;
- iv. Considerando o Ofício da ACSS (Ref: 63028/2022/DRS/ACSS) relativamente à instalação de equipamento de angiografia no Hospital de Braga, E.P.E., ao abrigo do Decreto-Lei nº 95/95, de 9 de maio, e da Resolução de Conselho de Ministros nº 61/95, de 8 de junho, que emite parecer favorável à instalação de um angiógrafo de substituição e instalação de dois novos equipamentos de angiografia digital para dotar os serviços, nomeadamente de cardiologia, de condições adequadas para o seu funcionamento;
- v. Em função do Despacho nº 7566/2022, de 17 de junho, que constitui os grupos técnicos para a elaboração das propostas de revisão das Redes de Referência Hospitalar (RRH), nomeadamente de cardiologia, designando o Professor Doutor Rui Cruz Ferreira, como coordenador da referida RRH, devendo a mesma estar terminada durante o ano de 2022;
- vi. Considerando as normas da Sociedade Europeia de Cardiologia que recomendam que a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) deve ser realizada por operadores com experiência com um volume mínimo anual de 75 procedimentos, em instituições que realizam no mínimo 400 ICP/ano, e que as instituições que realizem abaixo deste valor devem estabelecer redes de colaboração com instituições com volume adequado de procedimentos;
- vii. Considerando que o documento da Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Cardiologia, de 2015, assinala como requisito das unidades de hemodinâmica, a necessidade de uma atividade desejável de pelo menos 400 ICP/ano, e que as mesmas devem ser orientadas por operadores com uma experiência superior a 500 procedimentos/ano e que para a manutenção da competência técnica os operadores devem realizar no mínimo 75 a 100 procedimentos/ano;
- viii. Considerando que o HSOG possui, de acordo com informação disponibilizada, dois médicos com formação específica em cardiologia de intervenção e que já submeteram a candidatura à subespecialidade de cardiologia de intervenção da

Ordem dos Médicos (aguardando despacho) e enfermeiros com experiência nesta área.

3. E de acordo com a reunião tida na sede da DE-SNS, no dia 6 de dezembro de 2022, em que estiveram presentes o Coordenador Nacional do PNDCC-DGS, o Diretor Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Presidente do Conselho de Administração, Diretor Clínico e Diretor do Serviço de Cardiologia do HSOG e do Hospital de Braga, E.P.E. e a Vice-Presidente da ARSN, determina-se o seguinte:
 - i. Os dois centros de hemodinâmica, do HSOG e do Hospital de Braga, E.P.E., devem obrigatoriamente funcionar em rede;
 - ii. Os dois médicos cardiologistas do HSOG realizam um período de atualização de conhecimentos e aquisição de experiência no Hospital de Braga, E.P.E., durante oito semanas (de 15 de dezembro de 2022 a 15 de fevereiro de 2023), período considerado como adequado por ambas as instituições;
 - iii. Os dois médicos terão de obter a aprovação da subespecialidade de cardiologia de intervenção da Ordem dos Médicos;
 - iv. No que concerne aos enfermeiros que serão afetos à UDIC-HSOG, tendo em consideração a experiência descrita pelo HSOG, realizam um período de formação no Hospital de Braga, E.P.E., durante quatro semanas (de 1 a 31 de janeiro de 2023), período considerado como adequado por ambas as instituições;
 - v. Os equipamentos de hemodinâmica devem, cumpridas as regras vigentes neste domínio, constar do inventário do HSOG (responsabilidade do Conselho de Administração (CA) do HSOG);
 - vi. A DE-SNS submeter ao Sr. Secretário de Estado da Saúde o pedido de autorização para a instalação de equipamento de angiografia, ao abrigo do Decreto-Lei nº 95/95, de 9 de maio, e da Resolução de Conselho de Ministros nº 61/95, de 8 de junho, remetido a 12/12/2022, pelo CA do HSOG;
 - vii. Solicitar ao Coordenador da RRH de Cardiologia a integração da UDIC-HSOG na versão que está a ser elaborada;
 - viii. Solicitar ao Coordenador da RRH de Cardiologia a inclusão da proposta de criação de um Serviço de Cirurgia Cardíaca no Hospital de Braga, E.P.E., a ser constituída no espaço de três anos, sendo responsabilidade do CA desta instituição a elaboração de um plano estratégico a submeter ao PNDCC-DGS e à DE-SNS;
 - ix. O CA do HSOG dar cumprimento às recomendações da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, no que concerne ao Processo nº 0034/2019-INS, que deu origem ao Relatório nº REL-2021-000158, de 21 de outubro de 2022;
 - x. A utilização dos equipamentos da UDIC-HSOG, carece de validação prévia da sua utilização em segurança, pelas firmas responsáveis pelos mesmos, e da celebração do respetivo contrato de manutenção (responsabilidade do CA do HSOG);

- xi. Devem estar reunidas as condições de utilização da UDIC-HSOG, no que concerne à proteção radiológica, nos termos da lei em vigor (responsabilidade do CA do HSOG);
 - xii. Devem ser desencadeados no quadro legal em vigor os procedimentos contratuais visando a aquisição de dispositivos médicos e outros consumíveis para a realização das ICP, nos termos técnicos exigidos (responsabilidade do CA do HSOG);
 - xiii. Os doentes a serem intervencionados na UDIC-HSOG deverão ser validados previamente, em termos de indicação terapêutica, pela unidade de hemodinâmica do Hospital de Braga E.P.E., de modo a garantir as condições de segurança para o procedimento, devendo, neste contexto, serem elaborados os critérios de elegibilidade;
 - xiv. A UDIC-HSOG deve funcionar como centro afiliado da Unidade de Hemodinâmica – Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga E.P.E.;
 - xv. A UDIC-HSOG funcionará, nesta fase, nos dias úteis, nos períodos compreendidos entre as 08-20h;
 - xvi. A UDIC-HSOG selecionará apenas casos programados, pelo que não integrará a Via Verde do Enfarte Agudo do Miocárdio;
 - xvii. O CA do HSOG deverá enviar trimestralmente um relatório de atividades da UDIC-HSOG ao PNDCC-DGS e à DE-SNS, contendo informação concreta sobre a tipologia da atividade realizada, tempos de espera e recursos envolvidos, a qual deverá ser auditada regulamentemente pelo PNDCC-DGS;
 - xviii. O CA do HSOG deve fazer o ponto de situação relativamente a cada uma das medidas supra elencadas, até 16 de fevereiro de 2023, de forma a garantir que todas foram cumpridas, devendo remeter essa análise à DE-SNS e ao PNDCC-DGS.
4. Ouvidos o PNDCC-DGS, o Coordenador da RRH de Cardiologia, o INEM, a ARSN, os CA do HSOG e do Hospital de Braga, E.P.E., e considerando o disposto nos Decretos-Leis n.ºs 52/2022, de 4 de agosto, e 61/2022, de 23 de setembro, determina-se que, uma vez cumpridas as determinações constantes do ponto 2 da presente deliberação, estarão reunidas as condições para o início de atividade da UDIC-HSOG a partir do dia 1 de março de 2023.

Deliberação nº DE-SNS 062/2023, de 02/05/2023: Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Em relação à Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (UDIC-CHBV), avaliando a informação e os argumentos contidos nos:

1. Ofício do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV), de 28/04/2023;
2. Parecer do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direção-Geral da Saúde (PNDCC-DGS), de 28/04/2023;
3. Parecer da Coordenação da Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia, de 28/04/2023;
4. Parecer da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC), de 02/05/2023.

Considerando os dados remetidos pelo CHBV, nomeadamente:

1. Projeto de cardiologia de intervenção do CHBV, evidenciando os ganhos em saúde, a melhoria no acesso e a análise económico-financeira favorável do projeto;
2. A necessidade de reforço de hemodinâmica na região do Centro;
3. O protocolo de afiliação para a área da cardiologia de intervenção entre o CHBV e o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC);
4. O protocolo de afiliação para a área da cirurgia cardíaca entre o CHBV e o CHUC;
5. A identificação dos médicos especialistas em cardiologia com formação subespecializada em cardiologia de intervenção (um já com a subespecialização reconhecida e outra submetida à Ordem dos Médicos);
6. A identificação dos enfermeiros e TSDT de cardiopneumologia que realizaram formação específica na área da intervenção cardiovascular;
7. O licenciamento radiológico da sala de angiografia, emitida pela Agência Portuguesa do Ambiente;
8. A declaração de conformidade do equipamento emitida pelo fabricante do equipamento de angiografia.

Considerando as dimensões transversais ao Serviço Nacional de Saúde (SNS):

1. Em função do Despacho nº 7566/2022, de 17 de junho, que constitui os grupos técnicos para a elaboração das propostas de revisão das RRH, nomeadamente de cardiologia, designando o Professor Doutor Rui Cruz Ferreira, como coordenador da referida RRH, devendo a mesma estar terminada durante o primeiro semestre de 2023;

2. Considerando as normas da Sociedade Europeia de Cardiologia que recomendam que a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) deve ser realizada por operadores com experiência com um volume mínimo anual de 75 procedimentos, em instituições que realizam no mínimo 400 ICP/ano, e que as instituições que realizem abaixo deste valor devem estabelecer redes de colaboração com instituições com volume adequado de procedimentos;
3. Considerando que o documento da RRH de Cardiologia, de 2015, assinala como requisito das unidades de hemodinâmica, a necessidade de uma atividade desejável de pelo menos 400 ICP/ano, e que as mesmas devem ser orientadas por operadores com uma experiência superior a 500 procedimentos/ano e que para a manutenção da competência técnica os operadores devem realizar no mínimo 75 a 100 procedimentos/ano.

De acordo com as reuniões tidas com a DE-SNS, em que foram avaliados os parâmetros da organização da resposta cardiovascular na região centro e as condições de segurança e qualidade, determina-se o seguinte:

- › As Unidades de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular - Serviço de Cardiologia, do CHBV e do CHUC, devem obrigatoriamente funcionar em rede;
 - Nesse sentido, homologa-se nesta data os protocolos de afiliação submetidos, no âmbito da área da cardiologia de intervenção e da cirurgia cardíaca;
 - A primeira fase de atividade da UDIC-CHBV deve ser acompanhada presencialmente por um médico cardiologista do CHUC, com subespecialização e elevada experiência em cardiologia de intervenção;
- › Deve ser dado conhecimento à DE-SNS, aquando da obtenção da subespecialidade de cardiologia de intervenção, da médica que o solicitou à Ordem dos Médicos;
- › Será solicitado ao Coordenador da RRH de Cardiologia a integração da UDIC-CHBV na versão que está a ser elaborada;
- › Tem de ser realizada a aquisição de dispositivos médicos e outros consumíveis para a realização das ICP, nos termos técnicos exigidos, de acordo com os procedimentos concursais, nos termos legais em vigor;
- › Os doentes a serem intervencionados na UDIC-CHBV deverão ser validados previamente, em termos de indicação terapêutica, pela unidade de hemodinâmica do CHUC, de modo a garantir as condições de segurança para o procedimento, devendo ser elaborados os critérios de elegibilidade neste contexto;
- › A UDIC-CHBV funcionará, nesta fase, nos dias úteis, nos períodos compreendidos entre as 08-20h;
- › A UDIC-CHBV selecionará apenas casos programados, pelo que não integrará a Via Verde do Enfarte Agudo do Miocárdio;

- › O CA do CHBV deverá enviar trimestralmente um relatório de atividades da UDIC-CHBV ao PNDCC-DGS e à DE-SNS, contendo informação concreta sobre a tipologia da atividade realizada, tempos de espera e recursos envolvidos, a qual deverá ser auditada regularmente pelo PNDCC-DGS.

Ouvidos o PNDCC-DGS, Coordenador da Rede de Referência Hospitalar e ARSC, em função do pedido e da informação constante na comunicação do CHBV, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS determina-se que estarão reunidas as condições de qualidade.

Protocolo de Afiliação da Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular – Serviço de Cardiologia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E. P. E. com a Unidade de Hemodinâmica – Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga, E. P. E. – 27 de março de 2023.

O Protocolo de Afiliação da Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular – Serviço de Cardiologia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E. P. E. com a Unidade de Hemodinâmica – Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga, E. P. E., coordenado e homologado pela DE-SNS, tem como objetivo formalizar a relação entre as duas unidades, no contexto das normas da Sociedade Europeia de Cardiologia que recomendam que as instituições que realizem menos de 400 ICP/ano devem estabelecer redes de colaboração com instituições com volume adequado de procedimentos nesse âmbito assistencial.

Protocolo de Afiliação entre a Unidade de Cardiologia do Hospital Santa Maria Maior e o Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga – 5 de junho de 2023.

O Protocolo de Afiliação entre a Unidade de Cardiologia do Hospital Santa Maria Maior e o Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga, coordenado e homologado pela DE-SNS, tem como objetivo formalizar uma relação de afiliação da Unidade de Cardiologia do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. com Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga, E.P.E., tendo em vista a realização de consultas médicas e MCDT nas instalações do HSMM.

Unidade de Cardiologia de Intervenção da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira – 1 de fevereiro de 2024.

No dia 1 de fevereiro de 2024, teve início o funcionamento da Unidade de Cardiologia de Intervenção da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.

Trata-se de uma ambição com mais de 10 anos, das populações da Beira Interior, e a lacuna sempre apontada à cobertura do país na área da hemodinâmica, em função do tempo/distância destes utentes, de um centro especializado.

Com o apoio das equipas da ULS de Coimbra, E.P.E., e com um plano estratégico de desenvolvimento, será seguramente uma resposta de elevador valor em saúde que se conseguiu implementar no interior do país, capaz de fixar profissionais e melhorar a qualidade e segurança das intervenções, nesta área cardiovascular.

Deliberação nº DE-SNS 053/2023, de 23/05/2023: Unidade de AVC do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., passa a ser classificada de nível A.

O XXIII Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, promover a resposta em saúde, desenvolver e qualificar as instituições do Serviço Nacional de saúde (SNS) e promover a equidade no país.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, aprovou a orgânica da DE-SNS, e procedeu à alteração da orgânica do Ministério da Saúde e de alguns dos serviços e organismos que o integram, sublinhando a competência de coordenação e gestão da resposta assistencial do SNS, e do seu funcionamento em rede.

Para a concretização da missão e das atribuições que estão cometidas à DE-SNS, atribui o legislador a competência para emitir regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas que vinculam os estabelecimentos e serviços do SNS.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA), a 8 de maio de 2023, veio solicitar autorização para que a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC) nos adultos possa passar a nível A de acordo com a classificação da Direção-Geral da Saúde (DGS), uma vez que o CHUA disporia de capacidade técnica e recursos humanos que lhes permitiam assegurar esta resposta, cumprindo com os requisitos em vigor, de acordo com uma proposta que seria progressiva, em três fases, visando em 6 meses a cobertura integral 24h/dia, 7 dias/semana.

Foi solicitado parecer à Coordenação do Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares da DGS, cujo teor foi o seguinte:

“Parece-nos adequada esta vontade que solicitam é de grande interesse Nacional e Regional, pois vai contribuir tratamento atempado do AVC na região que, como todos sabemos, tem enorme prevalência em Portugal.

Os profissionais da UAVC e o CHUA têm feito um grande esforço para desenvolver as estruturas que lhes permitam tratar com autonomia os doentes com AVC agudo, incluindo cuidados diferenciados de tratamento endovascular. Este desenvolvimento é muito importante para diminuir as desigualdades de acesso a tratamento agudo no país, pois até agora os doentes com AVC agudo do Algarve tinham de ser deslocados para Lisboa para tratamento endovascular, o que impedia a sua realização precoce após início dos sintomas, como adequado.

Efetivamente a UAVC do Algarve tem as condições para ser classificada com nível A assim que implementar de forma regular, como proposto no documento anexo, o tratamento endovascular na fase aguda do doente com AVC.

Os outros critérios estão assegurados:

a. Ser constituída por uma equipa multidisciplinar de recursos médicos de várias especialidades, que deve incluir neurologia e medicina interna;

b. Existência de um coordenador que deve ser um internista ou um neurologista com, pelo menos, a categoria de assistente graduado;

c. Disponibilidade nas 24h, para o diagnóstico e terapêutica do AVC (incluindo neurorradiologia de intervenção, cirurgia vascular e neurocirurgia) ou estar articulada, em regime de escala, com unidades de saúde próximas, de nível A de modo a proporcionar o acesso à terapêutica de fase aguda (terapêutica fibrinolítica via endovenosa e procedimentos endovascular) - proposta em anexo para implementação faseada;

d. Disponibilidade de equipamentos de TC multiplanar, com protocolo para angioTC e ressonância magnética operacionais nas 24 horas por dia;

e. Existência de unidade de cuidados intermédios com dotação entre 7 a 9 camas - existem na UAVC do H. Faro 6 camas com monitorização, e 2 camas adicionais ativadas quando necessário;

f. Disponibilidade de equipamentos de ecografia que permite realizar um eco doppler cardíaco, dos vasos do pescoço e transcraniano.

Assim, uma vez que o programa de tratamento endovascular regular no AVC agudo está agora previsto ser implementado de forma faseada, segundo documento anexo do Conselho de Administração do CHUA, e sendo este tratamento critério essencial

para a classificação como UAVC tipo A, sugerimos que a situação seja apreciada dentro de 6 meses após este período de implementação.

Foi também solicitado parecer à Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., cujo teor foi o seguinte:

Concorda-se com a transição da Unidade de AVC do CHUA – UH de Faro, para nível A, atenta a composição da equipa técnica, o equipamento de angiografia disponível e o modelo de prestação como produção adicional que permite suprir as necessidades críticas de recursos humanos (sobretudo Neurorradiologia e Anestesiologia), nas quais a região é largamente deficitária.

Está também garantido o apoio neurocirúrgico, em caso de complicação do procedimento invasivo. O número diário de procedimentos de trombectomia a efetuar, numa primeira fase, poderá ser de 5-7/dia, ocupando cerca de 12 h de serviço efetivo dos profissionais. Se a esta Unidade de AVC forem também referenciados os utentes da Via Verde do AVC dos concelhos do Baixo Alentejo, cuja distância-tempo é inferior à deslocação para os Hospitais de Lisboa, o número poderá subir para cerca de 8-10/ dia, com benefício evidente para os doentes.

Também por este motivo se evitarão um conjunto significativo de helitransportes semanais (cerca de 10-15, oriundo dos hospitais de Faro e Portimão) para os hospitais de Lisboa. “

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, determina-se:

- › De acordo com a Norma nº 015/2017, de 13 de julho, referente à ‘Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto’, a Unidade de AVC do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., passa a ser classificada de nível A, nos termos legais em vigor, com efeitos a 1 de junho de 2023, devendo ser cumprindo o calendário proposto em termos de alargamento de horário de funcionamento:
 - FASE 1 (duração de 3 meses): Cobertura total desde as 08:00 de 2ª feira até às 08:00 de 6ª feira;
 - FASE 2 (duração de 2 meses): Cobertura total desde as 08:00 de 2ª feira até às 08:00 de 6ª feira + Cobertura quinzenal desde as 08:00 de 6ª feira até às 08:00 de 2ª feira;
 - FASE 3 (a partir do 6º mês): Cobertura total 24 h/dia e 7 dias/semana.
 - Da decisão deve ser dado conhecimento ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., para os devidos efeitos;

- O Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., deve remeter à DE-SNS relatório pormenorizado sobre os resultados deste projeto, no final de cada uma das três fases elencadas.

Deliberação nº DE-SNS 060/2023, de 30/04/2023: Urgência Metropolitana de Gastreenterologia da Área Metropolitana de Lisboa

A Comissão Executiva para a Organização das Urgências Metropolitanas de Lisboa e Porto (CE-UrgMET), criada mediante o determinado no Despacho nº 10692/2022, de 2 de setembro, tem por missão a revisão dos modelos de organização e a elaboração de propostas que visem a melhoria da articulação de recursos, numa política colaborativa entre as diversas unidades de cuidados de saúde, na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e na Área Metropolitana do Porto (AMP).

Nesse âmbito, a CE-UrgMET, em conjunto com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), sob o acompanhamento da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), reuniram com as diversas instituições e profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da AML, avaliando cada uma das especialidades, no que concerne à procura, oferta, qualificação das respostas, redes de referência hospitalar, qualidade e segurança das soluções e bons exemplos internacionais.

De acordo com a CE-UrgMet, o conceito de Urgência Metropolitana define-se por uma solução integrada e global num determinado local e região que vise a rentabilização de recursos na ótica de melhoria do acesso a cuidados e de reforço da qualidade e eficiência da resposta assistencial aos doentes urgentes e emergentes. Esse exercício de boa gestão implica a sistematização dos locais de atendimento clínico no âmbito da rede de referência, com regras claras de articulação e acesso (critérios clínicos de orientação), bem como a organização de cuidados. O trabalho em rede, além de constituir um mecanismo eficaz de gestão de risco, promove a uniformidade de critérios clínicos no acesso e nas intervenções em saúde, com evidente benefício para os utentes. O conceito de Urgência Metropolitana visa garantir a existência permanente de uma rede de segurança local e regional em apoio ao doente urgente/emergente mais grave, de forma articulada entre as diversas unidades de saúde responsáveis pela manutenção da capacidade assistencial na área geográfica e junto das populações em causa.

De sublinhar que esta estratégia é utilizada há muitos anos nas áreas metropolitanas dos vários países europeus e estabelecida como uma boa prática, sendo recomendada pelas várias sociedades científicas, com ganhos em saúde bem evidenciados.

No que concerne à Urgência Metropolitana de Gastreenterologia da Área Metropolitana de Lisboa, a CE-UrgMET realizou uma análise da situação atual na AML, com o objetivo não da resolução pontual de escalas de serviço, mas da promoção da equidade nas

responsabilidades institucionais, de forma a garantir uma solução estável, que garanta o apoio ao doente urgente/ emergente, nas 24 horas. Esse objetivo implica a definição de uma proposta equilibrada de responsabilidades, com o envolvimento de todos os interessados, de forma integrada.

Foram várias as dimensões analisadas pelos especialistas, nomeadamente: casuística, articulação funcional (nomeadamente a remoção de corpos estranhos, que implica a coordenação da resposta com a Otorrinolaringologia, e a gestão global do doente hemorrágico, com articulação com a Medicina Interna e, por vezes, com a Cirurgia Geral, bem como a realização de procedimentos com implicações na Anestesiologia), o acesso (com a adoção de uma política uniforme ao nível das diversas regiões), o impacto cuidados intensivos e intermédios (doentes vítimas de hemorragia digestiva encontram-se por vezes em estado crítico ou, no mínimo, em estado que aconselha vigilância acrescida), a organização da resposta na península de Setúbal, o apoio às regiões do Alentejo e do Algarve e o transporte inter-hospitalar (valorizando a importância dos meios do INEM, nomeadamente, o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica e a operacionalização das respostas de Transporte do Doente Crítico por via terrestre, respeitando as normas técnicas em vigor preconizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos).

Foram ainda analisadas as questões do contacto prévio (antes da concretização do transporte), retorno ao hospital de origem (quando a condição clínica assim o permitir com segurança, é imperativa a prioridade na receção dos doentes nos hospitais de origem), organização em rede (necessidade na manutenção de uma coroa de hospitais, próxima das populações, com capacidade resolutive), abrangência e responsabilidade da participação (assunção da responsabilidade de todas as instituições em colaborar no esforço comum, para a garantia da manutenção de uma resposta no contexto da urgência metropolitana), alargamento de horário (alguns dos hospitais poderão alargar o seu período de apoio), impacto do horário noturno (são fatores a atender a existência de elementos com horários reduzidos, o envelhecimento dos quadros e o impacto da realização de trabalho noturno na atividade programada, devendo ser ponderado o acesso, nomeadamente as listas de espera), formação (relevância no assegurar que os Internos de Formação Específica (IFE) cumprem com os requisitos aplicáveis quanto à realização de trabalho de urgência, em centros com idoneidade formativa reconhecida, nomeadamente com casuística relevante em volume, tipologia de exames e complexidade clínica), a realização de CPRE (Colangiografia Pancreática Retrograda Endoscópica, em caso de obstrução da via biliar com infeção, que implica uma solução específica face à especialização requerida), o regime de apoio durante o período noturno (considerando a experiência internacional e do CHULC) e o acompanhamento (importante assegurar um mecanismo de avaliação da evolução do modelo).

A DE-SNS tem a responsabilidade de coordenar a resposta assistencial do Serviço Nacional de Saúde, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde. Nesse sentido, o reforço do trabalho em rede entre as equipas das

instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários, com o INEM e a Linha de Saúde 24, assim como o planeamento atempado, constitui a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade e confiança para os utentes e os profissionais de saúde.

Após a avaliação das propostas e reflexões, que resultaram de um enorme envolvimento dos serviços de gastroenterologia, dinamizado pela CE-UrgMET e pela ARSLVT, a discussão com os profissionais sobre as melhores opções clínicas, com o objetivo de assegurar a coesão territorial e a equidade na prestação das respostas em saúde, tendo como perspetiva a abordagem utilizada neste âmbito nos países europeus, a DE-SNS agradece aos profissionais envolvidos e à excelente coordenação realizada e, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança, determina-se o seguinte:

- › A Urgência Metropolitana de Gastroenterologia da Área Metropolitana de Lisboa, será implementada da seguinte forma:
 - Em regime de presença física, todos os dias, das 08-20 horas, no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE (CHULC);
 - Em regime de prevenção, das 20-08 horas, todos os dias, em polo único central, a rodar semanalmente entre o CHULN e o CHULC;
- › Nas restantes instituições das AML, deverá ser consagrada a solução discutida com a CE-UrgMET e a ARSLVT, sendo que será alvo de monitorização contínua pela DE-SNS, com o objetivo da maioria dos doentes poder ser observado e tratado em proximidade;
 - Os hospitais com maior responsabilidade assistencial na área da Gastroenterologia, pela dimensão dos respetivos serviços e das áreas geográficas e populacionais abrangidas, nomeadamente o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, e o Hospital Garcia da Orta, EPE, devem reforçar a organização e capacidade interna, de forma a poder responder cabalmente à generalidade das situações urgentes (conforme os critérios de acesso agora definidos), evitando a transferência de doentes para o polo central de Urgência de Gastroenterologia, em funcionamento no CHULC ou no CHULN;
- › A equipa clínica tipo recomendada é constituída por um Especialista e um IFE;
- › A equipa de enfermagem deverá ser específica e dedicada ao apoio do centro de endoscopia;
- › Os procedimentos CPRE urgentes deverão ser assegurados pelo polo ativo da urgência metropolitana, como forma de garantir uma resposta institucional em tempo útil;
- › O critério clínico de apoio da gastroenterologia à urgência metropolitana, sistematizado entre os serviços, com uniformidade de critério na AML e na AMP,

respeitando a evidência científica, possui critérios centrados no Corpo Estranho, na Hemorragia Digestiva Alta (hipertensiva e não hipertensiva, pós terapêutica endoscópica) e na Hemorragia Digestiva Baixa (pós terapêutica endoscópica, hemorragia diverticular, lesão vascular), nestes últimos, com instabilidade hemodinâmica. Os critérios de referência em causa deverão explicitar as indicações precisas que justificam a observação urgente pela Gastreenterologia, com o respetivo tempo alvo indicado, por patologia (incluindo as indicações para CPRE);

- O referido consenso clínico vigorará como norma no pedido urgente de parecer, de realização de procedimento endoscópico ou de transferência inter-hospitalar (esta, obrigatoriamente, sempre com contacto prévio do Gastreenterologista no hospital destino e autorização do Chefe de Equipa de Urgência) – em anexo;
- › Coordenação da Urgência Metropolitana de Lisboa de Gastreenterologia: assegurada em regime de coresponsabilidade pelos Diretores de Serviço de Gastreenterologia do CHULN e CHULC;
- › Acompanhamento trimestral: coordenado pelo CHULN e o CHULC, acompanhado pela DE-SNS;
- › O presente plano entra em vigor na segunda-feira, dia 8 de maio de 2023, sendo essa semana da responsabilidade do CHULC.

Deliberação nº DE-SNS 061/2023, de 30/04/2023: Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa

A Comissão Executiva para a Organização das Urgências Metropolitanas de Lisboa e Porto (CE-UrgMET), criada mediante o determinado no Despacho nº 10692/2022, de 2 de setembro, tem por missão a revisão dos modelos de organização e a elaboração de propostas que visem a melhoria da articulação de recursos, numa política colaborativa entre as diversas unidades de cuidados de saúde, na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e na Área Metropolitana do Porto (AMP).

Nesse âmbito, a CE-UrgMET, em conjunto com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), sob o acompanhamento da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), reuniram com as diversas instituições e profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da AML, avaliando cada uma das especialidades, no que concerne à procura, oferta, qualificação das respostas, redes de referência hospitalar, qualidade e segurança das soluções e bons exemplos internacionais.

De acordo com a CE-UrgMet, o conceito de Urgência Metropolitana define-se por uma solução integrada e global num determinado local e região que vise a rentabilização de recursos na ótica de melhoria do acesso a cuidados e de reforço da qualidade e eficiência da resposta assistencial aos doentes urgentes e emergentes. Esse exercício de boa gestão

implica a sistematização dos locais de atendimento clínico no âmbito da rede de referência, com regras claras de articulação e acesso (critérios clínicos de orientação), bem como a organização de cuidados. O trabalho em rede, além de constituir um mecanismo eficaz de gestão de risco, promove a uniformidade de critérios clínicos no acesso e nas intervenções em saúde, com evidente benefício para os utentes. O conceito de Urgência Metropolitana visa garantir a existência permanente de uma rede de segurança local e regional em apoio ao doente urgente/emergente mais grave, de forma articulada entre as diversas unidades de saúde responsáveis pela manutenção da capacidade assistencial na área geográfica e junto das populações em causa.

De sublinhar que esta estratégia é utilizada há muitos anos nas áreas metropolitanas dos vários países europeus e estabelecida como uma boa prática, sendo recomendada pelas várias sociedades científicas, com ganhos em saúde bem evidenciados.

No que concerne à Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa, a CE-UrgMET realizou uma análise da situação atual na AML, com o objetivo da promoção da equidade nas responsabilidades institucionais, de forma a garantir uma solução estável, que garanta o apoio ao doente urgente/ emergente, nas 24 horas. Esse objetivo implica a definição de uma proposta equilibrada de responsabilidades, com o envolvimento de todos os interessados, de forma integrada.

Foram várias as dimensões analisadas pelos especialistas, nomeadamente: casuística, articulação funcional, acesso (com a adoção de uma política uniforme ao nível das diversas regiões), impacto nos cuidados intensivos e intermédios, organização da resposta na península de Setúbal, apoio às regiões do Alentejo e do Algarve e transporte inter-hospitalar (valorizando a importância dos meios do INEM, nomeadamente, o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica e a operacionalização das respostas de Transporte do Doente Crítico por via terrestre, respeitando as normas técnicas em vigor preconizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos).

Foram ainda analisadas as questões do contacto prévio (antes da concretização do transporte), retorno ao hospital de origem (quando a condição clínica assim o permitir com segurança, é imperativa a prioridade na receção dos doentes nos hospitais de origem), organização em rede (necessidade na manutenção de uma coroa de hospitais, próxima das populações, com capacidade resolutive), abrangência e responsabilidade da participação (assunção da responsabilidade de todas as instituições em colaborar no esforço comum, para a garantia da manutenção de uma resposta no contexto da urgência metropolitana), alargamento de horário (alguns dos hospitais poderão alargar o seu período de apoio), impacto do horário noturno (são fatores a atender a existência de elementos com horários reduzidos, o envelhecimento dos quadros e o impacto da realização de trabalho noturno na atividade programada, devendo ser ponderado o acesso, nomeadamente as listas de espera), formação (relevância no assegurar que os Internos de Formação Específica (IFE) cumprem com os requisitos aplicáveis quanto à realização de trabalho de urgência, em centros com idoneidade formativa reconhecida, nomeadamente com casuística relevante em volume, tipologia de exames e

complexidade clínica), o regime de apoio durante o período noturno (considerando a experiência internacional e o modelo já utilizado no CHULN e CHULC) e o acompanhamento (importante assegurar um mecanismo de avaliação da evolução do modelo).

A DE-SNS tem a responsabilidade de coordenar a resposta assistencial do Serviço Nacional de Saúde, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde. Nesse sentido, o reforço do trabalho em rede entre as equipas das instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários, com o INEM e a Linha de Saúde 24, assim como o planeamento atempado, constitui a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade e confiança para os utentes e os profissionais de saúde.

Após a avaliação das propostas e reflexões, que resultaram de um enorme envolvimento dos serviços de urologia, dinamizado pela CE-UrgMET e pela ARSLVT, a discussão com os profissionais sobre as melhores opções clínicas, com o objetivo de assegurar a coesão territorial e a equidade na prestação das respostas em saúde, tendo como perspetiva a abordagem utilizada neste âmbito nos países europeus, a DE-SNS agradece aos profissionais envolvidos e à excelente coordenação realizada e, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança, determina-se o seguinte:

1. A Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa, será implementada da seguinte forma:
 - i. Em regime de presença física, todos os dias, das 08-20 horas, no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE (CHULC);
 - ii. Em regime de presença física, das 20-08 horas, todos os dias, em polo único central, a rodar semanalmente entre o CHULN e o CHULC.
 - I. No outro polo, não ativo, manutenção de uma prevenção das 20-08 horas em apoio aos doentes internados, e aos que se encontrem na urgência externa do respetivo hospital, até às 20h00, sob responsabilidade da especialidade de urologia.
2. Nas restantes instituições das AML, deverá ser consagrada a solução discutida com a CE-UrgMET e a ARSLVT, sendo que será alvo de monitorização contínua pela DE-SNS, com o objetivo da maioria dos doentes poder ser observado e tratado em proximidade;

- i. Os hospitais com maior responsabilidade assistencial na área da Urologia, pela dimensão dos respetivos serviços e das áreas geográficas e populacionais abrangidas, nomeadamente o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, devem reforçar a organização e capacidade interna, de forma a poder responder cabalmente à generalidade das situações urgentes (conforme os critérios de acesso agora definidos), evitando a transferência de doentes para o polo central de Urgência de Urologia, em funcionamento no CHULC ou no CHULN;
3. A equipa clínica tipo recomendada é constituída por um Especialista e um IFE (envolvendo os vários hospitais da ARSLVT, num esforço comum);
4. O critério clínico de apoio da urologia à urgência metropolitana, sistematizado entre os serviços, com uniformidade de critério na AML, na AMP e na Região do Minho, respeitando a evidência científica, possui critérios de referenciação que deverão explicitar as indicações precisas que justificam a observação urgente pela Urologia, com o respetivo tempo alvo indicado, por patologia. O referido consenso clínico vigorará como norma no pedido urgente de parecer, de realização de procedimento ou de transferência inter-hospitalar (esta, obrigatoriamente, sempre com contacto prévio do Urologista no hospital destino e autorização do Chefe de Equipa de Urgência) – em anexo;
5. Coordenação da Urgência Metropolitana de Urologia da Área Metropolitana de Lisboa: assegurada em regime de coresponsabilidade pelos Diretores de Serviço de Urologia do CHULN e CHULC;
6. Acompanhamento trimestral: coordenado pelo CHULN e o CHULC, acompanhado pela DE-SNS;
7. O presente plano entra em vigor na segunda-feira, dia 8 de maio de 2023, sendo essa semana da responsabilidade do CHULC.

Deliberação nº DE-SNS 019/2023, de 02/02/2023: Apoio de Urologia ao Serviço de Urgência na Região do Minho - UMURM.

Os países europeus atravessam atualmente enormes desafios relacionados com o aumento da procura, o envelhecimento da população e a escassez de recursos humanos essenciais à prestação de cuidados de saúde às suas populações.

O período pandémico e a pressão que exerceu sobre os sistemas de saúde e os seus profissionais tornou evidente que a implementação de medidas estruturantes de valorização, organização e gestão destes profissionais altamente especializados é uma necessidade cada vez mais premente.

Constitui responsabilidade da DE-SNS, a missão de coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Tal desiderato apenas é possível quando assegurada a estreita articulação entre as lideranças e as equipas clínicas das diferentes instituições do SNS, garantindo sempre o acesso universal a cuidados de saúde com níveis técnicos e humanos de excelência.

No âmbito da resposta à doença aguda, a rede de serviços de urgência merece atenção especial, sendo essencial salvaguardar os princípios da equidade, qualidade, prontidão, humanização e previsibilidade dos cuidados prestados no SNS.

A capacitação, robustecimento e, quando tal é exigido, concentração das equipas dos profissionais constituem em si medidas estruturantes para a manutenção das melhores condições de qualidade e segurança para os doentes e profissionais de saúde e para a humanização dos cuidados, garantindo sempre o acesso, bem fundamental do SNS.

Ainda que por vezes atuando em áreas geográficas adjacentes, existem serviços do SNS com carências de recursos humanos que, se apenas focados para as situações de urgência, acabam por desguarnecer as múltiplas áreas de atuação, indispensáveis para as necessidades da população, sejam as consultas externas, o hospital de dia, ou a atividade cirúrgica programada (incluindo a neoplásica).

Os constrangimentos ao regular funcionamento dos serviços de urgência têm ocorrido de forma indesejável, e caso não sejam tomadas decisões de reorganização desta resposta, o mais natural é que tal se agrave e condicione de forma irreversível, e com consequências imprevisíveis no atendimento aos doentes.

O reforço do trabalho em rede entre as equipas de instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários das mesmas regiões, assim como o planeamento estratégico atempado da resposta, constitui a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade, segurança e confiança entre os utentes e os profissionais de saúde.

Nesse sentido e num momento de reorganização e requalificação da resposta dos Serviços de Urgência (SU), no sentido de os dotar de consistência e robustez, e paralelamente libertar recursos para que a atividade programada dê resposta às necessidades da população, impõe-se uma reflexão sobre a oferta de cuidados especializados de Urologia aos utentes da região do Minho.

De acordo com os Despachos nº 727/2007, de 15 de janeiro, e nº 10319/2014, de 25 de julho, os Serviços de Urgência Polivalentes (SUP), bem como os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), deverão dispor de apoio da Especialidade de Urologia, remetendo a forma de apoio desta Especialidade para a sua Rede de Referência. De acordo com os mencionados despachos, nos locais onde exista mais de um serviço de urgência com as referidas especialidades, pode, em períodos de menor casuística da efetiva procura e necessidade, ser assegurado o atendimento urgente com recurso à

rentabilização e centralização de recursos humanos e valências médicas num número menor de serviços de urgência.

De acordo com as Normas de Boa Prática em Trauma, publicadas pela Ordem dos Médicos em 2007 (Grupo de Trabalho de Trauma, Competência em Emergência Médica), a Especialidade Clínica de Urologia seria 'Essencial' nos Centros de Trauma Nível 1 e 'Não Aplicável' nos Centros de Trauma Nível 2 e 3.

Na Rede de Referência Hospitalar de Urologia em vigor, são definidas as necessidades de cuidados de apoio ao serviço de urgência, e que na Região Norte deveriam processar-se pela estratégia de ter um apoio contínuo aos SUP e um apoio durante o funcionamento da Unidade/Serviço de Urologia aos SUMC. O mesmo documento sublinha que os "Hospitais e Centros Hospitalares que disponham de Serviços de Urologia deverão assegurar o atendimento urgente dos doentes internados no seu Serviço em permanência e a urgência interna e externa do hospital / centro hospitalar, no mínimo, no período diurno dos dias úteis. Fora destes períodos e apenas nos casos em que o tratamento dos doentes não possa ser adiado até ao dia útil seguinte, poderão os doentes ser transferidos para as urgências centrais (polivalentes) ou metropolitanas, após contacto prévio. As urgências centrais/metropolitanas de referência deverão ser asseguradas por equipa em permanência, desejavelmente constituídas por dois elementos, um dos quais obrigatoriamente especialista e o segundo, em princípio, interno da especialidade."

Existem atualmente na Região do Minho, quatro Unidades/Serviços de Urologia, nos seguintes Hospitais/Centros Hospitalares:

1. Hospital de Braga, E.P.E. (SUP);
2. Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E. – Guimarães (SUMC);
3. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. – Viana do Castelo (SUMC);
4. Hospital de Santa Maria Maior E.P.E. – Barcelos (SUB).

Em função dos recursos humanos existentes (médicos especialistas e internos de formação específica de urologia), da organização atual do apoio ao SU, da casuística dos atendimentos e das cirurgias urgentes de urologia, bem como das listas de espera para a consulta externa e cirurgia programada na Região do Minho, e de acordo com o disposto nos Despachos nº 727/2007 de 15 de Janeiro, e nº 10319/2014, de 25 de julho, bem como da Rede de Referência Hospitalar de Urologia em vigor, e das Normas de Boa Prática em Trauma (publicadas pela Ordem dos Médicos em 2007 - Grupo de Trabalho de Trauma, Competência em Emergência Médica), impõe-se proceder a uma reorganização do apoio de Urologia ao SU, garantindo a acessibilidade e prontidão a estes cuidados, bem como a qualidade que lhes é exigido.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança do funcionamento do apoio de Urologia ao SU na Região do Minho, determina-se:

1. Existirá apoio ao Serviço de Urgência, nomeadamente no Hospital de Braga, E.P.E., no período das 08-20h, todos os dias, com os recursos das próprias instituições.
2. No período das 08-14h, de 2ª a 6ª feira, existirá apoio de Urologia ao Serviço de Urgência no Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E. – Guimarães e na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. – Viana do Castelo, com os recursos das próprias instituições.
3. O Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E. – Guimarães, irá procurar contratar mais médicos especialistas de urologia, no sentido de dotar a capacidade resposta no serviço de urgência das 08-20h, de 2ª a 6ª feira.
4. Não existirá apoio de Urologia ao Serviço de Urgência no Hospital de Barcelos, E.P.E.
5. Será criada uma Urgência Metropolitana de Urologia, da Região do Minho (UMURM), a funcionar no Hospital de Braga, E.P.E., no período das 20-08h, todos os dias, com recursos partilhados pelas várias instituições, de acordo com as suas capacidades atuais em termos de elementos com condições de efetuar SU noturno.
6. A UMURM será composta por 2 elementos (1 Especialista e 1 Interno de Formação Específica > 1º ano, ou 2 Especialistas), em regime de prevenção.
7. Para a UMURM contribuirão os recursos humanos dos seguintes hospitais:
 - i. Hospital de Braga, E.P.E. – 6,5 equipas;
 - ii. Hospital de Guimarães, E.P.E. – 1 equipa;
 - iii. Hospital de Santa Maria Maior E.P.E. – 0,5 equipa.
8. O elemento do Hospital de Santa Maria Maior E.P.E., integra uma equipa, partilhada com o Hospital de Braga, E.P.E.
9. A responsabilidade de assegurar os cuidados de saúde no âmbito de cada equipa da UMURM é da exclusiva competência do conselho de administração do hospital respetivo. Assim, as carências temporárias (incluindo as férias) ou definitivas, terão de ser resolvidas internamente e de modo a evitar qualquer rotura. No caso do Hospital de Santa Maria Maior E.P.E., a substituição do seu elemento será efetuada em articulação com o Hospital de Braga, E.P.E.

10. A formação dos médicos do internato de formação específica, nomeadamente, o ensino e a supervisão por médicos especialistas, deverão ser salvaguardados em quaisquer circunstâncias. A concentração dos recursos poderá permitir aos internos um contacto com patologia mais diversificada, permitindo uma evolução clínica e técnica mais adequada.
11. Deverão os hospitais efetuar uma reorganização adequada dos seus procedimentos, de forma a poder receber os doentes transferidos, que tenham sido observados, estabilizados e orientados clinicamente pelos médicos especialistas de urologia, de forma a não condicionar a UMURM.
12. Deverá ser aprofundada a articulação existente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, no âmbito da referenciação dos utentes.
13. O CODU/INEM e a 'Linha Saúde 24' serão atempadamente informados da forma de funcionamento da UMURM, de forma a adequar a orientação dos utentes.
14. O Diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, E.P.E., é nomeado Coordenador da UMURM, o que, em colaboração com os representantes de cada um dos hospitais, terá como funções:
 - i. 1. Organização das escalas;
 - ii. 2. Articulação da comunicação entre os elementos dos vários hospitais;
 - iii. 3. Normalização de procedimentos e condutas, nomeadamente a elaboração de protocolos clínicos de transferência de doentes e a atuação no âmbito da UMURM;
 - iv. 4. Informação e articulação com o CODU/INEM e a "Linha de Saúde 24";
 - v. 5. Avaliação do sistema;
 - vi. 6. Recolha e divulgação periódica de informação estatística;
 - vii. 7. Identificação dos problemas e proposta de soluções.
15. A DE-SNS acompanhará este processo de forma contínua, monitorizando os problemas e o desempenho da rede, de forma a prevenir problemas e a resolver eventuais constrangimentos.
16. As necessidades identificadas em saúde, implicam o desenvolvimento de uma estratégia para a Região do Minho, no apoio ao Serviço de Urgência na área de Urologia, manifestando a DE-SNS o seu empenho no assegurar a sustentabilidade deste processo. Na prossecução destes objetivos, assume particular relevância a responsabilização das Instituições.
17. Neste âmbito, é de sublinhar que apesar do esforço acrescido que é solicitado, observa-se um interesse por todos os profissionais nesta vontade coletiva, que

deverá resultar numa previsibilidade e aumento da segurança na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

18. Esta reorganização hospitalar entrará em funcionamento no dia 6 de fevereiro de 2023.
19. Para efeitos de monitorização e acompanhamento serão efetuadas reuniões de avaliação do desempenho da UMURM, trimestralmente, com a participação da DE-SNS.
20. O Hospital de Braga, E.P.E., o Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E., e a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., em articulação com a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., o SNS24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde, as Corporações de Bombeiros e os Agrupamentos de Centros de Saúde da área de influência daqueles hospitais, disponibilizam informação atempada à população sobre o apoio de Urologia ao Serviço de Urgência destas instituições hospitalares.

Deliberação nº DE-SNS 007/2024, de 15/02/2024: Urgência de Oftalmologia na Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.

Em função da Rede de Referenciação Hospitalar de Oftalmologia, da casuística no período compreendido entre as 20-24h, da gravidade dos episódios e do número de cirurgias oftalmológicas realizadas, da necessidade de rentabilização dos profissionais para a atividade programada, da resposta estruturada da Urgência de Oftalmologia no Porto, que funciona alternadamente entre as Unidades Locais de Saúde do São João e do Santo António, E.P.E., do pedido expresso pela entidade e da concordância das várias instituições envolvidas, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P., delibera que:

1. O Serviço de Urgência de Oftalmologia da Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E., passa a ter o horário das 08-20h, todos os dias;
2. Os casos que ocorram fora deste horário, se não forem considerados graves, deverão ser agendados e atendidos pela instituição no dia seguinte;
3. Os casos graves que ocorram fora deste horário, devem ser orientados para a Urgência Metropolitana de Oftalmologia, no Porto, que funciona alternadamente entre as Unidades Locais de Saúde do São João e do Santo António, E.P.E.;
4. A presente deliberação tem efeitos a 1 de março de 2024;

5. Do teor da presente deliberação deve ser dado conhecimento a todas as unidades locais de saúde da região norte, bem como ao INEM e à SPMS (LS SNS24).

Deliberação nº DE-SNS 011/2024, de 26/02/2024: Cirurgia da neoplasia da mama.

1. No âmbito das funções cometidas à DE-SNS em termos de gestão da rede do SNS, e no trabalho conjunto com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS) e a *DG Reform* (Comissão Europeia), foi identificada uma área de melhoria no âmbito da cirurgia da neoplasia da mama, de acordo com as boas práticas a nível europeu, que resultou na elaboração de um relatório pormenorizado sobre a realidade portuguesa e as oportunidades de mudança neste âmbito.
2. Neste contexto, foi solicitado o parecer conjunto do Programa Nacional das Doenças Oncológicas (PNDO) e do Departamento de Qualidade na Saúde (DQS), da Direção-Geral da Saúde (DGS), relativo às condições, nomeadamente ao número mínimo de cirurgias da mama/ano, que podem conferir idoneidade institucional para o tratamento do cancro da mama.
3. Com base nestas duas avaliações, foi solicitada a análise ao 'Grupo de Trabalho para a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Geral' (GT), no sentido de dotar a DE-SNS de uma proposta tecnicamente válida e adequada à realidade nacional.
4. Em suma, pretende-se melhorar os resultados clínicos numa área exigente e tal significa existir um conjunto de requisitos materiais e humanos, bem como um volume mínimo de atividade que confira experiência, qualidade e segurança às intervenções, de forma a trazer equidade às utentes, nas várias regiões do país.
5. As recomendações do GT, infra transcritas, foram claras e estão alinhadas com as normas internacionais:
 - i. *É condição essencial que o cancro da mama seja tratado com as condições institucionais adequadas, incluindo um grupo multidisciplinar com as valências implicadas no tratamento do carcinoma da mama e com um volume mínimo de doentes tratados, incluindo episódios médicos e cirúrgicos, de acordo com o parecer do PNDO.*
 - ii. *Deve restringir-se o tratamento cirúrgico do cancro da mama a instituições que realizem pelo menos 100 cirurgias/ano e tenham pelo menos dois cirurgiões dedicados.*

- iii. *Tendo em conta a acessibilidade dos doentes às instituições, parece particularmente útil a possível concentração de casuística em determinadas instituições;*
 - iv. *Deve garantir-se um tempo de resposta adequado pelo que deve ser considerado o impacto desta alteração no volume cirúrgico das outras instituições.*
6. Neste contexto durante o mês de janeiro de 2024 foram ouvidas as várias instituições, sobre o plano proposto, em termos de contraditório, de forma a fundamentar a decisão da DE-SNS.
7. Em função das respostas obtidas, dos dados e da informação recolhida, o GT voltou a reanalisar a proposta e remeteu a versão final sobre a constituição da rede de referência hospitalar, no que concerne à cirurgia da neoplasia da mama. Nesse sentido recomendou:
- i. *O grupo de trabalho reviu as respostas das instituições relativamente à proposta de encerramento da atividade cirúrgica no cancro da mama. Tendo em conta as necessidades das populações do interior e a acessibilidade aos cuidados de saúde, julgamos fazer sentido que o limite dos 100 casos por ano não seja absolutamente rígido.*
 - ii. *Relativamente às instituições em que foi proposto o encerramento desta atividade, consideramos que a Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, a Unidade local de Saúde do Alto Alentejo e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo apresentam justificações que nos parecem adequadas, com planos de investimento nesta área e propostas de melhoria estruturadas. Sendo o objetivo essencial desta medida a obtenção de uma melhoria da prestação de cuidados neste campo, parece-nos adequado propor a manutenção da atividade cirúrgica em cancro da mama nestas instituições, devendo haver auditorias posteriores de reavaliação.*
 - iii. *Não nos parece legítima, por outro lado, a justificação da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, tratando um número de doentes bastante inferior ao recomendado por qualquer sociedade científica nacional ou europeia, e não dispondo das valências necessárias ou do número mínimo de cirurgias, sendo que o tratamento dos doentes idosos é pelo menos tão exigente como o dos mais jovens pelo que dificilmente se pode propor esse argumento para a continuação desta atividade na instituição referida. Neste ponto, mantemos a nossa opinião inicial.*
 - iv. *Assim, propomos a manutenção da atividade cirúrgica no cancro da mama nas seguintes instituições:*
 - › *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.;*
 - › *Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.;*

- › *Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.;*
- › *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E.P.E.;*
- › *Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;*
- › *Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E..*

v. Propomos também o encerramento da atividade nesta área nas seguintes instituições:

- › Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E..

Nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, com o desígnio de coordenação da resposta assistencial e a garantia da melhoria contínua do acesso, melhorando os resultados clínicos numa área exigente, através das dimensões da experiência, qualidade e segurança nas intervenções, bem como assegurar equidade às utentes, de acordo com as determinações nacionais e europeias em termos de boas práticas e baseando-se na rede do SNS, determina-se que:

1. As sete unidades locais de saúde a seguir elencadas devem suspender a atividade cirúrgica no âmbito da neoplasia da mama:

- › Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E. - com referência preferencial dos doentes para a Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E., ou para a Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E., Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. - com referência preferencial dos doentes para a Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E., ou Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E. - com referência preferencial dos doentes para a Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., ou Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, E.P.E. - com referência preferencial dos doentes para a Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.;
- › Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. - com referência preferencial dos doentes para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

2. A presente deliberação produz efeitos a 1 de abril de 2024.

Deliberação nº DE-SNS 020/2022, de 28/12/2022: 'Regulamento das Urgências de Psiquiatria'.

O Ministério da Saúde, através da DE-SNS e da Coordenação Nacional para as Políticas de Saúde Mental, apresenta a Rede Nacional de Serviços de Urgência de Psiquiatria, com o objetivo de promover uma organização em rede que garanta a continuidade de cuidados e assegure a segurança e confiança dos utentes e profissionais de saúde do SNS.

A prestação de cuidados psiquiátricos urgentes à população é realizada através dos Serviços de Urgência (SU) dos respetivos hospitais. Trata-se de um serviço de urgência especializada que visa o atendimento de situações que não podem aguardar por agendamento programado. Reitera-se a importância de, antes do recurso a unidades de saúde, contactar previamente o SNS 24 (808 24 24 24). Em situações de emergência, o contacto deve ser feito diretamente para o 112.

A nova organização prevê os critérios de referenciação e triagem para a Urgência de Psiquiatria bem como os locais de atendimento presencial diurno e o funcionamento das urgências em período noturno (em regime de prevenção para Mandados de Condução à Urgência no âmbito da Lei de Saúde Mental e em presença física nas regiões do Porto, Coimbra e Lisboa).

A. Disposições Gerais

A prestação de cuidados psiquiátricos urgentes à população é realizada através dos Serviços de Urgência (SU) dos respetivos hospitais ou através das Urgências Regionais e Metropolitanas (Porto, Lisboa e Coimbra) de acordo com o plano definido.

B. Constituição e Organização das Equipas de Urgência

1. Cada instituição é responsável por assegurar a constituição das equipas de urgência no período diurno.
2. As Equipas Médicas-tipo devem ser constituídas em função da área abrangida e do histórico de episódios de urgência, sendo complementadas pelos médicos Internos de Formação Especializada (IFE) de cada instituição.
3. Nas Urgências Regionais e Metropolitanas em que exista partilha de recursos médicos, a distribuição dos serviços pelas equipas baseia-se no princípio da equidade, ou seja, no número de médicos especialistas e médicos internos sem limitação para o exercício do serviço de urgência, nos termos legais e em proporcionalidade ao respetivo horário semanal.

4. Cada instituição é responsável por recrutar e escalar os elementos necessários para assegurar o funcionamento do serviço de urgência, sendo da sua inteira responsabilidade a substituição de elementos ausentes por férias ou doença.
5. Os Diretores dos Serviços de Psiquiatria de cada instituição deverão indicar o Coordenador de Equipa da urgência de psiquiatria de cada instituição.
6. Em cada o turno, o médico especialista mais graduado será o Chefe de Equipa de Psiquiatria, tendo a seu cargo a responsabilidade máxima pelos aspetos clínicos durante o tempo de urgência e pelo regular funcionamento de toda a equipa.
7. Em situações excecionais de faltas, férias, doença, ou absoluta carência de efetivos, poderá um dos especialistas ser substituído por um IFE Psiquiatria do 5º ano nos termos legais.
8. Os IFE respondem diretamente aos Chefes de Equipa de Psiquiatria a que estão alocados.
9. Cada equipa terá um Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em Saúde Mental, alocado em permanência física à urgência de Psiquiatria durante todo o seu funcionamento, devendo fazer-se substituir aquando de necessidade de ausência.

C. Procedimentos de Referenciação à Urgência de Psiquiatria

1. A observação e avaliação das pessoas pela urgência de Psiquiatria deverá acontecer nas seguintes situações:
 - i. a) referenciação médica para a psiquiatria (Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Urgência Geral, Psiquiatra assistente);
 - ii. b) casos enquadráveis na Lei de Saúde Mental (Mandados de Condução para avaliação clinico-psiquiátrica urgente);
 - iii. c) doentes que recorrem diretamente ao serviço de urgência ou através dos serviços de emergência, após avaliação médica geral na Área Médica e que cumpram os Critérios de Referenciação presentes no Anexo 2. a. São consideradas exceções e triadas diretamente para a psiquiatria, após contacto prévio com o chefe de equipa de psiquiatria, as seguintes situações:
 - I. crise suicidária (excluindo-se ativamente a intoxicação concomitante com álcool, drogas e/ou fármacos);
 - II. descompensação psicótica (atividade delirante ou alucinatória auditiva) em doente com atual seguimento psiquiátrico por Psicose (excluindo-se ativamente a intoxicação concomitante com álcool, drogas e/ou fármacos);

2. A transferência de doentes para a Urgência de Psiquiatria deve ser sempre precedida de contacto telefónico ou pessoal prévio, tendo por base os critérios definidos no Anexo 2.
3. As situações admitidas durante o período noturno e não enquadráveis na Lei de Saúde Mental devem manter vigilância clínica pela Área Médica do Hospital da área de residência até observação por Psiquiatria.

D. Procedimentos para Mandados de Condução

1. Os cidadãos conduzidos à Urgência de Psiquiatria para avaliação clínico-psiquiátrica de urgência deverão aguardar a sua observação junto dos agentes da autoridade, tendo prioridade na ordem de atendimento;
2. O utente deverá ser recebido por um Médico Especialista da Equipa, devendo tal procedimento ser atestado nos documentos de condução do doente, que ficarão na posse das autoridades assim que garantidas as condições de segurança para a avaliação;
3. Após observação do doente poderão ocorrer as seguintes situações:
 - i. a) Se o utente não tem critérios para internamento e tem alta clínica, deverá ser avisado o agente da autoridade, que desencadeará os procedimentos para a sua restituição à liberdade.
 - ii. b) Se o doente tem critérios para internamento e o aceita voluntariamente, deverá proceder-se ao mesmo, após informar o agente da autoridade.
 - iii. c) Se o utente tem critérios para internamento compulsivo, após terem sido desencadeados os procedimentos legais para o mesmo, será internado de acordo com a área de residência, sendo a transferência para outra instituição realizada em ambulância; a necessidade de acompanhamento pelos agentes de autoridade deve ser decidida pelo médico responsável em colaboração com os agentes da autoridade, que efetuarão as diligências necessárias.
 - iv. d) Nos termos das alíneas anteriores, cabe ao médico responsável comunicar às autoridades judiciais o resultado da sua avaliação, careça ou não de internamento ao abrigo da Lei de Saúde Mental. Essa informação deve também constar de forma inequívoca no processo clínico do doente que será enviado para a instituição de internamento.
 - v. e) O abandono/fuga do utente deverá ser de imediato comunicada à PSP, que fará as diligências necessárias.

E. Disposições Finais

O presente documento vigorará a partir de 1 de janeiro de 2023, será divulgado a todos os intervenientes e revisto a cada 3 anos ou sob proposta da Direção Executiva do SNS, da Coordenação Nacional para as Políticas de Saúde Mental ou das unidades hospitalares.

ANEXO 1

Rede de Urgências de Psiquiatria

A rede de urgências de Psiquiatria tem uma cobertura distribuída por todo o território nacional no período diurno. No período entre as 20h e as 8h (ou entre as 21h e as 9h) o atendimento às situações enquadráveis na Lei de Saúde Mental é assegurado em regime de prevenção nalguns dos Serviços Locais de Saúde Mental, existindo em presença física (24h/365d) nas Urgências Regionais e Metropolitanas de acordo com o seguinte plano:

Região Norte	Período diurno	Período noturno
Urgência Metropolitana (UMPP) a funcionar no CHUSJ <i>(integra profissionais dos SLSM do CHUSJ, CHUP, ULSM, CHVNG/E, CHEDV, CHPV/VC, CHTS, CHMA, HML)</i>	Presença física, 7d	Presença física, 7d
Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)	Presença física, 7d	-
Hospital de Braga (HB)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução
Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães (HSOG)	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução
Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução

Região Centro	Período diurno	Período noturno
Urgência Regional a funcionar no CHUC	Presença física, 7d	Presença física, 7d
Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV)	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV)	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar de Leiria (CHL)	Presença física, 7d	-
Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB)	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar Universitário Cova Beira (CHUCB)	Presença física, 7d	-

Região de Lisboa e Vale do Tejo	Período diurno	Período noturno
Urgência Metropolitana a funcionar no Hospital de Santa Maria (CHULN)	Presença física, 7d	Presença física, 7d
Urgência Metropolitana a funcionar no Hospital de São José (CHULC/CHPL)	Presença física, 7d	Presença física, 7d
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar do Médio Tejo	Presença física, 7d	-
Hospital Garcia de Orta	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar de Setúbal	Presença física, 7d	-
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo	Presença física, 7d	-
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	Presença física, 7d	-
Hospital Beatriz Ângelo	Presença física, 5d	-
Hospital de Cascais	Presença física, 5d	-
Hospital de Vila Franca de Xira	Presença física, 5d	-

Região do Alentejo	Período diurno	Período noturno
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução
Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução

Região do Algarve	Período diurno	Período noturno
Faro – Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução
Portimão – Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)	Presença física, 7d	Prevenção para os Mandados de Condução

Regulamento da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto - 27/07/2023

A. Disposições Gerais

1. A prestação de cuidados psiquiátricos urgentes à população da área metropolitana do Porto é realizada através da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP) a funcionar no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Universitário de São João EPE (CHUSJ), 24 horas por dia, em turnos de 12 horas (8h-20h e 20h-8h).
2. A UMPP é composta por médicos psiquiatras dos serviços de Psiquiatria dos centros hospitalares da área metropolitana do Porto, enumerados na secção seguinte, tendo como responsável um/a Coordenador/a, nomeado/a pela DE-SNS, sob proposta da Coordenação Regional de Saúde Mental e ouvidos o CHUSJ e os coordenadores de equipa.
3. Os Médicos que constituem a UMPP estão subordinados, em cada turno, ao Chefe de Equipa do SU do CHUSJ.

B. Constituição e Organização Interna da UMPP

1. A UMPP é constituída pelos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) de oito instituições: Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E. Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, E.P.E. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. Centro Hospitalar Universitário de S. João, E.P.E. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
2. A distribuição dos médicos/serviços pelas diferentes equipas da urgência (A a D e A' a D') e pela permanência dos internamentos às noites e aos fins de semana (quando aplicável) baseia-se no princípio da equidade, ou seja, no número de médicos especialistas e médicos internos sem limitação para o exercício do serviço de urgência, nos termos legais e em proporcionalidade ao respetivo horário semanal.
3. Neste sentido, e de forma a tomar o processo transparente, é obtida e divulgada a cada ano uma listagem dos profissionais das várias instituições que serão considerados na avaliação.
4. Nos casos das equipas formadas com elementos de mais do que uma instituição hospitalar, a divisão das escalas terá de ser proporcional ao número e horário de elementos com condições de efetuar serviço de urgência.
5. As Equipas Médicas-tipo são constituídas em cada turno (8h-20h e 20h-8h) por três elementos, sendo dois médicos especialistas e um médico interno de Formação Específica em Psiquiatria (IFE Psiquiatria) do 3º, 4º ou 5º ano, complementadas pelos restantes médicos internos que constituem a equipa.

6. Cada instituição é responsável por recrutar e escalar os elementos necessários para assegurar o funcionamento do(s) dia(s) atribuído(s) pela Coordenação Regional de Saúde Mental, sendo da sua inteira responsabilidade a substituição de elementos ausentes por férias ou doença, não devendo acarretar qualquer ônus para as restantes instituições em causa.
7. Os Diretores dos Serviços de Psiquiatria de cada instituição deverão indicar o Coordenador de Equipa da UMPP para cada instituição.
8. Em cada turno, o médico especialista mais graduado será o Chefe de Equipa de Psiquiatria, tendo a seu cargo a responsabilidade máxima pelos aspetos clínicos durante o tempo de urgência e pelo regular funcionamento de toda a equipa.
9. Em situações excecionais de faltas, férias, doença, ou absoluta carência de efetivos, poderá um dos especialistas ser substituído por um IFE Psiquiatria do 5º ano.
10. Os IFE em Psiquiatria integram preferencialmente as equipas de urgência da sua instituição. Das equipas cujas instituições não têm IFE em Psiquiatria, farão parte os médicos internos de outras instituições com IFE, de acordo com a distribuição das equipas sob o princípio da equidade.
11. Os IFE respondem diretamente aos Chefes de Equipa de Psiquiatria em que estão alocados.
12. A passagem de turno deverá ser feita entre os médicos especialistas de cada Equipa. As mudanças de turnos deverão obrigatoriamente ser feitas em presença física e os seus horários deverão ser rigorosamente cumpridos.
13. Cada equipa terá um Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em Saúde Mental, alocado em permanência física e exclusividade à UMPP durante as 24 horas de funcionamento, devendo fazer-se substituir aquando de necessidade de ausência.
14. A realização da escala dos médicos, especialistas e internos, de cada equipa e da permanência/prevenção aos fins de semana e feriados nos SLSM com internamento é da responsabilidade de cada Serviço.
15. A escala dos médicos, especialistas e internos, de cada de urgência deverá ser enviada ao/à Coordenador/a da UMPP e à Coordenação Regional de Saúde Mental com uma antecedência mínima de 15 dias antes do início de cada trimestre.
16. As presenças, para fins administrativos, serão registadas na Urgência Geral através de registo biométrico, incluindo a de todos os IFE destacados para além da equipa-tipo, devendo as mesmas ser comunicadas mensalmente às instituições a que pertencem.

C. Procedimentos de Referenciação à UMPP

1. A observação e avaliação dos utentes pela UMPP deverá acontecer nas seguintes situações:

- i. referenciação médica para a psiquiatria (Médicos de Família/Centro de Saúde, Serviços de Urgência Geral, Psiquiatra assistente);
 - ii. nas situações enquadráveis na Lei de Saúde Mental (Mandados de Condução para avaliação clínico-psiquiátrica urgente);
 - iii. em utentes que recorrem diretamente ao serviço de urgência do CHUSJ ou através dos serviços de emergência, após avaliação médica geral na Área Médica e que cumpram os Critérios de Referenciação presentes no Anexo 1. a. São consideradas exceções e triadas diretamente para a psiquiatria, após contacto prévio com o chefe de equipa de psiquiatria, as seguintes situações:
 - I. doentes em crise suicidária (excluindo-se ativamente a intoxicação concomitante com álcool, drogas e/ou fármacos);
 - II. doentes com evidente descompensação psicótica (atividade delirante ou atividade alucinatoria auditiva) em doente com atual seguimento psiquiátrico por Psicose (excluindo-se ativamente a intoxicação concomitante com álcool, drogas e/ou fármacos);
2. A transferência de utentes para a UMPP deve ser sempre precedida de contacto telefónico ou pessoal prévio, tendo por base os critérios definidos.

D. Procedimentos de Internamento e Alta

1. As áreas de referenciação para ambulatório e internamento aquando da alta da UMPP têm em consideração a atual organização dos Cuidados de Saúde Primários em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).
2. Os internamentos e transferência dos doentes da UMPP para os diferentes departamentos e serviços de psiquiatria e saúde mental, deverão obedecer aos seguintes procedimentos:
 - i. Verificação da área assistencial de referência (através do Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar de inscrição ou, na sua falta, da residência). No caso de internamento involuntário, deve considerar-se a área de residência.
 - ii. Nas situações excecionais em que o doente não tem inscrição em Centro de Saúde nem domicílio conhecido, ou no caso de cidadãos estrangeiros, deverá proceder-se ao internamento no Centro Hospitalar Universitário de Santo António.
 - iii. Caso o utente seja acompanhado por psiquiatria num serviço diferente do correspondente à sua área de referenciação, deverá ser internado no serviço onde é acompanhado, independentemente de o internamento ser voluntário ou involuntário.
 - iv. A exclusão ou estabilização de patologia não psiquiátrica deve estar garantida previamente ao internamento.

- v. Os internamentos devem ser sempre efetuados por especialistas em psiquiatria ou IFEs em Psiquiatria de 5º ano.
- vi. O Médico responsável pelo internamento do doente deverá assegurar que o doente foi informado, compreende e não se opõe ao internamento, devendo o doente assinar o consentimento informado. Nos casos que cumpram os pressupostos da Lei de Saúde Mental, deverá proceder-se ao internamento involuntário.
- vii. Todos os doentes internados e referenciados para os respetivos Serviços de Psiquiatria deverão ser acompanhados por toda a informação clínica e judicial disponível.
- viii. A proposta de terapêutica dos doentes internados deverá ser efetuada pelo Médico responsável pelo internamento no S.U., devendo a mesma constar do documento de transferência do doente. Esta proposta deve ser revista pelo médico que procede ao internamento na respetiva instituição.
- ix. A partir do dia 1 de setembro de 2023, os doentes que necessitem de internamento são transferidos diretamente da UMPP para os respetivos serviços locais (nos períodos diurno e noturno para o CHUdSA e no período diurno para os restantes SLSM), devendo os serviços ser informados previamente através de contacto telefónico. Os hospitais devem criar condições infraestruturais e de recursos humanos, incluindo assegurar permanência (ou prevenção) nos fins-de-semana e feriados, por forma a receberem os seus doentes diretamente a partir da UMPP, extinguindo-se o SII, enquanto unidade de apoio à UMPP. a. Nos internamentos em período diurno, os transportes do CHUSJ devem ser assegurados até às 18h00m (saída do doente da UMPP).
- x. Nos internamentos que ocorram no horário não abrangido pela alínea anterior, os doentes deverão aguardar transferência na UMPP até à manhã do dia seguinte.
- xi. Nas instalações da UMPP deverá constar a listagem dos contactos telefónicos das permanências de cada Serviço de Psiquiatria.
- xii. Após a conclusão do processo de avaliação na UMPP e decisão de internamento, os doentes deverão ter alta clínica no sistema informático e ser prontamente transferidos de acordo com o disposto na alínea i).

3. Quando solicitada a colaboração da UMPP para observação de doentes na Área Médica do SU do CHUSJ, deverá ser efetuado contacto telefónico ou pessoal prévio, sendo, após discussão do caso, decidida a área em que fisicamente o doente deve permanecer, atendendo às circunstâncias clínicas individuais.

4. O apoio aos serviços de internamento de psiquiatria ou outra especialidade de cada uma das oito instituições integrantes da UMPP é da responsabilidade do respetivo Serviço Local de Saúde Mental.

5. Todos os Hospitais terão de dispor de uma Consulta de Crise para a qual os doentes observados pela UMPP que careçam de reavaliação urgente possam ser referenciados de forma direta, garantindo a continuidade de cuidados. A referência é feita através de correio eletrónico institucional para o Hospital da área assistencial (ou através de outra aplicação informática para esse efeito que venha a ser instalada), no qual deve constar a identificação do doente, contactos e o registo clínico completo. Nas instalações da UMPP deve constar a lista dos emails das várias instituições.

6. Quando o doente com alta clínica necessita de aguardar por intervenção do Serviço Social, a alta deve ser indicada no sistema informático, mantendo-se a vigilância clínica ao doente. Esta informação deve ser transmitida à equipa seguinte.

7. Nos casos clínicos considerados de risco (fuga, agitação/agressão, etc.) o médico e/ou enfermeiro deverá comunicar a situação a todos os profissionais que possam ter um papel ativo na contenção (outros médicos da equipa, enfermeiro, agentes de segurança e agentes de autoridade).

E. Procedimentos para Mandados de Condução

1. Os cidadãos conduzidos à UMPP para avaliação clínico-psiquiátrica de urgência deverão aguardar a sua observação junto dos agentes da autoridade, tendo prioridade na ordem de atendimento;

2. O utente deverá ser recebido por um Médico Especialista da Equipa, devendo tal procedimento ser atestado nos documentos de condução do doente que ficarão na posse das autoridades assim que garantidas as condições de segurança para a avaliação;

3. Após observação do doente poderão ocorrer as seguintes situações:

- i. Se o utente não tem critérios para internamento e tem alta clínica, deverá ser avisado o agente da autoridade, que desencadeará os procedimentos para a sua restituição à liberdade.
- ii. Se o doente tem critérios para internamento e o aceita voluntariamente, deverá proceder-se ao mesmo, após informar o agente da autoridade.
- iii. Se o utente tem critérios para internamento involuntário, após terem sido desencadeados os procedimentos legais para o mesmo, será internado de acordo com a área de residência ou no serviço em que é acompanhado, sendo a transferência para outra instituição realizada em ambulância; a necessidade de acompanhamento pelos agentes de autoridade deve ser decidida pelo médico responsável em colaboração com os agentes da autoridade que efetuarão as diligências necessárias.
- iv. Nos termos das alíneas anteriores, cabe ao médico responsável comunicar às autoridades judiciais o resultado da sua avaliação, careça ou não de

internamento ao abrigo da Lei de Saúde Mental. Essa informação deve também constar de forma inequívoca no processo clínico do doente que será enviado para a instituição de internamento.

- v. O abandono / fuga do utente deverá ser de imediato comunicada à PSP e ao tribunal competente que efetuarão as diligências necessárias.

F. Coordenação e Avaliação

1. A coordenação da UMPP funcionará como elemento de ligação entre a Coordenação Regional de Saúde Mental da Região Norte, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de São João, as equipas de Urgência das várias instituições que participam na UMPP e os demais intervenientes no funcionamento da UMPP;

2. Compete à Coordenação da UMPP:

- i. Zelar pelo cumprimento deste regulamento.
- ii. Garantir a organização e divulgação atempada da escala médica da urgência.
- iii. Divulgar aos chefes de equipa, assim como no espaço físico da UMPP, toda a informação que contribua para a atividade da UMPP.
- iv. Recolher e divulgar periodicamente a informação estatística do movimento da UMPP.
- v. Identificar os problemas de funcionamento da UMPP e promover a sua resolução.
- vi. Reunir com os coordenadores de equipa das várias instituições envolvidas com periodicidade mínima semestral.
- vii. Zelar pelo cumprimento das normas legais, relativamente às reclamações de utentes da UMPP, enviando-as diretamente para o diretor de serviço a que pertence o médico envolvido na reclamação e, depois de recebidas, reencaminhando-as para o gabinete do cidadão do CHUSI.

3. É disponibilizado o email umpp.coordenacao@arsnorte.min-saude.pt para facilitar a comunicação entre as equipas e a Coordenação da UMPP.

4. Ao CHUSJ compete garantir:

- i. A disponibilização e manutenção de instalações adequadas ao regular funcionamento da UMPP.
- ii. A alocação de recursos humanos não-médicos (enfermeiros, auxiliares de ação médica, administrativos e agentes de segurança) durante o funcionamento contínuo da UMPP.
- iii. A disponibilização dos meios necessários aos transportes inter-hospitalares dos doentes da UMPP.

5. Ao serviço de origem dos médicos envolvidos nas reclamações no âmbito da UMPP compete o envio atempado da informação que for solicitada pela Coordenação da UMPP.

G. Disposições Finais

O presente documento vigorará a partir de 1 de setembro de 2023, será divulgado a todos os intervenientes e revisto a cada 3 anos ou sob proposta da Coordenação Regional de Saúde Mental, da Coordenação da UMPP ou da maioria dos Coordenadores de Equipa. A adequação das escalas de urgência ao novo modelo de urgência será implementada de forma faseada até 31 de dezembro de 2023.

Regulamento das Urgências de Psiquiatria da infância e adolescência

O Ministério da Saúde, através da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) e da Coordenação Nacional para as Políticas de Saúde Mental, apresenta a Rede Nacional de Serviços de Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência, com o objetivo de promover uma organização em rede que garanta a continuidade de cuidados e assegure a segurança e confiança dos utentes e profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A prestação de cuidados psiquiátricos urgentes à população pediátrica é assegurada por Urgências Regionais de Psiquiatria da Infância e Adolescência, organizadas em 3 polos (Porto, Coimbra e Lisboa).

Cada Urgência funciona em regime de presença física no período diurno e atende toda a população da Região de Saúde onde se localiza. A Urgência Metropolitana de Lisboa dá resposta, para além da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, às regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve.

A Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência é um serviço de urgência especializada e referenciada que visa o atendimento de situações que não podem aguardar por agendamento programado. Reitera-se a importância de, antes do recurso a unidades de saúde, contactar previamente o SNS 24 (808 24 24 24). Em situações de emergência, o contacto deve ser feito diretamente para o 112.

A nova organização prevê os critérios de referência e triagem para a Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência, bem como os locais e horários de atendimento presencial diurno.

A. Disposições Gerais

A prestação de cuidados psiquiátricos urgentes à população pediátrica (dos 0 aos 17 anos e 364 dias de idade) é realizada através das Urgências Regionais (Porto, Coimbra e Urgência Metropolitana de Lisboa) de acordo com o plano definido.

B. Constituição e Organização das Equipas de Urgência

1. As Equipas Médicas-tipo devem ser constituídas em função da área abrangida e do histórico de episódios de urgência, sendo complementadas pelos médicos Internos de Formação Especializada (IFE) de cada instituição.
2. Nos hospitais em que o SO pediátrico disponha de uma sala com condições de segurança para a permanência em observação de situações com problemática de âmbito pedopsiquiátrico, deve ser assegurado o apoio de um enfermeiro especialista em Psiquiatria e Saúde Mental no período de 24 horas, que assegura igualmente o apoio à Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência no período diurno.
3. Cada instituição é responsável por assegurar a constituição das equipas de urgência.
4. Em Urgências em que exista partilha de recursos médicos de vários hospitais para urgência externa, a distribuição dos serviços pelas equipas deve ser equitativa, ou seja, no número de médicos especialistas e médicos internos sem limitação para o exercício do serviço de urgência, nos termos legais e em proporcionalidade ao respetivo horário semanal.
5. Cada instituição é responsável por recrutar e escalar os elementos necessários para assegurar o funcionamento do serviço de urgência, sendo da sua inteira responsabilidade a substituição de elementos ausentes por férias ou doença.
6. A Coordenação de cada Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência é definida no âmbito da região respetiva pelos Diretores dos Serviços e Unidades que participam na Urgência.
7. Em cada turno, o médico mais graduado será o Chefe de Equipa de Psiquiatria da infância e adolescência, tendo a seu cargo a responsabilidade máxima pelos aspetos clínicos durante o tempo de urgência e pelo regular funcionamento de toda a equipa.
8. Em situações excecionais de faltas, férias, doença, ou absoluta carência de efetivos, poderá um especialista ser substituído por um IFE de Psiquiatria da infância e adolescência do 5º ano nos termos legais.
9. Os IFE respondem diretamente ao Chefe de Equipa de Psiquiatria da infância e adolescência a que estão alocados.
10. A organização dos serviços de apoio ao internamento de pedopsiquiatria deverá ser objeto de regulamentação própria.

C. Procedimentos de Referenciação à Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência

1. A observação e avaliação dos utentes pela Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência deverá acontecer nas seguintes situações:

- i. Referenciação médica para a psiquiatria da infância e adolescência (Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Urgência Pediátrica, Pediatra e Psiquiatra da infância e adolescência assistente);
- ii. Casos enquadráveis na Lei de Saúde Mental (Mandados de Condução para avaliação clínico-psiquiátrica urgente);
- iii. Doentes que recorrem diretamente ao Serviço de Urgência ou através dos serviços de emergência, após avaliação por Pediatria e que cumpram os Critérios de Referenciação.

2. A transferência inter-hospitalar de doentes para a Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência deve ser sempre precedida e acordada mediante contacto telefónico prévio, tendo por base os critérios definidos no Anexo 2.

3. As situações admitidas nas Urgências de Pediatria durante o período noturno devem manter vigilância clínica na Pediatria do hospital da área de residência até transferência para a Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência, de acordo com os procedimentos definidos.

D. Procedimentos para Mandados de Condução

1. Os utentes conduzidos à Urgência de Psiquiatria da infância e adolescência para avaliação clínico-psiquiátrica de urgência deverão aguardar a sua observação junto dos agentes da autoridade, tendo prioridade na ordem de atendimento;

2. O utente deverá ser recebido por um Médico Especialista da Equipa, devendo tal procedimento ser atestado nos documentos de condução do doente, que ficarão na posse das autoridades assim que garantidas as condições de segurança para a avaliação;

3. Após observação do doente poderão ocorrer as seguintes situações:

- i. Se o utente não tem critérios para internamento e tem alta clínica, deverá ser avisado o agente da autoridade, que desencadeará os procedimentos para a sua restituição à liberdade.
- ii. Se o utente tem critérios para internamento e o aceita voluntariamente, deverá proceder-se ao mesmo, após informar o agente da autoridade.
- iii. Se o utente tem critérios para internamento compulsivo, após terem sido desencadeados os procedimentos legais para o mesmo, deverá proceder-se ao seu internamento.
- iv. Nos termos das alíneas anteriores, cabe ao médico responsável comunicar às autoridades judiciais o resultado da sua avaliação, careça ou não de internamento ao abrigo da Lei de Saúde Mental. Essa informação deve também constar de forma inequívoca no processo clínico do doente que será enviado para a instituição de internamento.

- v. O abandono/fuga do utente deverá ser de imediato comunicado à PSP, que fará as diligências necessárias

E. Disposições Finais

O presente documento vigorará a partir de 2023, será divulgado a todos os intervenientes e revisto a cada 3 anos ou sob proposta da Direção Executiva do SNS, da Coordenação Nacional para as Políticas de Saúde Mental ou das unidades hospitalares.

Deliberação nº DE-SNS 016/2024, de 21/03/2024: Serviço de Urgência de Psiquiatria – Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.

No âmbito da reorganização dos serviços de urgência de Psiquiatria e por forma a garantir que sejam acautelados os cuidados de saúde nesta área, dar-se-á início ao funcionamento da Urgência de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.

De acordo com a proposta da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental e da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E., e nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P., sob proposta do Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde determina-se o seguinte:

- › Na Região de Lisboa e Vale do Tejo:
 - Urgência de Psiquiatria - Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.
 - Início de funcionamento - 25/03/2024
 - Local - Urgência do Hospital de Caldas da Rainha, Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.
- › Área de influência:
 - O Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E., passa a receber pessoas oriundas dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral, Peniche e Sobral de Monte Agraço;
 - As pessoas oriundas dos concelhos de Lourinhã, Cadaval e Torres Vedras continuam a ser referenciadas no âmbito da Urgência de Psiquiatria para a Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E. (até alargamento no número de camas de internamento por parte da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.);
- › Horário
 - O Serviço de Urgência de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E., passa a ter horário no período diurno (8-20h) - presença física, durante 5 dias (segunda a sexta-feira);
 - Período noturno e fins-semana:

- Os utentes oriundos dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral, Peniche e Sobral Monte Agraço deverão ser referenciados à Urgência Metropolitana de Lisboa (UML), localizada na Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E., (Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.);
 - Os utentes oriundos dos concelhos de Lourinhã, Cadaval e Torres Vedras deverão ser referenciados à UML da Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.
- › Data de efeitos
- Mais se determina que a presente deliberação produza efeitos a 25 de março de 2024.
- › Divulgação
- Do teor da presente deliberação deve ser dado conhecimento a todas as unidades locais de saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, bem como ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., (INEM), ao SNS 24 (SPMS) e aos Tribunais desta área de influência para efeitos de emissão de mandado de condução;
 - Deve ainda ser integrada a deliberação no site da DE-SNS e divulgada na comunicação social.

Operação Nascer em Segurança no SNS

Em virtude da necessidade de garantir o acesso aos cuidados de saúde a gestantes e recém-nascidos, é imperativo salvaguardar o funcionamento em rede de Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia/Blocos de Parto e garantir as respetivas respostas na área da Neonatologia /Pediatria. Nesse contexto, torna-se essencial observar os princípios da equidade, qualidade, acesso, humanização, segurança e previsibilidade dos cuidados prestados pelas instituições do SNS.

A carência de médicos de Ginecologia/Obstetrícia e de Neonatologia/Pediatria, que se verifica a nível internacional, à qual Portugal não é imune, e que de acordo com as previsões da Organização Mundial de Saúde se irá manter a médio prazo, obrigou a um planeamento complexo com vista a garantir a prontidão da resposta das maternidades e dos serviços de neonatologia do SNS. Nesse contexto, foi necessário ponderar as várias áreas de atuação, não apenas na resposta às situações de urgência ou dos partos, mas também às consultas externas, à atividade cirúrgica programada (incluindo a neoplásica), aos rastreios oncológicos ou à medicina da reprodução, entre outras.

Assim, desde o final do mês de dezembro de 2022, durante todo o ano de 2023, e, mais recentemente, nos primeiros cinco meses de 2024, foram implementadas as deliberações da DE-SNS, no âmbito da Operação 'Nascer em Segurança no SNS', promovendo a articulação entre instituições na mesma área geográfica e a integração dos planos de contingência, assegurando proximidade, com qualidade e segurança.

De forma a garantir as soluções de proximidade, com qualidade e segurança, baseadas na cooperação intersectorial, desde 1 de junho de 2023, sempre que a capacidade instalada do SNS na Região de Lisboa e Vale do Tejo esteve preenchida, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência Médica (CODU/INEM) pode orientar grávidas em trabalho de parto, com mais de 36 semanas de gestação, sem fatores de risco, diretamente para hospitais do setor privado.

Nesse sentido, sublinha-se que a capacidade do SNS, funcionando em rede, tem conseguido responder às necessidades, e nos casos pontuais, em que a capacidade está preenchida, e de forma a evitar deslocações para instituições mais distantes, privilegia-se a proximidade e opta-se pela disponibilidade e qualidade das entidades convencionadas, na defesa das parturientes.

Apesar de diversos desafios, a rede do SNS operou de forma eficaz, estabelecendo soluções com segurança e qualidade: todas as grávidas foram prontamente atendidas, os partos mais complexos foram realizados dentro do SNS e, salvo raras exceções devido a constrangimentos na utilização do sistema, a abordagem foi sempre próxima e segura. Nenhuma grávida ficou sem uma resposta, e todas grávidas de elevado risco, foram atendidas no SNS.

A avaliação do desempenho da Operação 'Nascer em Segurança no Serviço Nacional de Saúde' nos últimos dezassete meses, foi favorável, numa gestão complexa e exigente dos

recursos humanos disponíveis, em particular de médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia, e baseada em diferentes modelos de cooperação e de articulação interinstitucional e de gestão da rede do SNS, aplicando os princípios de uma gestão flexível e próxima dos problemas.

Tal visão é alicerçada no seguinte conjunto de fatores:

- › A Norma da Direção-Geral da Saúde, n.º 001/2023, de 27 de janeiro, sobre a 'Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério';
- › A Orientação Técnica da Direção-Geral da Saúde, n.º 002/2023, de 10 de maio, sobre 'Cuidados de saúde durante o trabalho de parto';
- › A avaliação da segunda fase projeto de reorientação de doentes com doença aguda não urgente, que decorre na ULS da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E., ao abrigo da Portaria n.º 438/2023, de 15 de dezembro e foi recentemente alargada para a ULS Gaia/Espinho, E.P.E., e a ULS Entre Douro e Vouga, E.P.E., por via da Portaria n.º 71/2024, de 27 de fevereiro, que evidencia um impacto positivo na qualidade da referenciação dos utentes com patologia aguda não urgente;
- › A manutenção da exigência na constituição das equipas e na elaboração dos mapas de urgência, baseada num esforço notável por parte dos profissionais, com grande significado para a rede do SNS. Destacando-se, portanto, essa generosidade dos profissionais e em especial a contínua disponibilidade dos médicos especialistas e internos em formação de Ginecologia/Obstetrícia, provenientes de vários hospitais, para apoiar instituições mais necessitadas no cumprimento das respetivas escalas. O espírito de serviço e compromisso dessas equipas, impulsionado também pela reorganização dos serviços e instituições de origem, continuará a ser altamente relevante e reconhecido;
- › O programa inovador de investimento em infraestruturas e equipamentos, que está em curso, visando requalificar 33 blocos de parto em todo o país, com um financiamento total de 27 milhões de equipamentos adquiridos. De referir também, que, como é público, de forma a mitigar possíveis impactos na resposta assistencial à população durante as obras, foram implementados planos de funcionamento alternativos em determinadas instituições, com vista a garantir a manutenção da resposta do SNS, através da concentração de soluções de proximidade e da garantia do acesso em articulação com instituições privadas, criando, desse modo, uma resposta integrada efetiva do sistema de saúde;
- › Os resultados da implementação do projeto-piloto de altas integradas das puérperas e recém-nascidos, às 24h pós-parto, com acompanhamento domiciliário, realizado na ULS Alto Minho, E.P.E., e na ULS São João, E.P.E., que evidencia ganhos em saúde e impacto na capacidade infraestrutural das maternidades envolvidas, nomeadamente no que concerne a disponibilidade de camas de internamento;
- › A experiência positiva da implementação do modelo de serviços de urgência noturna referenciada, para encaminhamento pelo INEM/SNS 24 – Centro de Contacto do SNS, durante o primeiro trimestre de 2024, de acordo com os

princípios plasmados na Deliberação DE-SNS n.º 215/2023, de 31 de dezembro, na ULS Amadora/Sintra, E.P.E., e na ULS Lisboa Ocidental, E.P.E., que permitiu manter a capacidade de resposta às utentes. Esta análise torna-se evidente pelo número de partos destas instituições, durante os primeiros meses de 2024, que foi semelhante ou superior ao período homólogo de 2023. Conclui-se, portanto, que este modelo inovador, assegurou maior previsibilidade às utentes do SNS, permitiu uma gestão mais eficiente dos recursos humanos disponíveis através de equipas clínicas mais coesas, focadas nas situações realmente urgentes encaminhadas pelo INEM/SNS 24, mantendo o acesso.

Neste contexto, foi decidida preparar a próxima fase do plano da Operação 'Nascer em Segurança no SNS', com vista a planear e organizar as bases de uma estratégia, em rede, de abordagem sistémica, que permita soluções sustentadas, com segurança e qualidade para as grávidas, crianças e suas famílias, bem como para os profissionais, instituições e SNS.

Fundamentalmente, as alterações estudadas visam alargar o sistema de urgência referenciada, nos períodos noturnos, a outras instituições da Região de Lisboa e Vale do Tejo, e desta forma poder aumentar a resposta em termos de blocos de partos e situações urgentes do foro ginecológico, através da referência via INEM/SNS 24, evitando sobrecarga dos blocos de parto e incrementando a proximidade das soluções. Esta nova dinâmica de funcionamento alinha-se com os princípios orientadores da experiência prévia das ULS Amadora/Sintra, E.P.E., e ULS Lisboa Ocidental, E.P.E.

As convenções com hospitais do setor privado da Região de Lisboa e Vale do Tejo, continuarão a vigorar, complementando a capacidade de resposta em termos de blocos de parto em alturas de picos, numa rede integrada, com gestão pelo INEM/CODU, permitindo uma resposta de proximidade, com capacidade para os eventuais aumentos de procura, numa lógica de cooperação multisectorial no sistema de saúde.

O alargamento do modelo de funcionamento referenciado constitui uma opção estratégica com vista à otimização dos recursos humanos disponíveis, simultaneamente garantindo uma resposta previsível e segura às utentes.

No entanto, de acordo com a Deliberação Nº 017/2024, de 31 de março, considerou-se prudente a manutenção do esquema que funcionou no primeiro trimestre de 2024, durante o mês de abril, procedendo-se a eventuais alterações ao plano da Operação 'Nascer em Segurança no SNS' posteriormente. Nesse contexto, foram submetidas à consideração da tutela propostas de medidas estruturantes de evolução dos modelos de funcionamento de diversos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia/Bloco de Partos e dos Serviços/Unidades de Neonatologia do SNS, nomeadamente nas regiões Centro e de Lisboa e Vale do Tejo.

Face à complexidade técnica associada às alterações propostas e à necessidade da sua avaliação detalhada pela tutela num contexto de transição da liderança da DE-SNS, considera-se, mais uma vez, avisada a manutenção temporária do modelo em vigor,

durante o mês de maio, com exceção de alterações pontuais e inadiáveis referentes às instituições situadas na Península de Setúbal, até existir uma decisão estratégica sobre o futuro deste modelo de funcionamento.

Deliberações da 'Operação Nascer em segurança no SNS'

De notar que desde dezembro de 2022, se começou a trabalhar numa rede nacional do SNS, com informação atempada e transparente, centralizada na DE-SNS, algo que nunca tinha acontecido até esta data.

Pela primeira vez era público, para todo o país, as respostas em saúde de cada uma das instituições, sendo que na sua génese estava um envolvimento profundo com os profissionais, uma estratégia de articulação na mesma área geográfica, aproveitando a complementaridade e parceria na rede do SNS, com o apoio na referenciação do SNS 24 e do CODU/INEM, permitindo respostas sustentadas, centradas nos utentes.

Esta estratégia promoveu uma integração eficaz dos planos de contingência, o que resultou numa melhoria da proximidade, qualidade e segurança dos serviços prestados. Foi uma medida importante para assegurar que a rede de serviços respondesse de forma coordenada às necessidades das grávidas e recém-nascidos, especialmente durante os períodos críticos.

A visão passava por evitar encerramentos definitivos dos blocos de parto, essenciais nas respostas do SNS, imprescindíveis para a formação e investigação, críticos na fixação de profissionais e com a certeza de que as alternativas existentes não tinham condições de assegurar na plenitude as respostas desejadas.

Foram implementadas desde logo um conjunto de medidas que visavam a contratação e a fixação de mais médicos especialistas, o investimento em infraestruturas e equipamentos médicos diferenciados, e uma capacidade única de funcionamento em rede, que assegurasse segurança e qualidade, por vezes utilizando a medida de encerramentos temporários rotativos, e mais tarde complementado com o conceito de urgências referenciadas, conceitos inovadores na gestão dos planos de contingência do SNS.

De forma disruptiva era possível a sociedade escrutinar as decisões e a consistência das mesmas, em tempo real. Em mais de 40 anos do SNS, parece estranho, mas foi a primeira vez que tal aconteceu.

As múltiplas deliberações neste âmbito, foram sempre tomadas após intenso diálogo com os profissionais, na procura das melhores soluções técnicas, que eram publicadas no site, de forma a não existir qualquer dúvida ou tentativa de manipulação da informação.

Deliberação nº DE-SNS 016/2022	Data 19/12/2022	Sumário Articulação entre o Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E., o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. e o Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., no âmbito do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e Serviço/Unidade de Neonatologia

Deliberação nº DE-SNS 017/2022	Data 19/12/2022	Sumário Articulação entre o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E., o Hospital Garcia de Horta, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., no âmbito do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e Serviço/Unidade de Neonatologia

Deliberação nº DE-SNS 018/2022	Data 19/12/2022	Sumário Articulação entre o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central E.P.E., o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., o Hospital Beatriz Ângelo, E.P.E. e o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E., no âmbito do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e Serviço/Unidade de Neonatologia

Deliberação nº DE-SNS 040/2023	Data 28/03/2023	Sumário Operação Nascer em Segurança no Serviço Nacional de Saúde – Região de Lisboa e Vale do Tejo – abril/maio de 2023

Deliberação nº DE-SNS 050/2023	Data 25/05/2023	Sumário Operação Nascer em Segurança no Serviço Nacional de Saúde – Região de Lisboa e Vale do Tejo – junho/setembro de 2023

De sublinhar que o plano era depois acompanhado de forma diária, entre as instituições, a DE-SNS e o CODU/INEM, de forma a resolver os problemas que iam sendo identificados, num clima de abertura e interajuda.

Nos blocos de parto que tiveram de encerrar provisoriamente para obras, foram elaborados planos de contingência, com outras unidades, de forma a poder manter respostas consistentes para as grávidas e dar previsibilidade ao sistema. Um desses exemplos foi o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.:

Protocolo nº DE-SNS 01/2023, de 25/07/2023: Protocolo de Colaboração para a resposta assistencial nas áreas da Ginecologia/Obstetrícia e Neonatologia, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. nas instalações do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.

Considerando o facto de:

- 1. Pelo impacto que possui nas grávidas e recém-nascidos, a rede de serviços de Ginecologia/Obstetrícia, bem como as respostas estruturadas de Neonatologia, merecerem atenção prioritária, sendo essencial a salvaguarda dos princípios da equidade, qualidade, acesso, humanização, segurança e previsibilidade dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde (SNS);*
- 2. O Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o novo Estatuto do SNS, ter criado a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.), a qual tem por missão coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde, conforme determina o n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, I. P.*
- 3. Nestes termos, são atribuições da DE-SNS, I. P., entre outras, a coordenação da resposta assistencial no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a garantia da melhoria contínua do acesso ao SNS identificando, em coordenação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), os recursos financeiros necessários ao SNS, e procedendo à respetiva alocação;*
- 4. No âmbito do cumprimento destas atribuições, a DE-SNS, I. P., propôs a implementação de diversas medidas de melhoria da resposta assistencial do SNS na área da Ginecologia/Obstetrícia, nomeadamente a necessidades de requalificação de infraestruturas e equipamentos nos blocos de parto das unidades de saúde do*

SNS, de modo a permitir um elevado nível de qualidade e segurança na prestação de cuidados e a compatibilização com as melhores tecnologias e práticas clínicas.

- 5. A própria evolução da sociedade e das expectativas das pessoas, que pretendem um acompanhamento de maior proximidade durante o processo de prestação de cuidados, nomeadamente no período da gravidez e do parto, exige a transformação destas instalações, de modo a permitir a presença de acompanhantes e uma melhoria contínua do serviço prestado, assegurando a máxima segurança às grávidas e recém-nascidos.*
- 6. Pela publicação do Despacho n.º 557/2023, de 5 de janeiro, publicado no DRE, 2.ª C, de 11 de janeiro, o Ministério da Saúde ter criado uma linha de financiamento específica com vista à qualificação e capacitação dos Blocos de Partos do SNS, nomeadamente no que concerne as suas infraestruturas e respetivos equipamentos;*
- 7. A candidatura submetida pelo CHULN à linha de financiamento publicada através do Despacho n.º 557/2023, de 5 de janeiro, publicado no DRE, 2.ª C, de 11 de janeiro, ter sido considerada não só pertinente, como estratégica para a qualificação e garantia da resposta assistencial na região de Lisboa e Vale do Tejo, merecendo, portanto, a atribuição do maior volume de financiamento atribuído a nível nacional;*
- 8. A linha especial de financiamento consagrada pelo Despacho 557/2023, de 5 de janeiro, publicado no DRE, 2.ª C, de 11 de janeiro ter por base as verbas disponíveis previstas na Lei do Orçamento de Estado para 2023, devendo as verbas atribuídas ao abrigo da mesma ser executadas, de forma prioritária e relevante, durante o ano 2023;*
- 9. Pelas suas características, abrangência de serviços e espaços, impacto assistencial, disrupção de processos e duração, a execução da intervenção de requalificação e ampliação do SU de Ginecologia e Obstetrícia e Bloco de Partos inviabilizar a manutenção da prestação de cuidados de saúde às grávidas e recém-nascidos em segurança e condições de trabalho dignas aos profissionais de saúde;*
- 10. O recurso a infraestruturas provisórias, tais como contentores, não ser a abordagem mais adequada e que reúna as condições de dignidade e qualidade de cuidados às grávidas e recém-nascidos pelas quais o SNS se deve pautar;*
- 11. Existir, a aproximadamente 10km de distância do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de São Francisco Xavier, uma infraestrutura materno-infantil de alta qualidade e modernidade, inicialmente projetada para um volume de mais de 4000 partos/ano, e atualmente subutilizada, com um volume de partos/ano consideravelmente reduzido face à capacidade infraestrutural disponível;*

E tendo em vista a concretização de todas as determinações contidas no articulado da Deliberação nº DE-SNS 050/2023, em termos da Operação 'Nascer em Segurança no SNS', nomeadamente a concentração das equipas de suporte ao Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e Blocos de Partos durante o período de julho a setembro, assim como a execução atempada dos fundos atribuídos no contexto do Despacho 557/2023, de 5 de janeiro, publicado no DRE, C, de 11 de Janeiro foi celebrado o protocolo de afiliação entre o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., representado pela Presidente do Conselho de Administração, Professora Doutora Ana Paula Martins, e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., representado pela Presidente do Conselho de Administração, Dra. Rita Perez Fernandez da Silva.

O protocolo teria como objeto formalizar a colaboração entre ambas as instituições, que permita a concentração temporária, parcial ou total da capacidade assistencial das áreas da Ginecologia/Obstetrícia e Neonatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. nas instalações do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., edifício materno Infantil do Hospital de São Francisco Xavier.

1. As partes acordaram em colaborar, articular e concentrar recursos nas seguintes áreas:

a) Equipas de Profissionais;

b) Equipamentos e Infraestruturas;

c) Protocolos e procedimentos.

e) Manutenção de capacidade de resposta adequada às necessidades de maior complexidade e diferenciação da rede de Ginecologia e Obstetrícia do SNS na região de Lisboa e Vale do Tejo.

2. O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., comprometeram-se a elaborar, mensalmente, escalas assistenciais e alocação de recursos humanos de forma regular, conjunta e integrada, de acordo com a respetiva capacidade instalada, salvaguardando sempre as recomendações técnicas legais e as devidas condições de segurança e qualidade nos serviços prestados às grávidas, puérperas, recém-nascidos e doentes com patologia ginecológica.

3. O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., comprometeram-se a elaborar um plano conjunto de adaptação da capacidade infraestrutural da ala materno infantil dos Hospital de São Francisco Xavier, assim como de partilha e eventual aquisição de equipamento e material consumível acrescido de modo a fazer face à concentração e aumento do volume

assistencial derivado da concentração de recursos e utentes na maternidade do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.

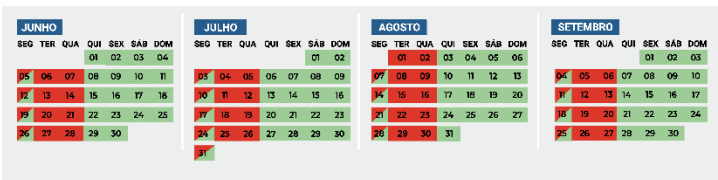
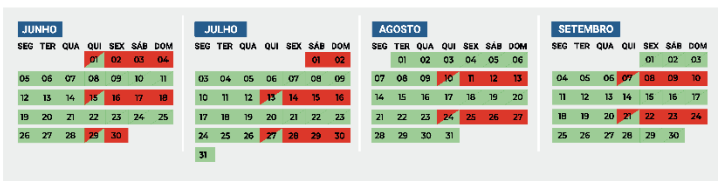
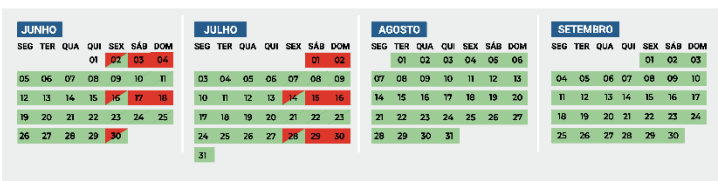
4. O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., comprometeram-se a alinhar os respetivos protocolos e procedimentos de forma a garantir consistência e segurança nos cuidados prestados pelas equipas a exercer a sua atividade nas instalações do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.

5. O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., comprometeram-se fazer um planeamento e gestão conjunta dos seus recursos nas áreas da Ginecologia/Obstetrícia e Neonatologia de forma a manter capacidade de resposta a casos de elevado nível de complexidade da rede do SNS, dispondo para esse fim de todos os instrumentos previstos pela "Operação Nascer em Segurança no SNS".

Desde a conceção da operação, foi colocada uma ênfase particular na estratégia de comunicação que orientasse de forma efetiva as gestantes, transmitindo tranquilidade à população. Para além da elaboração e divulgação de materiais informativos com a representação gráfica dos dias e formas de funcionamento de cada Serviço de Urgência de Ginecologia/ Obstetrícia/ Bloco de Partos, foi promovida ativamente a utilização de estruturas como o SNS 24 – Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde – e o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, que têm sido essenciais para a triagem e orientação das grávidas para as unidades de saúde mais apropriadas, cujos algoritmos foram ajustados e refinados sempre que necessário, baseando-se em fatores como a proximidade geográfica, a diferenciação das respostas e a capacidade hospitalar.

SERVIÇO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA E BLOCOS DE PARTOS
REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO 3/4

**Serviços
relocalizados**



Deliberação nº DE-SNS 215/2023	Data 31/12/2023	Assunto: Rede de Serviços de Urgência de Ginecologia / Obstetrícia LVT – 1º Trimestre de 2024
Deliberação nº DE-SNS 017/2024	Data 31/03/2024	Assunto: Serviços de Urgência de Ginecologia / Obstetrícia – abril de 2024
Deliberação nº DE-SNS 022/2024	Data 29/04/2024	Assunto: Serviços de Urgência de Ginecologia / Obstetrícia – maio de 2024

Importa referir que, apesar dos encerramentos dos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia/Blocos de Partos, houve um aumento do número total de partos no SNS no ano de 2023. Em simultâneo e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, verificou-se uma diminuição da mortalidade infantil no país (de 2,6 para 2,5 óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade por cada 1000 nados-vivos) no ano de 2023, reforçando a segurança e qualidade da resposta às grávidas e recém-nascidos em Portugal.

A 'Operação Nascer em Segurança no SNS', revelou-se segura.

A implementação do modelo de urgência referenciada nos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia/Blocos de Partos da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E., e da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E., foi acompanhada de um processo de monitorização de indicadores específicos. Constatou-se que em ambas as ULS cresceu o número total de partos no primeiro trimestre de 2024, em comparação com o período homólogo de 2023, aumentou a consistência no acesso e na capacidade de receção de utentes referenciadas pelo SNS 24 e INEM, melhorando a satisfação das utentes e dos profissionais.

Nesse sentido, estava planeado com várias instituições a implementação deste modelo a partir de maio de 2024, nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. O alargamento para estas instituições permitiria assegurar maior previsibilidade às utentes do SNS, uma gestão mais eficiente dos recursos humanos disponíveis e manutenção do acesso das situações realmente urgentes.

SERVIÇOS DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA E BLOCOS DE PARTOS DO SNS

1º TRIMESTRE 2024

TOTAL NACIONAL

43



URGÊNCIAS
ABRANGIDAS



28 ✓

URGÊNCIAS SNS
EM FUNCIONAMENTO
ININTERMITENTE

02 ☎

URGÊNCIAS
REFERENCIADAS

08 ✕

URGÊNCIAS COM
DIAS DE PAUSA

02 🏠

URGÊNCIA DE
GINECOLOGIA

03 🏥

URGÊNCIAS
SETOR PRIVADO

Reorganização dos Serviços de Urgência de Pediatria

A DE-SNS, desde a sua criação, tem vindo a tomar medidas no sentido de organizar o funcionamento em rede do SNS, melhorando a organização e a articulação das unidades, e promovendo a melhoria do funcionamento dos serviços de urgência pediátrica (SUP).

A carência de médicos de Pediatria que se verifica a nível internacional, à qual Portugal não é imune, e que de acordo com as previsões da Organização Mundial de Saúde se irá manter a médio prazo, obrigou a um planeamento complexo com vista a garantir a prontidão da resposta dos SUP do SNS, num sistema em rede, garantindo proximidade e segurança. Nesse contexto, foi necessário encetar medidas estruturais que conseguissem concentrar recursos e desenvolver soluções inovadoras para a alocação e uso eficiente dos recursos humanos disponíveis.

Nesse contexto, desde há mais de um ano, a DE-SNS iniciou um processo de avaliação e reorganização do SNS, nomeadamente na resposta à doença aguda, incluindo os SUP. Este processo decorreu com base no envolvimento dos profissionais de saúde para o desenvolvimento da estratégia de reorganização dos SUP e com várias entidades, incluindo a Unidade Técnica Operacional para Avaliação da Reorganização dos Serviços de Urgência de Pediatria Médica na área de Lisboa e Vale do Tejo (UTO-SUPM-LVT), a Comissão Executiva para a Organização das Urgências Metropolitanas de Lisboa e Porto (CE-UrgMET), da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT), e das atuais Unidades Locais de Saúde (ULS) da Região de Leiria, ULS Médio Tejo, ULS Lezíria, ULS Oeste, ULS Estuário do Tejo, ULS Loures-Odivelas, ULS Amadora/Sintra, ULS Lisboa Ocidental, ULS São José, ULS Santa Maria, ULS Arco Ribeirinho, ULS Almada-Seixal, ULS Arrábida e da Parceria Público-Privada do Hospital de Cascais.

A estratégia inicial de reorganização dos Serviços de Urgência de Pediatria focou-se nos SUP das instituições da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e resultou de longas semanas de trabalho, com os profissionais, no sentido da construção de respostas que visavam assegurar a proximidade e o acesso da população ao SNS.

Em função do bom desempenho dessa estratégia inicial, a DE-SNS manteve a visão do plano durante as várias fases, culminando na publicação da Deliberação DE-SNS 216/2023, de 31 de dezembro, relativa ao primeiro trimestre de 2024.

Neste contexto, concluiu-se que será benéfico prosseguir com os princípios de concentração de recursos e reforço do trabalho em rede, estabelecidos desde o início de 2023. De sublinhar também:

- › A avaliação da segunda fase do projeto de reorientação de doentes com doença aguda não urgente, que decorre na ULS Póvoa do Varzim/Vila do Conde, ao abrigo da Portaria n.º 438/2023, de 15 de dezembro que foi recentemente alargada para a ULS Gaia/Espinho e a ULS Entre Douro e Vouga, por via da

Portaria n.º 71/2024, de 27 de fevereiro, e que evidencia um impacto positivo na qualidade da referência dos utentes com patologia aguda não urgente;

- › O impacto positivo nos utentes, famílias e equipas de profissionais, da experiência do modelo de SUP referenciada, realizado durante o primeiro trimestre de 2024 na ULS Amadora/Sintra, que deverá ser alargado a outras instituições do SNS.

No entanto, de acordo com a deliberação Nº 018/2024, de 31 de março, considerou-se prudente a manutenção do esquema que funcionou no primeiro trimestre de 2024, durante o mês de abril, procedendo-se a eventuais alterações ao plano de funcionamento dos Serviços de Urgência de Pediatria do SNS posteriormente. Nesse contexto, foram submetidas à consideração da tutela propostas de medidas estruturantes de evolução dos modelos de funcionamento de diversos Serviços de Urgência de Pediatria do SNS, das quais se destacou o eventual alargamento do modelo de funcionamento referenciado enquanto opção estratégica com vista à otimização dos recursos humanos disponíveis, simultaneamente garantindo uma resposta previsível e segura às utentes.

Face à complexidade técnica associada às alterações propostas e à necessidade da sua avaliação detalhada pela tutela num contexto de transição da liderança da DE-SNS, considera-se, mais uma vez, avisada a manutenção temporária do modelo em vigor, com exceção de alterações pontuais e inadiáveis referentes às instituições situadas na Península de Setúbal, até existir uma decisão estratégica sobre o futuro deste modelo de funcionamento.

Desta forma, tendo em vista assegurar a previsibilidade e segurança do funcionamento dos Serviços de Urgência de Pediatria do SNS, determinou-se manter, na globalidade, o esquema de funcionamento dos Serviços de Urgência de Pediatria do SNS que vigorou nos primeiros quatro meses de 2024, até 31 de maio de 2024, de acordo com as seguintes dimensões:

- › *Literacia em saúde*: necessidade de reforço da estratégia sobre prevenção da doença e autocuidados, aumentando o conhecimento dos cidadãos das medidas a tomar no âmbito da doença aguda, reduzindo a utilização inapropriada dos serviços de saúde;
- › *Centro de Contactos do SNS* (SNS 24): Necessidade do desenvolvimento de campanhas que visam promover a cultura da utilização do SNS24, antes da procura ativa de cuidados nas instituições de saúde;
- › Implementação dos novos protocolos e algoritmos de decisão do SNS24, resultantes do trabalho da equipa criada com vista à sua atualização, que integra profissionais dos cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares, Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) e a DE-SNS;
- › A continuidade do trabalho conjunto que está a ser desenvolvido com várias instituições do SNS, com o objetivo de estabelecer as condições clínicas,

tecnológicas, comunicacionais e processuais, necessárias à implementação das urgências referenciadas;

- › *Cuidados de Saúde Primários*: importância das equipas de saúde familiar possuírem capacidade para atendimentos não programados, no âmbito da doença aguda de recém-crianças e adolescentes, através do reforço de recursos e de organização de cuidados para responderem às necessidades;
- › *Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.*: necessidade de aumento da literacia no uso do 112, integrando as alterações na rede nos algoritmos de ativação dos meios do INEM, tendo como objetivo proporcionar melhores respostas para os casos urgentes/emergentes;
- › *Consultas hospitalares para doença aguda*: necessidade do reforço das respostas no ambulatório, para as agudizações dos doentes crónicos;
- › *Serviço de Urgência Pediátrica*: Necessidade de captação e fixação de especialistas e internos de formação específica de pediatria, criando condições de diferenciação e valorização do desempenho, bem como de equilíbrio com a vida familiar, evitando o recurso exagerado ao trabalho suplementar;
- › Desenvolvimento de projetos que visem criar equipas dedicadas ao serviço de urgência pediátrica, nomeadamente através de Centros de Responsabilidade;
- › Otimização do transporte inter-hospitalar, através do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, quer em termos clínicos, quer em termos da articulação entre os pontos da rede, nomeadamente na transmissão efetiva de informação e na coordenação de vagas;
- › Importância da procura pelo serviço de urgência hospitalar apenas para as situações referenciadas, com potencial gravidade;
- › Necessidade de uma rede sustentável, cujo desempenho seja previsível, que garanta acesso e proximidade, mantendo a qualidade e segurança;
- › Reorganização da rede do SNS, utilizando as melhores práticas europeias, em termos da resposta à doença aguda;
- › Construção de respostas que não sejam fixas, mas que variem com a procura e a sazonalidade das patologias, com maior impacto no período de inverno.

De notar que desde o início do ano de 2023, se começou a trabalhar numa rede nacional de SUP no SNS, com informação atempada e transparente, centralizada na DE-SNS, algo que nunca tinha acontecido até esta data.

Pela primeira vez era público, para todo o país, as respostas em saúde de cada uma das instituições, sendo que na sua génese estava um envolvimento profundo com os profissionais, uma estratégia de articulação na mesma área geográfica, aproveitando a complementaridade e parceria na rede do SNS, com o apoio na referência do SNS 24 e do CODU/INEM, permitindo respostas sustentadas, centradas nos utentes.

Esta estratégia promoveu uma integração eficaz dos planos de contingência, o que resultou numa melhoria da proximidade, qualidade e segurança dos serviços prestados. Foi uma medida importante para assegurar que a rede de serviços respondesse de forma

coordenada às necessidades das crianças e adolescentes, especialmente durante os períodos críticos.

Foram implementadas desde logo um conjunto de medidas que visavam a contratação e a fixação de mais médicos especialistas, o investimento em infraestruturas e equipamentos médicos diferenciados, e uma capacidade única de funcionamento em rede, que assegurasse segurança e qualidade, por vezes utilizando a medida de encerramentos temporários rotativos, e mais tarde complementado com o conceito de urgências referenciadas, conceitos inovadores na gestão dos planos de contingência do SNS.

De forma disruptiva era possível a sociedade escrutinar as decisões e a consistência das mesmas, em tempo real. Em mais de 40 anos do SNS, parece estranho, mas foi a primeira vez que tal aconteceu.

As múltiplas deliberações neste âmbito, foram sempre tomadas após intenso diálogo com os profissionais, na procura das melhores soluções técnicas, que eram publicadas no site, de forma a não existir qualquer dúvida ou tentativa de manipulação da informação.

De sublinhar que o plano era depois acompanhado de forma diária, entre as instituições, a DE-SNS e o CODU/INEM, de forma a resolver os problemas que iam sendo identificados, num clima de abertura e interajuda.

Deliberação nº DE-SNS 035/2023	Data 12/03/2023	Sumário Serviços de Urgência de Pediatria na Região de Lisboa e Vale do Tejo
Deliberação nº DE-SNS 060/2023	Data 15/06/2023	Sumário Serviços de Urgência de Pediatria na Região de Lisboa e Vale do Tejo – julho a setembro /2023
Deliberação nº DE-SNS 216/2023	Data 31/12/2023	Assunto: Rede de Serviços de Urgência de Pediatria – 1º trimestre de 2024
Deliberação nº DE-SNS 018/2024	Data 31/03/2024	Assunto: Serviços de Urgência de Pediatria - abril de 2024

Deliberação nº
DE-SNS 021/2024

Data
29/04/2024

Assunto: Serviços de Urgência de Pediatria -
maio de 2024

SERVIÇOS DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA SNS VERÃO 2023

SERVIÇOS DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA MÉDICA REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO 3/4

 Serviços com
funcionamento
diurno e noturno

 Serviços com
funcionamento
diurno

 Serviços com
constrangimentos

Lisboa | CHU Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria
Urgência em funcionamento pleno.

JULHO							AGOSTO							SETEMBRO						
SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
					01	02												01	02	03
03	04	05	06	07	08	09	07	08	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08	09	10
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
31																				

Lisboa | CH Lisboa Ocidental, Hospital S. Francisco Xavier
Urgência em funcionamento diurno.*

JULHO							AGOSTO							SETEMBRO						
SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
					01	02												01	02	03
03	04	05	06	07	08	09	07	08	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08	09	10
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
31																				

*Serviço de Urgência encerra às 22h.

Lisboa | CHU Lisboa Central, Hospital D. Estefânia
Urgência em funcionamento pleno.

JULHO							AGOSTO							SETEMBRO						
SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
					01	02												01	02	03
03	04	05	06	07	08	09	07	08	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08	09	10
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
31																				

Almada | Hospital Garcia de Orta
Urgência em funcionamento pleno.

JULHO							AGOSTO							SETEMBRO						
SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
					01	02												01	02	03
03	04	05	06	07	08	09	07	08	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08	09	10
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
31																				

Desde a concepção da operação, foi colocada uma ênfase particular na estratégia de comunicação que orientasse de forma efetiva os pais, transmitindo tranquilidade à população. Para além da elaboração e divulgação de materiais informativos com a representação gráfica dos dias e formas de funcionamento de cada SUP, foi promovida ativamente a utilização de estruturas como o SNS 24 – Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde – e o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, que têm sido essenciais para a triagem e orientação das crianças e adolescentes para as unidades de saúde mais apropriadas, cujos algoritmos foram ajustados e refinados sempre que necessário, baseando-se em fatores como a proximidade geográfica, a diferenciação das respostas e a capacidade hospitalar.

SERVIÇOS DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA SNS VERÃO 2023

SERVIÇOS DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA MÉDICA



Na Deliberação do primeiro trimestre de 2024 foi introduzida uma inovação organizacional no SUP da ULS Amadora/Sintra, E.P.E. A SUP do Hospital Fernando da Fonseca, tem uma média de admissões anuais de 60.000 episódios, sendo a segunda maior na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Considerando o Protocolo de Triagem, mais de 70% dos atendimentos na SUP, são triados como pouco urgente ou não urgente (prioridades verde ou azul).

Foi num contexto de elevada procura pelo SUP por doentes não urgentes, agravado por limitações de recursos humanos médicos que a instituição foi forçada a encerrar o serviço no período noturno, a 1 de novembro de 2023.

Considerando o contexto, foi proposta uma reorganização inovadora do funcionamento desta urgência hospitalar que deveria estar vocacionada para a observação de utentes referenciados e com níveis de prioridade mais elevados.

Assim, a DE-SNS desencadeou a criação de um projeto-piloto com o objetivo de criar uma Urgência de Pediatria Referenciada nos concelhos de Amadora e de Sintra, tendo sido iniciada a 6 de fevereiro de 2024.

O projeto baseou-se nos seguintes moldes:

1. Urgência Pediátrica aberta ao exterior das 8h00-20h00;
2. Urgência Pediátrica Referenciada das 20h00-8h00, acessível apenas via SNS 24, INEM/ CODU, Utentes com necessidade de reanimação, e Utentes provenientes de outras instituições com referência médica (Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Setor Privado ou Social);
3. Adicionalmente, foi criada uma Consulta de Doença Aguda na ULS, com resposta em menos de 24 horas, para doentes triados pelo SNS 24 como não urgentes. O agendamento da consulta de doença aguda é feito durante o contacto telefónico efetuado pelo utente com o SNS 24, sendo desde logo marcada com hora determinada a consulta no dia seguinte, que é efetuada por pediatras.

 ULS Amadora/Sintra

**Antes de levar
o seu filho
à urgência
pediátrica
ligue sempre**



808 24 24 24

Entre as 20h e as 08h,
após triagem, terá uma
consulta em 24 horas.

fevereiro 2024



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



A implementação do modelo de SUP referenciada foi acompanhada de um processo de monitorização de indicadores específicos. Constatou-se que aumentou a consistência no acesso e na capacidade de receção de utentes referenciadas pelo SNS 24 e INEM, melhorando a satisfação das utentes e dos profissionais.

Nesse sentido, estava planeado com várias instituições a sua implementação deste modelo, a partir de maio de 2024, nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. O alargamento para estas instituições permitiria assegurar maior previsibilidade às crianças e adolescentes do SNS, uma gestão mais eficiente dos recursos humanos disponíveis e manutenção do acesso das situações realmente urgentes.

Plano de Contingência para os Serviços de Urgência – 2º semestre de 2023

O SNS atravessou um período crítico da sua existência. Este contexto resultou de diversas condicionantes, tais como a escassez de recursos humanos na área da saúde, experienciada a nível mundial, o recurso excessivo pelos portugueses a cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar e a elevada dependência histórica do recurso a trabalho extraordinário, por parte dos profissionais de saúde, para assegurar o funcionamento dos diferentes pontos da rede de Serviços de Urgência (SU).

A indisponibilidade manifestada por um número relevante de médicos para a realização de trabalho extraordinário, em função do elevado esforço a que têm estado sujeitos, colocou em causa o modelo de funcionamento dos SU, tornou necessária uma reorganização da resposta, de forma a assegurar o acesso, defender a equidade, manter a segurança e promover a eficiência no contexto da prestação de cuidados urgentes e emergentes.

Ao longo do ano de 2023, especialmente no segundo semestre, a DE-SNS, acompanhou a situação com preocupação e organizou de forma ativa as respostas assistenciais, sempre em estreita articulação com os profissionais e equipas do terreno, assim como com as lideranças clínicas e de gestão das instituições hospitalares das Regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

No âmbito das suas atribuições na gestão do SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica), o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM), desempenhou um papel fundamental para mitigar os efeitos negativos potenciais desta situação, garantindo que limitações e constrangimentos de resposta a nível local fossem ultrapassados através do reforço da colaboração entre diferentes unidades hospitalares, assegurando proximidade, segurança e a diferenciação adequada. Também os seus parceiros no SIEM, designadamente os Corpos de Bombeiros e a Cruz Vermelha Portuguesa, contribuíram de forma decisiva para uma resposta de proximidade às populações mais afetadas, não negando esforços para encurtar a distância a que essas populações se encontram da resposta mais adequada que o SNS, apesar da atual conjuntura, continua a garantir.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), através da Linha SNS24, desempenharam um papel crucial na gestão da procura de cuidados de saúde, e na informação à população quanto às atitudes adequadas a adotar em caso de necessidade de acesso a cuidados de saúde.

Neste contexto, com o desígnio de coordenação da resposta assistencial e a garantia da melhoria contínua do acesso, e de forma a mitigar limitações indesejáveis de acesso a cuidados de saúde pelos cidadãos e promover a previsibilidade e segurança nos serviços prestados, cabe à DE-SNS assegurar a gestão da rede do SNS, pelo que se determinou a reorganização temporária do modelo de funcionamento da resposta assistencial e o

reforço da articulação entre as diversas instituições do SNS, de acordo com os seguintes pressupostos:

1. Os doentes, devem sempre que possível, em caso de doença aguda, ligar previamente para o SNS24 (808 242 424) e cumprir com as orientações recebidas. Nas situações de urgência ou emergência deverão contactar o 112, que encaminhará a chamada para o INEM.
2. Face às condicionantes da situação atual, poderão verificar-se constrangimentos acrescidos no acesso aos serviços de urgência, com principal impacto nos casos menos graves.
3. Os cuidados de saúde primários devem reorganizar-se e assegurar períodos de atendimento não programado, para doentes com patologia aguda, nomeadamente enviados pelo SNS24.
4. Os cuidados de saúde hospitalares, devem reforçar as respostas para os casos de agudização de doentes crónicos, já seguidos nas respetivas unidades hospitalares, seja em consulta não programada, hospital de dia ou hospitalização domiciliária.
5. As redes de referência hospitalares e as urgências metropolitanas/regionais mantêm-se em vigor, com as alterações temporárias e limitadas que este documento encerra.
6. Os hospitais devem, sempre que existirem condicionalismos na escala de uma especialidade, promover a reorganização das equipas tendo em conta: A maximização da resposta aos doentes da urgência externa;
7. A coordenação com as outras unidades do mesmo eixo de referência, através da DE-SNS e do INEM, de forma a minimizar períodos de indisponibilidade simultânea na mesma área geográfica;
8. A atividade programada deve ser, quando necessário, reprogramada, sem prejudicar os utentes.
9. Devem os SU priorizar a receção/admissão/triagem dos doentes transportados em ambulâncias e encaminhados pelos CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes) do INEM, no contexto do SIEM, de forma a libertar rapidamente os meios para resposta a novas ocorrências.
10. Quando as equipas de uma determinada especialidade estiverem limitadas, devem priorizar as atividades assistenciais no contexto da urgência interna e externa, contribuindo para a orientação dos doentes com maior gravidade/prioridade, nomeadamente no que diz respeito à estratégia diagnóstica, terapêutica, definição

de prognóstico e acompanhamento. Esta priorização traduz-se nomeadamente por, em estreita colaboração com o Chefe de Equipa de Urgência: Participar ativamente na estabilização clínica de doentes em situação de emergência com risco iminente de vida ou de órgão;

11. Garantir o apoio às Vias Verdes (AVC, Coronária, Sépsis, Trauma) nos termos da organização interna de cada unidade e nas normas nacionais em vigor;
12. Garantir a receção, orientação e acompanhamento clínico, de doentes admitidos no internamento a partir da urgência externa ou por transferência de outro hospital, após estabilização clínica;
13. Nas áreas cirúrgicas, manter uma resposta às situações urgentes menos complexas, que não necessitem potencialmente de intervenção cirúrgica em bloco operatório, de acordo com a organização interna de cada hospital;
14. Assegurar a avaliação, diagnóstico e capacidade de intervenção cirúrgica em doentes em situação de emergência, com risco iminente de vida ou de órgão;
15. No caso de ser necessário o transporte do doente para outra unidade hospitalar, assegurar a capacidade de avaliação, triagem, e discussão com as equipas do hospital de referência, bem como contribuir para que seja realizado o transporte do doente em condições de segurança. Deverão ser cumpridas as orientações do Guia do Transporte do Doente Crítico.
16. Devem as unidades hospitalares priorizar o contributo para as escalas de emergência pré-hospitalar, garantindo assim em cada momento o funcionamento das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação 24/24h.
17. Ao INEM compete a orientação pré-hospitalar dos doentes urgentes/emergentes para o SU mais adequado, tendo em conta as redes de referência, as disponibilidades existentes de acordo com a diferenciação necessária, bem como o tempo de transporte. A existência de uma situação de risco iminente de vida deverá determinar a ponderação do encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima, ainda que em contingência, caso tecnicamente seja a melhor opção. O INEM deverá garantir o reforço da escala dos médicos do CODU, recorrendo, se necessário, ao cancelamento ou adiamento de atividades não essenciais.
18. Sempre que se verifiquem situações pontuais de limitação da capacidade de resposta do SU de referência, as unidades Hospitalares envolvidas, através do seu Conselho de Administração, em articulação com o INEM e com a DE-SNS, definem eventuais linhas temporárias de referência, diferentes dos eixos habituais.

19. Excepcionalmente, sob coordenação da DE-SNS e em articulação entre o INEM, a SPMS, as unidades hospitalares e as unidades de cuidados de saúde primários, poderão a LS24 e o CODU encaminhar os doentes menos graves diretamente para as unidades de cuidados de saúde primários, que garantam resposta adequada em atendimento não programado.
20. Os SPMS, em articulação com as unidades hospitalares, e sob a coordenação da DE-SNS, deve elaborar os instrumentos de comunicação adequados para standardizar a informação a prestar aos cidadãos, no sentido da sua adequada orientação no SNS.
21. As instituições com constrangimentos previstos no funcionamento dos respetivos SU procedem à atualização atempada da informação constante do Sistema Integrado de Informação de Prestadores (SIIP), em articulação com os SPMS e com as respetivas administrações regionais de saúde, de forma a garantir disseminação de informação adequada pelo SNS24, e a reduzir vindas desnecessárias aos SU.
22. No âmbito deste cenário de constrangimentos é essencial garantir uma abordagem integrada entre os serviços das diferentes unidades hospitalares, na defesa da qualidade da resposta e da segurança dos doentes. Assim, importa trabalhar no sentido da articulação das atividades, da transmissão efetiva de informação, da coordenação de vagas, da necessidade de transferência de utentes, tendo em atenção as melhores práticas.
23. As instituições hospitalares, em articulação com as administrações regionais de saúde, o INEM, e os SPMS, informam as cooperações de bombeiros, e os agrupamentos de centros de saúde da sua área de influência, disponibilizando informação atempada à população sobre o funcionamento dos SU.
24. Os hospitais que possuam limitação de resposta em determinada área clínica, devem promover a capacidade de receberem doentes da sua área de referência, diretamente para o internamento, desde que estabilizados clinicamente.
25. Os hospitais devem trabalhar de forma intensa na referenciação dos doentes para cuidados continuados integrados em termos da RNCCI, dos doentes para respostas sociais em articulação com a Segurança Social, em soluções de hospitalização domiciliária, hospital de dia, visitas domiciliárias ou outras alternativas, de forma a melhorar a capacidade de internamento na instituição.
26. A avaliação do funcionamento dos SU pela DE-SNS continuará a ter um carácter semanal, será adaptada de acordo com a análise efetuada com as várias instituições hospitalares, de forma a assegurar a previsibilidade do sistema e desta forma contribuir para a segurança e qualidade, na prestação de cuidados.

27. Para efeitos da operacionalização dos pressupostos acima elencados, identificam-se as instituições/especialidades com constrangimentos previstos e a instituição preferencial de referência, de acordo com as respectivas regiões e eixos, tendo como base a rede publicada pela Declaração de Retificação nº 1032-A/2015, de 24 de novembro.

Deliberação nº DE-SNS 203/2023	Data 11/11/2023	Sumário PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Deliberação nº DE-SNS 204/2023	Data 17/11/2023	Sumário PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Deliberação nº DE-SNS 205/2023	Data 22/11/2023.2	Assunto: PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Deliberação nº DE-SNS 207/2023	Data 30/11/2023	Assunto: PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SNS
Deliberação nº DE-SNS 209/2023	Data 08/12/2023	Assunto: PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SNS
Deliberação nº DE-SNS 210/2023	Data 16/12/2023	Assunto: PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SNS
Deliberação nº DE-SNS 211/2023	Data 23/12/2023	Assunto: PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO SNS

Este foi mesmo o inverno mais complicado de gerir, em termos de resposta ao serviço de urgência no SNS, nestes mais de 40 anos da sua existência.

E se os resultados foram favoráveis, pois existiu sempre resposta para os doentes, de acordo com a sua gravidade, localização geográfica e exigência das várias especialidades, tal deveu-se ao esforço de muitos profissionais e de dirigentes das várias instituições da saúde, ao SNS 24, à capacidade do CODU-INEM, ao trabalho incansável das corporações de bombeiros, e à gestão sempre presente da DE-SNS, no sentido de dotar coerência nas respostas e solidez nas decisões.

Importa também reconhecer o papel da maior importância das equipas de cuidados de saúde primários, que prestaram, em muitos locais do país, resposta adicional à procura de situações de patologia aguda, aliviando assim a eventual procura de SU que podia ser endereçada por estas equipas com maior proximidade e conforto para a população.

Desde a sua tomada de posse, a DE-SNS tem primado por implementar modelos operacionais inovadores que permitam melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Estas abordagens representam uma parte crucial da estratégia da DE-SNS para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde, aumentando a eficiência dos serviços prestados, mas também garantindo que o acesso equitativo e um atendimento centrado nos utentes, mantendo a segurança e a qualidade em todos os níveis de intervenção.

A resposta atempada e inovadora referida reflete o compromisso da DE-SNS em fazer face às necessidades crescentes da população, tendo em conta as limitações de condicionadas pelos recursos disponíveis.

Neste âmbito, os Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde, com 83 pontos em todo o país, apesar das limitações identificadas, com o forte apoio do INEM, demonstraram capacidade de articulação e suporte, garantindo segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde, de forma planeada, organizada, e assegurando a necessária previsibilidade, neste que foi um exercício de stress muito complexo e exigente, de toda a rede.

O processo, apesar de complexo e extremamente sensível, forneceu um conjunto de dados e informação, que irão ajudar a implementar uma reforma dos serviços de urgência, no sentido de avaliar as reais necessidades, a oferta de recursos humanos e a capacidade de gestão em rede, contribuindo para reduzir o esforço dos médicos e as consequentes elevadas horas extras, e assim construindo um sistema mais sustentável.

Projeto 'Ligue Antes, Salve Vidas'

O projeto-piloto «Ligue antes, salve vidas» foi implementado nos concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, em maio de 2023, pela DE-SNS, com o apoio da SPMS, e das autarquias locais. A escolha desta área geográfica baseou-se na existência de bons acessos rodoviários, com tempos curtos de deslocação, sendo que 99 % da população tem médico de família e os cuidados de saúde primários (CSP) se encontram totalmente organizados em unidades de saúde familiar (USF), 13 do tipo B e 1 do tipo A. Foi estabelecida uma urgência referenciada no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E. P. E. (CHPVVC), em articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

A implementação do projeto envolveu:

1. desenvolvimento de campanhas através das instituições e dos meios de comunicação locais;
2. estabelecimento de um horário de consulta aberta nas USF;
3. possibilidade de marcação de consulta diretamente nos CSP pelo SNS24 e pelo Serviço de Urgência (SU) do CHPVVC;
4. promoção do uso do SNS24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24);
5. criação de um atendimento complementar aos fins de semana e feriados;
6. formação em suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa aos profissionais do ACeS;
7. criação de consultas de agudização no CHPVVC em doentes crónicos complexos por referência direta dos CSP;
8. criação do hospital de dia no CHPVVC;
9. referência direta para hospitalização domiciliária a partir do domicílio, pelos médicos dos CSP. Para acesso ao SU do CHPVVC estabeleceu-se como regra de admissão a necessidade de existência de uma referência prévia, ressalvadas determinadas situações, em linha com a Circular Normativa n.º 11/2022, da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Os resultados da implementação deste projeto evidenciaram um excelente nível de acesso ao SNS24, permitindo um aumento do número de utentes referenciados pelo centro de contacto ao SU, bem como um significativo aumento do encaminhamento de

utentes para os CSP, a grande maioria através de marcação direta pelo SNS24, com enorme satisfação dos utentes e dos profissionais.

Contudo, continua a verificar-se o recurso ao SU, por autorreferenciação, por parte significativa de utentes com pouca gravidade clínica, impondo-se uma organização administrativa do fluxo de doentes capaz de otimizar a capacidade de resposta do SNS.

Com efeito, o serviço de urgência é uma porta de entrada dos utentes no SNS que deve estar reservada aos doentes que necessitem desse tipo de cuidados que lhes devem ser prestados de forma célere e dedicada. O afluxo à urgência de doentes com pouca gravidade, que podiam ser melhor atendidos noutros pontos do sistema e, desde logo, nos CSP, tem importantes implicações, quer ao nível da qualidade dos cuidados prestados, em especial para os utentes que a ele recorrem inadequadamente, quer ao nível da eficiência.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, constitui fundamento da política de saúde a «gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade», devendo o Estado assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde no quadro da organização e funcionamento do SNS que se sustenta em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersectorial.

No que toca à organização dos serviços, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, veio consagrar, efetivamente, a existência de níveis de cuidados no SNS, salientando-se, neste particular, os cuidados de saúde primários, que representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde e que constituem uma resposta de proximidade e continuidade no processo assistencial e os cuidados hospitalares, que envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência.

Por seu turno, o direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde, impendendo sobre os utentes o dever de respeito das regras sobre a organização, o funcionamento e a utilização dos estabelecimentos e serviços de saúde.

Neste contexto, em nome da efetividade, da eficiência, da qualidade dos cuidados prestados e da otimização dos recursos, entendeu-se ser de proceder à definição da forma como os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde do SNS desenvolvem respostas de proximidade às necessidades assistenciais em situações de urgência, através da implementação, sob proposta da DE-SNS, da segunda fase do projeto-piloto em curso.

Assim, foi publicada a Portaria n.º 438/2023, de 15 de dezembro, que procede à definição das condições de implementação da segunda fase do projeto-piloto «Ligue antes, salve vidas» em curso na área de abrangência do ACeS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, que fundamentalmente estabelece o seguinte.

O acesso aos cuidados de saúde hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve, nos termos no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, ser precedido de referência através de um dos seguintes meios:

- a) Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU-INEM);
- b) SNS24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24);
- c) Cuidados de saúde primários (CSP);
- d) Profissional de saúde médico, com informação clínica assinada;
- e) Outra instituição de saúde.

No âmbito do projeto-piloto, aos utentes adultos, com idade superior a 17 anos e 365 dias, que acorram ao serviço de urgência (SU) do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E. P. E. (CHPVVC), sem referência prévia deve ser assegurado meio de contacto com o SNS24 para efeitos de correta referência, através do serviço administrativo e de disponibilização de telefone instalado no local.

Se o utente recusar, ou, por qualquer outra razão, não for possível o encaminhamento através do SNS24, deve ser assegurada a sua inscrição no SU e posterior triagem de acordo com o sistema de triagem de Manchester (TM).

Quando o utente seja triado com a cor «azul» ou «verde», não é observado no SU desde que, de acordo com a sua condição clínica, seja garantido o seu encaminhamento para os CSP ou para consulta/hospital de dia do CHPVVC, através de efetivo agendamento de consulta para o próprio dia ou para o dia seguinte.

Excecionam-se do disposto nos números anteriores as seguintes situações em que é obrigatória a avaliação do utente no SU:

- a) Uteses acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
- b) Uteses vítimas de trauma;
- c) Uteses com situações agudas, do foro psiquiátrico, obstétricas ou outro, desde que necessitem de tratamento urgente e inadiável;
- d) Idade maior ou igual a 70 anos;
- e) Uteses acompanhados por forças de segurança;
- f) Uteses com indicação de perícia médico-legal;
- g) Uteses orientados pelos seguintes fluxogramas de triagem:
 - i) Agressão;
 - ii) Doenças sexualmente transmissíveis;
 - iii) Embriaguez aparente;
 - iv) Exposição a químicos;

- v) Feridas;
- vi) Gravidez;
- vii) Hemorragia gastrointestinal;
- viii) Hemorragia vaginal;
- ix) Infecções locais e abscessos;
- x) Problemas oftalmológicos;
- xi) Queda;
- xii) Queimaduras profundas e superficiais;
- xiii) Sobredosagem e envenenamento;
- xiv) Traumatismo cranioencefálico;
- xv) Convulsões;
- xvi) Corpo estranho;
- xvii) Antecedentes de:
 - 1) Doença oncológica ativa;
 - 2) Doença cursando com imunossupressão;
 - 3) Doença renal crónica;
 - 4) Doença arterial periférica.

Da aplicação do disposto nesta portaria não poderia resultar falta de resposta em saúde no SNS ajustada à condição clínica do utente, devendo ser garantida a triagem nos termos previstos, bem como aconselhamento e encaminhamento adequados aos utentes e seus acompanhantes.

A implementação da segunda fase do projeto-piloto foi acompanhada pela DE-SNS, em termos de monitorização e análise de indicadores de acesso e de morbimortalidade, para efeitos de avaliação de eventuais processos de melhoria.

A Direção-Geral da Saúde deve, em articulação com a DE-SNS e a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., deveriam ajustar os algoritmos do SNS24 de forma a assegurar alinhamento com a abordagem realizada pelo sistema de triagem de Manchester.

A segunda fase do projeto-piloto «Ligue antes, salve vidas» foi iniciada em janeiro de 2024, de acordo com a Portaria n.º 438/2023, de 15 de dezembro, tendo os resultados evidenciado um excelente nível de acesso, com satisfação dos utentes e dos profissionais.

Por outro lado, foi colocada em discussão pública e recebido um conjunto de propostas, sobre o projeto de portaria que procede à definição da forma como os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde do SNS desenvolvem respostas de proximidade às necessidades assistenciais em situação de urgência. Pretende-se, assim, criar condições para um processo global de reforma do acesso aos serviços de urgência.

Enquanto se prepara esse processo de progressiva generalização, importa alargar o projeto «Ligue antes, salve vidas» à Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E. P. E., e à Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E. P. E., em função da área geográfica, da população coberta com médico de família, da organização dos cuidados de saúde primários (CSP) em unidades de saúde familiar (USF) do tipo B, e do trabalho que já tinha sido efetuado anteriormente por estas duas instituições.

Verifica-se que o recurso ao SU, por autorreferenciação, continua a ser realizado por parte significativa de utentes com pouca gravidade clínica, pelo que se impõe uma organização administrativa do fluxo de doentes capaz de otimizar a capacidade de resposta do SNS. Com efeito, o serviço de urgência é uma porta de entrada dos utentes no SNS que deve estar reservada aos doentes que necessitem desse tipo de cuidados que lhes devem ser prestados de forma célere e dedicada. O afluxo à urgência de doentes com pouca gravidade, que podiam ser melhor atendidos noutros pontos do sistema e, desde logo, nos cuidados de saúde primários (CSP), tem importantes implicações, quer ao nível da qualidade dos cuidados prestados, em especial para os utentes que a ele recorrem inadequadamente, quer ao nível da eficiência. Nos termos da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, constitui fundamento da política de saúde a «gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade», devendo o Estado assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde no quadro da organização e funcionamento do SNS que se sustenta em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersectorial. No que toca à organização dos serviços, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, veio consagrar, efetivamente, a existência de níveis de cuidados no SNS, salientando-se, neste particular, os CSP, que representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde e que constituem uma resposta de proximidade e continuidade no processo assistencial e os cuidados hospitalares, que envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência. Por seu turno, o direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde, impendendo sobre os utentes o dever de respeito das regras sobre a organização, o funcionamento e a utilização dos estabelecimentos e serviços de saúde.

Neste contexto, em nome da efetividade, da eficiência, da qualidade dos cuidados prestados e da otimização dos recursos, entende-se, sob proposta da DE-SNS, ser de proceder à extensão do projeto «Ligue antes, salve vidas» à Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E. P. E., e à Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E. P. E.

Assim, foi publicada a Portaria n.º 71/2024, de 27 de fevereiro, que procede à extensão do projeto «Ligue antes, salve vidas» à Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E. P. E., e à Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E. P. E., mantendo as condições anteriormente definidas e atualizando os critérios de referência, de acordo com a consulta pública efetuada:

O acesso aos cuidados de saúde hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve, nos termos no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, ser precedido de referência através de um dos seguintes meios:

- a) Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU-INEM);
- b) SNS 24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24);
- c) Cuidados de saúde primários (CSP);
- d) Médico, com informação clínica assinada;
- e) Outra instituição de saúde, pública, privada ou social.

Sem prejuízo do disposto, aos utentes que acorram ao serviço de urgência hospitalar (SU) sem referência prévia deve ser assegurado meio de contacto com o SNS24 para efeitos de correta referência, através do serviço administrativo e de disponibilização de telefone instalado no local.

Se o utente recusar, ou, por qualquer outra razão, não seja possível o encaminhamento através do SNS24, deve ser assegurada a sua inscrição no SU e posterior triagem de acordo com o sistema de Triagem de Manchester (TM) ou o sistema adaptado para uso em idades pediátricas.

Quando, nos termos do número anterior, o utente seja triado com a cor «azul» ou «verde» não é observado no SU desde que, de acordo com a sua condição clínica, seja garantido o seu encaminhamento para os CSP ou para consulta/hospital de dia na instituição em que se integra o SU, através de efetivo agendamento de consulta para o próprio dia ou para o dia seguinte.

Excecionam-se do disposto nos números anteriores as seguintes situações em que é obrigatória a avaliação do utente no SU, apesar de triado com a cor «azul» ou «verde» da TM:

- a) Utentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
- b) Vítimas de trauma recente, com menos de 48 horas;
- c) Situações cardiovasculares agudas, tais como dor torácica e síncope;

- d) Défices neurológicos (hemiparesias, paraparésias, monoparésias) de instalação progressiva subaguda, em mais de 24 horas, mas menos de 30 dias;
- e) Situações agudas, do foro psiquiátrico (incluindo situações de risco de suicídio), obstétricas ou outras, desde que necessitem de tratamento urgente e inadiável;
- f) Idade menor do que 1 ano ou maior ou igual a 70 anos;
- g) Utentes acompanhados por forças de segurança;
- h) Utentes com indicação de perícia médico-legal;
- i) Utentes orientados pelos seguintes fluxogramas de triagem:
 - i) Agressão;
 - ii) Doenças sexualmente transmissíveis;
 - iii) Embriaguez aparente;
 - iv) Exposição a químicos, incluindo a ingestão de cáusticos;
 - v) Feridas;
 - vi) Gravidez;
 - vii) Hemorragia gastrointestinal;
 - viii) Icterícia;
 - ix) Hemorragia vaginal;
 - x) Infecções locais e abscessos;
 - xi) Problemas oftalmológicos;
 - xii) Queda;
 - xiii) Queimaduras profundas e superficiais;
 - xiv) Sobredosagem e envenenamento;
 - xv) Traumatismo crânioencefálico;
 - xvi) Convulsões;
 - xvii) Corpo estranho;
 - xviii) Antecedentes de:
 - 1) Doença oncológica ativa;
 - 2) Doença cursando com imunossupressão;
 - 3) Doença renal crónica;
 - 4) Doença arterial periférica.

Os utentes que devam ser observados nos CSP devem ser orientados para respostas no âmbito das equipas de saúde familiar.

Da aplicação do disposto na portaria não pode resultar falta de resposta em saúde no SNS ajustada à condição clínica do utente, devendo ser garantida a triagem nos termos previstos, bem como aconselhamento e encaminhamento adequados aos utentes e seus acompanhantes.

A Direção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., devem, em articulação com a DE-SNS, I. P., e a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., manter permanentemente ajustados os algoritmos do SNS24 e do CODU, de forma a assegurar alinhamento com a abordagem realizada pelo sistema de Triagem de Manchester.

O projeto foi assim alargado às duas ULS a 5 de março de 2024.

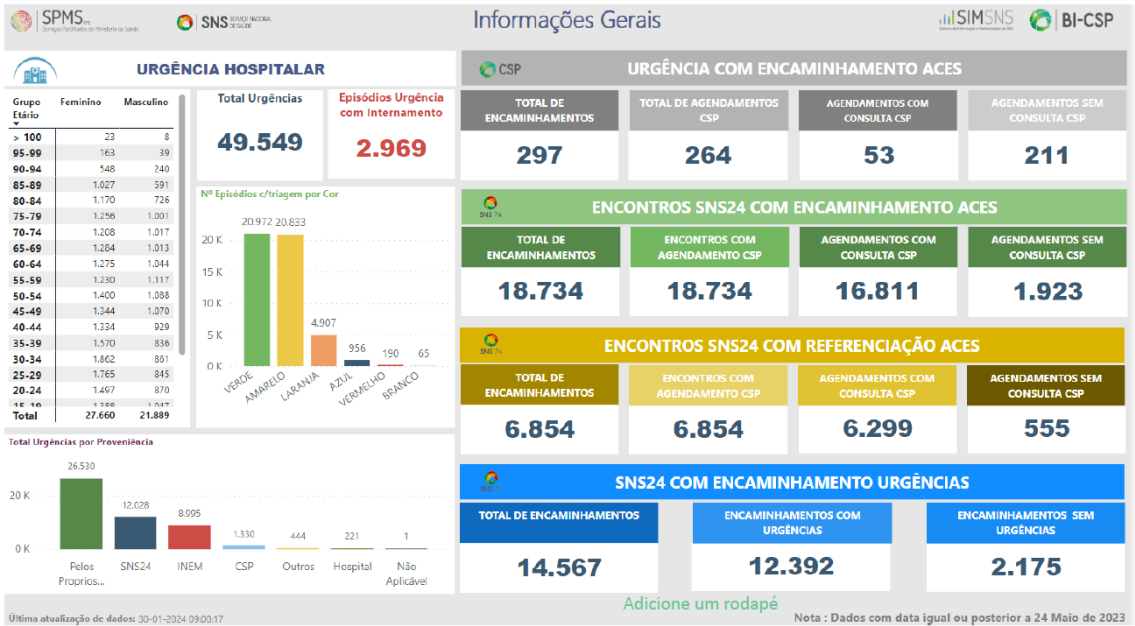
De forma a melhorar a informação do cidadão acerca de autocuidados e utilização adequada do sistema de saúde, nomeadamente, incentivar a utilização da linha SNS 24 como porta de entrada no SNS, foram desenvolvidas campanhas de comunicação com influenciadores locais, selecionados pelas instituições locais envolvidas, desenhadas de forma a transmitirem uma informação breve, clara e concisa, que permitisse alterar comportamentos.

Assim, foram criados e divulgados cartazes, tanto nas instituições de saúde local como nos espaços dos parceiros, nomeadamente, nas Câmaras Municipais da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, no espaço público, através de *mupis*, e nos meios de comunicação locais e nacionais, e vídeos da campanha, disponíveis *online* no site da DE-SNS e divulgados por todos os parceiros. Os resultados preliminares da primeira fase foram ainda divulgados aos parceiros na Newsletter do ACES PVVC, em junho de 2023.



É importante sublinhar que toda a implementação do projeto foi alvo de monitorização contínua. Essa monitorização foi facilitada pela criação de ferramentas de visualização de dados criadas e partilhadas pela PSMS, nomeadamente ferramentas de *Power BI*. Estas ferramentas foram também submetidas a correções e melhorias contínuas, conforme as necessidades que surgiram e particularidades de cada realidade.

Os resultados foram bastante favoráveis, nas três instituições, com um aumento brutal dos utentes referenciados, um crescimento dos utentes que ficam em autocuidados, um encaminhamento muito significativo para as equipas de saúde familiar, e acima de tudo, um aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais, assegurando-se qualidade e segurança.



ULS PVVC		1ª fase	2ª fase
SU Geral	01/05/2023 a 21/05/2023	22/05/2023 a 15/01/2024	16/01/2024 a 02/05/2024
Não Referenciados	58,6%	43,1%	11,5%
Não Referenciados - "Verde" e "Azul"	73,8%	52,7%	10,1%

ULS PVVC		1ª fase	2ª fase	2ª fase Inclusão pediatria
SU Pediatria	01/05/2023 a 21/05/2023	22/05/2023 a 15/01/2024	16/01/2024 a 15/04/2024	16/04/2024 a 02/05/2024
Não Referenciados	58,6%	43,1%	11,5%	9,3%
Não Referenciados - "Verde" e "Azul"	73,8%	52,7%	10,1%	7,6%

ULSGE Urgência Polivalente com Centro de Trauma					Encaminhamentos para CSP a partir do SU (eAgenda)
Urgência	Indicadores	Ano 2023	jan e fev 2024	5 a 25 de março	
Geral Adultos	Atendimentos (média diária)	386	341	359	76 agendamentos 18 recusas
	% Exterior	62,3%	53,9%	30,0%	
	% Referenciados	37,7%	46,1%	70,0%	
	Verdes / Azuis (média diária)	102	98	95	
	% Exterior	80,4%	69,4%	35,8%	
Pediatria	Atendimentos (média diária)	130	115	137	83 agendamentos 18 recusas
	% Exterior	80,3%	75,7%	32,7%	
	% Referenciados	19,7%	24,3%	67,3%	
	Verdes / Azuis (média diária)	68	57	59	
	% Exterior	88,2%	80,7%	23,7%	

Face aos resultados obtidos pelo projeto “Ligues antes, Salve Vidas” nas recomendações estava planeado o seu alargamento ao longo do território nacional, durante o ano de 2024, com algumas condicionantes e alteração das soluções, nas regiões de LVT e Algarve, já estudadas.

Monitorização – Desde 5 até 24 Março (domingo)								
Métricas	acumulado de 5 a 24 março 2024 (domingo)							Variação período homólogo 2023
	HSS - Urg. Geral	Urg. Obst/Gin	Urg. Ped	SUB- HSJM	SUB- HOAZ	SUB Arouca	Total ULS EDV	
1 % Doentes referenciados pelo SNS24 atendidos no SU	41%	43%	60%	68%	62%	56%	50%	46,0 pp
2 % Doentes referenciados pelo INEM atendidos no SU	28%	6%	3%	4%	15%	5%	17%	4,0 pp
3 % Doentes referenciados pelos CSP atendidos no SU	7%	4%	5%	1%	1%	0%	5%	2,0 pp
4 % Total Doentes referenciados atendidos no SU	77%	54%	69%	73%	79%	61%	74%	53,0 pp
5 % Doentes não referenciados (exterior)	23%	46%	31%	27%	21%	39%	26%	-53,0 pp
6 % Doentes não referenciados (exterior) de Ovar atendidos no SU	4%	7%	6%	2%	0%	0%	4%	-5,8 pp
7 Nº Doentes não referenciados (exterior) de Ovar	225	30	134	19	1	0	409	-822
8 Total de episódios no SU	5767	406	2162	1206	1182	547	11270	-1804
9 Nº telefonemas para o SNS24	509	-	64	677	661	n.d.	1911	-
10 Nº doentes não referenciados triados com Azul e Verde	173	60	475	100	67	83	958	-3966
11 Nº doentes triados com Branco	29	12	0	0	1	6	48	-89
12 Nº doentes triados com amarelo	3788	215	541	677	643	278	6142	41
13 Nº consultas realizadas pelos CSP							2526	-
14 Taxa de ocupação de vagas nos CSP							85%	-
15 Nº de consultas marcadas pelo SU nos CSP	14	0	0	11	7	5	37	-
16 Nº doentes atendidos no SU por falta de vaga de consulta nos CSP	1	0	0	1	1	2	5	-
17 Nº consultas de agudização hospitalares agendadas pelos CSP							5	-
18 Nº sessões de HDI referenciados pelo CSP							1	-
19 Nº doentes internados no Domicílio por referência direta dos CSP							0	-

No que diz respeito ao processo de melhoria contínua do projeto, encontra-se em testes e em preparação para implementação nas ULS envolvidas de um leitor de QR no SU que permita um *fast track* na admissão dos utentes que sejam reencaminhados pela linha SNS24, pelo INEM ou pelos CSP. No sentido de desburocratizar os serviços de saúde, este *check-in* no SU será útil para descongestionar os serviços administrativos e estimular o contacto prévio pelos utentes.

Para além desta medida, está equacionado o investimento na utilização de soluções de teleconsulta e telemonitorização. Neste âmbito deverá ser enquadrada uma ferramenta digital de apoio às Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas, nomeadamente através do ajuste dos algoritmos da linha SNS 24, da integração dos Balcões SNS 24 e da implementação de teleconsultas.

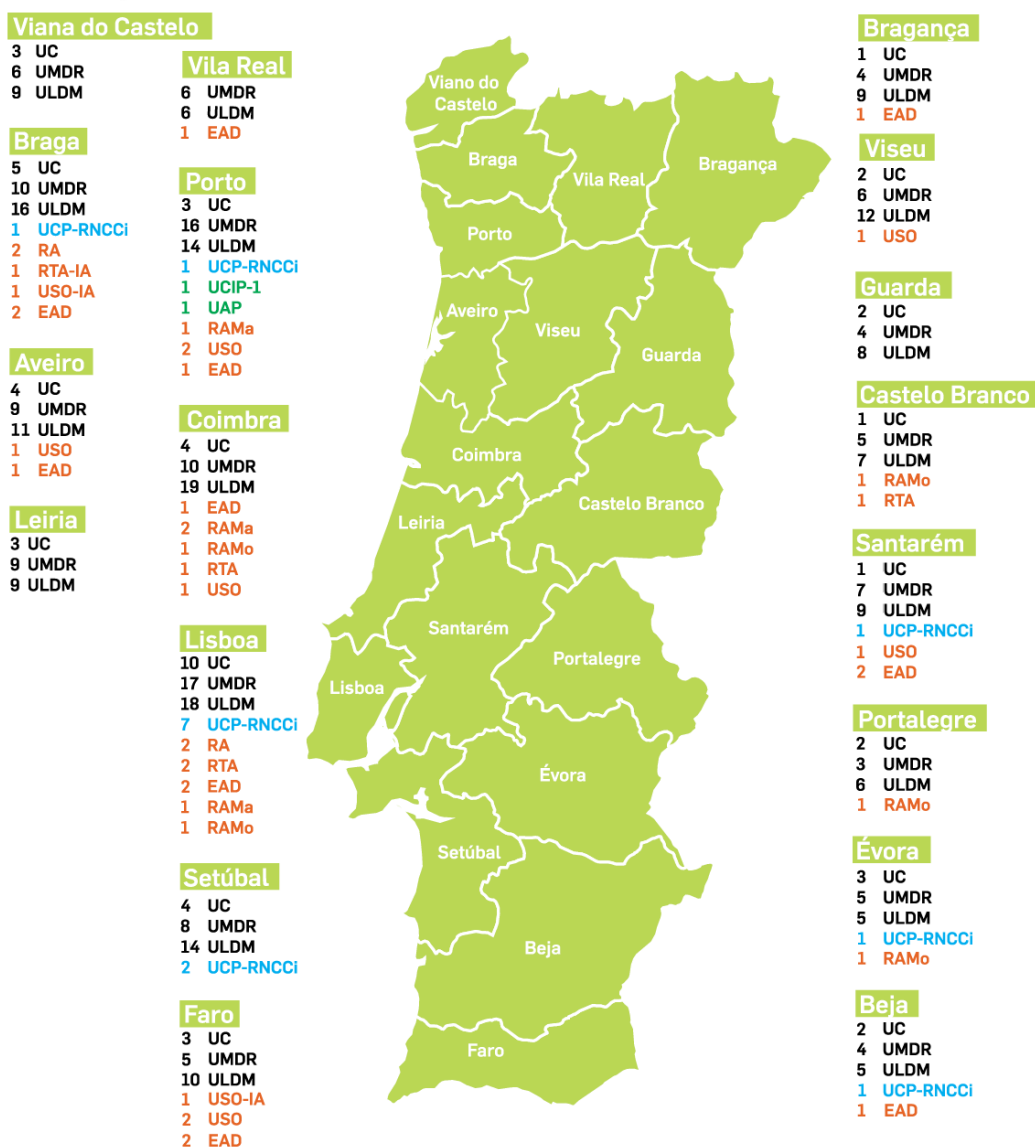
Cuidar dos Mais Vulneráveis

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com o desiderato de dinamizar políticas de saúde e de segurança social, nomeadamente as que permitam:

1. desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência;
2. investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial;
3. qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e alterações de funcionalidade.

O objetivo geral definido para a RNCCI foi a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Para esse objetivo contribuem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, assim como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.



UC Unidades de Convalescença
UMDR Unidades de Média Duração e Reabilitação
ULDM Unidades de Longa Duração e Manutenção

UCP-RNCCI Unidades de Cuidados Paliativos

UAP Unidade Ambulatória Pediátrica
UCIP-1 Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos (Nível 1)

RA Residência Autónoma
RTA Residência de Treino de Autonomia (adulto)
RTA-IA Residência de Treino de Autonomia (infância e adolescência)
USO-IA Unidade Socio Ocupacional (infância e adolescência)
EAD Equipa Apoio Domiciliário
RAMa Residência de Apoio Máximo
RAMo Residência de Apoio Moderado
USO Unidade Socio-Ocupacional

Objetivos Estratégicos

As estratégias de desenvolvimento da RNCCI visaram responder à evolução das necessidades e das expectativas da população portuguesa, incorporando duas dimensões principais:

1. melhoria das áreas que foram sendo identificadas ao longo dos quase 18 anos de funcionamento da RNCCI, nomeadamente em termos de acesso, qualidade e eficiência;
2. princípios e as recomendações para a evolução dos cuidados de longa duração emanadas a nível europeu, designadamente o reforço da desinstitucionalização e dos cuidados informais.

Nesta sequência, a estratégia de desenvolvimento da RNCCI, coordenada pela DE-SNS, assenta em 3 pilares estratégicos de intervenção:

1. Reforçar as respostas domiciliárias e de ambulatório;
2. Completar as respostas de internamento;
3. Requalificar a organização, a gestão e o funcionamento da atual RNCCI.

Pilar 1 – Reforçar as respostas domiciliárias e de ambulatório

A comunidade assume um ambiente privilegiado para a prestação de cuidados ao longo da vida. Tal pressupõe que se valorize cada vez mais a casa de cada pessoa como o seu contexto de vida, e a sua família como o seu contexto sociofamiliar de referência, sendo aí que cada um se deve preferencialmente permanecer.

Esta visão incentiva a desinstitucionalização e transforma a casa de cada pessoa como o centro da prestação dos cuidados, criando o contexto para o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem o *setting* domicílio e a atenção ao cuidador informal, personalizado na família ou em outras soluções comunitárias de proximidade.

Assim, este pilar de intervenção pretende contribuir para alcançar os seguintes objetivos:

- › Assegurar o acesso a cuidados personalizados e de qualidade, preferencialmente prestados no domicílio ou em serviços de base comunitária, de acordo com as condições de saúde e social de cada pessoa;
- › Alargar as respostas de ambulatório, permitindo que cada pessoa permaneça no seu contexto local e familiar;
- › Facilitar a mobilidade dos profissionais, criando condições para responderem às pessoas;
- › Potenciar a utilização das novas tecnologias, contribuindo para que fiquem acessíveis de forma equitativa a nível nacional;
- › Apoiar os cuidadores informais, assegurando o suporte técnico e logístico que lhes permita cumprir integralmente o Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIEC) que for definido para cada pessoa cuidada.

Para alcançar estes objetivos, a DE-SNS liderou um conjunto de iniciativas e medidas de política que permitam:

1. Alargar e integrar as atuais respostas domiciliárias, prestadas por equipas multiprofissionais e multidisciplinares.

A DE-SNS pretende:

- › Assegurar a rentabilização dos recursos disponíveis e a continuidade de cuidados aos utentes, tendo em consideração uma melhor compreensão do fenómeno do envelhecimento, da dependência e das necessidades que lhe estão associadas;
- › Desenvolver e especializar os cuidados domiciliários, tendo a ECCL e as ECSCP como ponto de partida;
- › Disponibilizar, no domicílio, mais valências clínicas e prestações sociais;
- › Desenvolver um modelo de apoio social domiciliário inovador, que aposte simultaneamente na proximidade e na flexibilidade do apoio a prestar, tendo em conta a necessidade dos utentes, promovendo o adiamento da dependência e necessidade de institucionalização, em linha com os objetivos da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, que se encontra em construção. A este nível, revela-se fundamental apostar, à semelhança do apoio domiciliário, numa resposta de natureza mais flexível do ponto de vista dos serviços prestados, apostando em valências promotoras de autonomia funcional (e.g. fisioterapia) e/ou cognitiva (terapia ocupacional);
- › Reforçar o apoio social a pessoas em situação de isolamento social, através da constituição de equipas, que, complementarmente, fortaleçam os resultados da já existente rede institucional de suporte, criando um mecanismo de mapeamento e vigilância das situações vulneráveis socialmente, e mobilizem ativa e proactivamente os recursos da comunidade, respondendo às necessidades sociais existentes (projetos Radar Social).

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL



2. Criar novas respostas de ambulatório

A DE-SNS pretende que sejam implementadas as primeiras Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA), bem como desenvolvidos novos serviços de reabilitação em ambulatório, para assegurar a recuperação das condições de saúde e bem-estar dos mais idosos, dependentes ou vulneráveis.

Relativamente à implementação das UDPA, já previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 junho, e apesar da sua necessidade ser amplamente reconhecida como uma mais-valia para os utentes que dela podem beneficiar bem como para a sua família, acrescentando valor à oferta existente na RNCCI, nunca vieram a ser implementadas, dado nunca ter sido possível definir e aprovar com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e o Ministério das Finanças, o valor a pagar por utente/diária.

Assim e para o cumprimento deste desiderato, e por via do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), que sem margem de dúvida será uma alavanca para a sua implementação, foram colocadas em concurso nas diferentes regiões um total de 500 lugares de UDPA, a criar no sector privado e social, que serão financiadas pelo PRR, possibilitando o início da concretização da meta definida.

Para o efeito foram definidas as metas por NUT III, de acordo com a população residente e com idade superior ou igual a 65 anos, sendo que as necessidades identificadas em cada região, são conforme quadro infra:

Nº de Lugares/Unidades UDPA/Região

Região	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve
Concelhos	86	76	52	47	16
População 65 +Anos	808124	455676	830398	129766	110980
Meta Nº Lugares	808	456	830	130	110
Meta Nº Unidades	32	18	33	5	4
Tx. Cob. Atual	0%	0%	0%	0%	0%
Proposta PRR Unidades	7	4	7	1	1
Proposta PRR Lugares	175	100	175	25	25
Tx Cob. 2025	22%	22%	21%	19%	23%
Lugares 2030	633	356	655	105	85
Unidades 2030	25	14	26	4	3

3. Dotar as Equipas Domiciliárias de Instrumentos facilitadores para a prestação de cuidados

A DE-SNS pretende sensibilizar e capacitar os profissionais para prestar cuidados no domicílio, deslocando as equipas até onde está o utente e não o inverso, salvaguardando os melhores cuidados e o maior conforto para o utente, numa lógica de cuidados de proximidade.

Nesta área o PRR veio também trazer a possibilidade de reforçar a capacidade destas equipas com o financiamento de viaturas elétricas adaptadas para cuidados domiciliários, equipamentos e instrumentos médicos, equipamentos informáticos e de comunicação, entre outros.

Nesta linha de financiamento foi identificada a possibilidade de constituição no setor público de:

- › 50 Equipas de Cuidados Continuados Integrados, dando resposta a um total de 1000 pessoas;
- › 10 Equipas de Comunitárias de Suporte aos Cuidados Paliativos, dando resposta a um total de 100 pessoas.

E no setor privado e social:

- › 10 Equipas de Apoio Domiciliário de Saúde Mental, dando resposta a 100 pessoas;

Pilar 2 – Completar as Respostas de Internamento

A expansão das respostas de internamento em cuidados continuados integrados, não só em termos de aumento de capacidade das respostas existentes, mas também de diversificação de novas respostas, é uma necessidade transversal a todas as regiões do país, fazendo-se sentir com maior incidência nos grandes aglomerados populacionais, nomeadamente nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto.

As respostas de internamento para a RNCCI são planeadas tendo como base a população com mais de 65 anos ao nível da NUT III, de forma a considerar a diversidade territorial, geográfica e cultural das diversas regiões do país. As metas de lugares estão consensualizadas entre o Ministério da Saúde, através da DE-SNS, e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e são definidas em número de camas por 1 000 habitantes com mais de 65 anos, para cada tipologia.

Em resultado desse trabalho conjunto, foram identificadas as necessidades de reforço da capacidade de resposta da RNCCI, traduzido no plano de alargamento de número de lugares em todas as tipologias de internamento, de forma a alcançar as metas estabelecidas para 2030, identificadas nos quadros seguintes, por Região e tipologia de serviços:

Meta para a Tipologia de Convalescença/Região

Região	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve
Concelhos	86	76	52	47	16
População 65 +Anos	808124	455676	830398	129766	110980
Meta Lugares	1131	638	1163	182	155
Existe	353	372	316	174	74
Tx. Cob. Atual	31%	58%	27%	96%	48%
Previstas 2023	112	16	107	11	0
Tx. Cob. 2023*	41%	61%	36%	105%	48%
Proposta PRR	460	200	700	0	60
Tx. Cob. 2025**	82%	92%	97%	102%	86%
Camas 2030	206	50	40	0	21

Notas: *inclui as camas previstas no Despacho nº12979/2023 de 19 dezembro; **inclui as camas previstas no PRR

Meta para a Tipologia de Média Duração e Reabilitação/Região

Região	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve
Concelhos	86	76	52	47	16
População 65 +Anos	808124	455676	830398	129766	110980
Meta Lugares	1293	729	1329	208	178
Existe	1023	947	881	228	129
Tx. Cob. Atual	79%	130%	66%	110%	73%
Previstas 2023	48	26	101	3	0
Tx. Cob. 2023*	83%	133%	74%	111%	73%
Proposta PRR	160	0	420	0	20
Tx. Cob. 2025**	95%	133%	106%	111%	84%
Camas 2030	62	0	0	0	29

Notas: *inclui as camas previstas no Despacho nº12979/2023 de 19 dezembro; **inclui as camas previstas no PRR

Meta para a Tipologia de Longa Duração e Manutenção/Região

Região	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve
Concelhos	86	76	52	47	16
População 65 +Anos	808124	455676	830398	129766	110980
Meta Lugares	3232	1823	3322	519	444
Existe	1737	1506	1211	399	327
Tx. Cob. Atual	54%	83%	36%	77%	74%
Previstas 2023	23	8	46	82	11
Tx. Cob. 2023*	54%	83%	35%	93%	76%
Proposta PRR	1280	200	1900	40	60
Tx Cob. 2025**	94%	94%	95%	100%	90%
Camas 2030	192	109	165	0	46

Notas: *inclui as camas previstas no Despacho nº12979/2023 de 19 dezembro; **inclui as camas previstas no PRR

Pilar 3 – Requalificar a organização, a gestão e o funcionamento

A RNCCI tem vindo a desenvolver-se desde 2006 com o incremento, diversificação e consolidação, das suas respostas mantendo sempre a atenção particular aos padrões e nível de qualidade dos seus processos e subprocessos com o objetivo major de melhorar o grau de cumprimento da sua missão: melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência, de respostas de acordo com as necessidades da população. Estima-se que cerca de 7% da população mundial tenha necessidades na área dos cuidados continuados (*"long term care"*), e que esse valor seja de 19% na população com 65 ou mais anos, segundo o *2021 Ageing Report, Economic & Budgetary Projections for the EU Member States*, da Comissão Europeia (2021).

Os quase 18 anos de funcionamento da RNCCI permitiram identificar um conjunto de áreas de melhoria que importa ter em conta para a sua consolidação e desenvolvimento.

Assim, neste terceiro pilar estratégico a DE-SNS pretende uma aposta em iniciativas que permitam alcançar os seguintes objetivos:

- › Aumentar o acesso, a qualidade e a eficiência;
- › Organizar as respostas em função das necessidades das pessoas;
- › Adaptar a gestão da RNCCI à nova configuração do SNS;
- › Introduzir incentivos financeiros associados à melhoria do desempenho e aos ganhos alcançados para as pessoas e para as entidades prestadoras de cuidados.

Para a concretização deste desiderato, foram consideradas diversas medidas que estão a ser planeadas pela DE-SNS para que possam ser implementadas no terreno, nomeadamente:

- › Reorganização das estruturas dos diferentes níveis de gestão da RNCCI, ajustando-a ao novo contexto de organização dos cuidados de saúde em modelo de ULS;

- › Identificar as necessidades de camas e lugares da RNCCI, por forma a atingir a meta até 2030, uma vez que apesar do investimento do PRR, não ficam as necessidades da RNCCI supridas no final 2025;
- › Identificar as Entidades que dispõem de equipamentos para a instalação de respostas da RNCCI e que não eram elegíveis para o PRR, mas que cumprem com as condições exigidas para serem integradas na RNCCI e assim ser possível no mais curto espaço de tempo atingir a meta definida;
- › Definir um modelo de contratualização que permita ajustar o financiamento à tipologia de doentes, definindo um financiamento ajustado ao custo real por doente em cada tipologia da RNCCI.

O processo de contratualização a implementar na RNCCI, deve considerar as seguintes orientações específicas, a observar por todos os intervenientes:

- › Colocar o utente no centro do processo de cuidados, adotando uma abordagem de saúde e de apoio social baseada na planificação de objetivos partilhados e alcançáveis num período de tempo, assentes num plano individual de intervenção que envolva o utente, a família/cuidador informal e cuidadores formais;
- › Incentivar a prestação de cuidados de acordo com os princípios e valores da RNCCI, nomeadamente:
 - Equidade no acesso à rede;
 - Proximidade e continuidade de cuidados;
 - Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
 - Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
 - Avaliação periódica das necessidades da pessoa e definição periódica de objetivos de funcionalidade;
 - Promoção, recuperação ou manutenção da funcionalidade;
 - Participação do utente e seus familiares, na elaboração do Plano Individual de Intervenção;
 - Eficiência e qualidade na prestação de cuidados;
- › Incentivar a responsabilização e implicar as unidades da RNCCI num processo de negociação transparente e responsabilizante de objetivos, assegurando a sua monitorização ao longo do tempo e a sua avaliação;
- › Promover a autonomia técnica das unidades da RNCCI e a participação dos profissionais na definição e implementação das estratégias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estão efetivamente disponíveis;
- › Potenciar a utilização de mecanismos de autorregulação das unidades da RNCCI, incentivando a sua proatividade na busca de soluções e boas práticas que levem a ganhos de eficácia e eficiência nas unidades e na própria RNCCI;
- › Promover a transparência da informação, nomeadamente através da disponibilização de dados sobre o investimento financeiro na RNCCI e sobre o desempenho das Unidades de Cuidados Continuados Integrados;

- › Estabelecer mecanismos formais de articulação entre as Unidades e Equipas da RNCCI, os Hospitais e as ULS, com especial incidência nas áreas clínica e de gestão administrativa;
- › Incentivar a cultura da prestação de cuidados em equipa multidisciplinar, de forma a promover a autonomia funcional dos utentes, estabelecer ou restaurar as suas competências ou capacidades ainda não desenvolvidas ou limitadas e promover estratégias de vida ativa na vertente física, cognitiva, psicossocial ou sensorial e emocional;
- › Envolver os cidadãos e as comunidades nos processos de reabilitação e reintegração, através de órgãos e de práticas formais e informais, que promovam a participação, a tomada de decisão, o aumento da autoeficácia, a cidadania e o aumento da literacia em saúde;
- › Desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão nas Unidades e Equipas da RNCCI, nomeadamente na área da gestão financeira, de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras.

Este processo negocial do desempenho das unidades da RNCCI encontra-se inserido no processo já previsto pela DE-SNS de monitorização, avaliação e aferição da qualidade assistencial determinado pela legislação e pelos contratos-programa em vigor na RNCCI.

Respostas Existentes e Movimento Assistencial

Estando presente em todo o território nacional, a RNCCI inclui cuidados domiciliários, de ambulatório, de internamento e residenciais, com características e perfis de intervenção específicos, nomeadamente:

- › No âmbito domiciliário, existem Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), na Rede Geral, e Equipas de Apoio Domiciliário (EAD), de adultos e de Infância e Adolescência, na área dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM);
- › As respostas de ambulatório existem na área dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP), com a Unidade de Ambulatório Pediátrica (UAP), e na área dos CCISM, com as Unidades Sócio Ocupacionais (USO) de adultos e Unidades Sócio Ocupacionais - Infância e Adolescência (USO-IA). Importa ainda referir as Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA), que serão uma realidade em breve conforme já referido anteriormente;
- › As respostas de internamento correspondem às Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), da Rede Geral, as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e à Unidade de Cuidados Pediátricos Integrados Nível 1 (UCIP 1) na área dos CCIP;
- › As respostas residenciais correspondem à área dos CCISM e traduzem-se em Residências de Apoio Máximo (RAMa), Residências de Apoio Moderado (RAMo),

Residências Autônomas (RA), Residências de Treino de Autonomia (RTA) e Residências de Treino de Autonomia - tipo A Infância e Adolescência (RTA-IA).

A RNCCI no final no 1º trimestre de 2024 disponha de 16 414 lugares, distribuídos da seguinte forma:

- › 10 052 lugares de internamento;
- › 231 lugares de ambulatório;
- › 6 131 lugares domiciliários.

A RNCCI tem vindo a crescer conforme se pode verificar no quadro infra:

*Evolução do número de camas e lugares da RNCCI 2020-2024**

Nº de camas e lugares	2020	2021	2022	2023	2024
ECCI	5637	5 646	5690	6 024	6 019
UC	1147	1 220	1190	1 242	1 289
UCP-RNCCI	166	166	166	166	166
ULDM	5115	5 194	5182	5 107	5 180
UMDR	3060	3 179	3207	3 208	3 208
UAP	20	20	20	20	20
UCIP - Nível 1	17	17	17	17	17
EAD	56	96	96	112	112
EAD/IA	8	8	0	0	0
RA	27	27	27	27	27

RAMa	48	72	72	67	67
RAMo	28	60	44	54	54
RTA	19	37	37	37	37
RTA/A	7	7	7	7	7
USO	155	181	181	181	181
USO/IA	30	30	30	30	30
Totais	15 540	15 960	15 966	16 299	16 414

**dados a 31.03.2024*

No momento e para a concretização das respostas existentes existem 745 contratos outorgados com diferentes Entidades gestoras que se revestem de diferente natureza jurídica, conforme podemos constatar no quadro infra:

Número de prestadores por tipologia e natureza jurídica

Tipologia	IPSS	Privado	SCM	SNS	Total
ECCI				312	312
UC	13	16	19	7	55
UCP-RNCCI	6	6	2		14
ULDm	47	33	107		187

UMDR	37	30	67		134
UAP	1				1
UCIP - Nível 1	1				1
EAD	13		1		14
EAD/IA					
RA	4				4
RAMa	3		1		4
RAMo	5				5
RTA	4				4
RTA/A	1				1
USO	7				7
USO/IA	2				2
Totais	144	85	197	319	745

No ano de 2023, foram admitidos na RNCCI, 38 912 utentes que se traduz numa média de cerca de 3 243 utentes/mês. No 1º trimestre 2024 foram já admitidos nas diferentes tipologias da RNCCI 10 411 utentes, o que se traduz numa média de 3 470 utentes/mês, o que reflete uma subida face a 2023.

Mantendo-se esta tendência no ano 2024, estima-se virem a ser admitidos nas diferentes tipologias de resposta da RNCCI 41 640 utentes.

O movimento assistencial da RNCCI tem vindo a crescer de forma sustentada, estimando-se que essa tendência se irá manter, conforme podemos verificar no quadro abaixo:

Número de utentes admitidos versus número de altas

Ano	2020	2021	2022	2023	2024 *
Nº Utes Admitidos	34 656	37 358	39 201	38 912	10 411
Nº de Altas	34 630	37 064	38 652	38 900	9 999

**dados a 31.03.2024*

Os dados que dispomos mostram-nos que da população que é admitida/assistida na RNCCI cerca de 83,4% tem idade ≥ 65 anos e cerca de 49,5% tem idade ≥ 80 , tendência que tem vindo a crescer lentamente e de forma sustentada.

Para a manutenção de funcionamento das Unidades/Equipas e considerando que os contratos têm uma duração máxima de 3 anos económicos torna-se necessário proceder à sua renovação a cada triénio.

Durante o 1º semestre de 2023 foram instruídos 71 processos contratuais para a outorga dos contratos de renovação no âmbito da RNCCI para o triénio 2023-2025 (Despacho n.º 5511/2023, de 12 de maio).

Nos termos do disposto na alínea c) do n.º 1 do artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, o financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos a regulamentar, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade.

Através da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, alterada pela Portaria n.º 140/2021, de 8 de julho, e pela Portaria n.º 272/2022, de 10 de novembro, foram estabelecidos o regime de definição de preços e a responsabilidade na repartição e assunção dos encargos relativos aos cuidados de saúde e de apoio social, prestados nas respostas da RNCCI. Considerando, entre outros, a evolução do valor da retribuição mínima mensal garantida e do índice harmonizado de preços no consumidor e tendo em vista o reforço da sustentabilidade das unidades de internamento, ao necessário ajustamento dos preços dos cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social foi publicada a Portaria n.º 47/2024, de 9 de fevereiro, com a atualização dos preços da RNCCI.

Adicionalmente, dando cumprimento ao estipulado no Compromisso de Cooperação 2023 -2024 para o Setor Social e Solidário, nomeadamente à disposição excecional que

determina que, de modo a minimizar as dificuldades financeiras das entidades parceiras da RNCCI, agravadas pela pandemia de COVID-19 e pelo aumento da inflação decorrente da invasão da Ucrânia pela Rússia, foi emitida uma nova portaria (Portaria n.º 74/2024, de 29 de fevereiro) para atualização dos preços aplicáveis ao ano de 2023, assumindo-se um aumento de 2,4%, em linha com o praticado para as respostas sociais das estruturas residenciais para idosos e lares residenciais, o que terá a correspondente repercussão nos preços de 2024.

Plano de Recuperação e Resiliência

Enquadrado na componente 1 do PRR que pretende reforçar a capacidade do SNS para responder às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, inovação terapêutica e tecnológica, à tendência de custos crescentes em saúde e às expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, encontra-se previsto o Investimento RE-C01-i02: Alargamento da RNCCI e da RNCP, no qual foram definidas diversas metas para reforçar a resiliência do sistema de saúde e assegurar a igualdade de acesso a serviços de qualidade na área da saúde.

Este investimento global, previsto em 290.800.000,00€, consiste num programa estruturado e faseado para apoiar financeiramente promotores do setor público, privado e social, pelo que foi publicado o Decreto-Lei n.º 116/2021, de 15 de dezembro, que estabelece as condições necessárias à concretização dos investimentos previstos no PRR para a RNCCI e RNCP.

Com base nas existências e nas metas para as respostas de internamento, foram identificadas as necessidades existentes em cada tipologia de respostas, como o objetivo de atingir as metas definidas até 2026, aumentando a capacidade de internamento atual da RNCCI em mais de 50%, bem como aumentar as respostas de saúde mental e das camas de cuidados paliativos de baixa complexidade.

Assim e no cumprimento deste desiderato foi autorizado o financiamento para a abertura de:

- › 1420 camas da tipologia de Convalescença;
 - 268 camas de Convalescença no setor público;
 - 1152 camas Convalescença no setor social e/ou privado;
- › 600 camas da tipologia de Média Duração e Reabilitação, no setor social e/ou privado;
- › 3 480 camas da tipologia de Longa Duração e Manutenção, no setor social e/ou privado;
- › 50 Equipas de Cuidados Continuados Integrados, no setor público;
- › 500 lugares de Unidade de Dia e Promoção da Autonomia, no setor social e/ou privado;
- › 770 camas de diferentes tipologias de Saúde Mental, no setor social e/ou privado;
- › 230 lugares de Unidade Socio-Ocupacional (adulto e Infância e Adolescência);

- › 10 Equipas de Apoio Domiciliário de Saúde Mental, no setor social e/ou privado;
- › 400 camas de Cuidados Paliativos de baixa complexidade, no setor social e/ou privado;
- › 10 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, no setor público.

Esta medida de financiamento permitirá criar 6 670 novos lugares de internamento nas diversas tipologias da RNCCI (incluindo Saúde Mental e RNCP), e ainda, 730 lugares de ambulatório e 1 200 lugares de cuidados domiciliários.

O quadro infra, espelha o ponto de situação dos concursos do PRR a 30 de abril de 2024:

	META			CANDIDATURAS		
	PUBLICO	PREVISTO	PUBLICADO	CAMAS CANDIDATADAS	ESTADO	NECESSIDADE DE REPUBLICAÇÃO DE AVISOS - Nº CAMAS
NORTE						
RNCCI UC		412	357	912	Aguarda Publicação Final	
ULSTMAD	20					
ULSMA	28					
RNCCI MDR		160	125	482	Audiência de Interessados	
RNCCI LDM		1280	1035	1793	Audiência de Interessados	
RNCP		180	180	225	Audiência de Interessados	
UDPA		175	175	100	Concluído	75
RTA		24	24	12	Concluído	12
RA		14	14	0		14
RAMo		32	32	32	Concluído	
RAMa		72	72	38	Concluído	34
RAMA IA		24	24	0		24
RTA TIPO A		12	12	0		12
USO		120	120	120	Concluído	
USO IA		20	20	0		20
EAD		20	20	85	Concluído	
EAD IA		10	10	0	Reconverteu para EAD	
ECCI		15			Em funcionamento	
ULS N		1			Em funcionamento	
ECSCP		4			Em funcionamento	
CENTRO						
RNCCI UC		120	120	459	Pedido de Esclarecimentos	
ULS RA	20					
ULS VD	20					
ULS BM	20					
ULS CB	20					
RNCCI MDR		0	0	105		

RNCCI LDM		200	200	803	Pedido de Esclarecimentos	
RNCP		98	98	350	Pedido de Esclarecimentos	
UDPA		100	100	180	Elaboração Lista Final	
RTA		36	36	0		36
RAMo		32	32	8	Elaboração Lista Final	24
RAMa		24	24	48	Elaboração Lista Final	24
RAMA IA		0	0	10		
RTA TIPO A		12	12	6	Elaboração Lista Final	6
USO		60	60	145	Elaboração Lista Final	
USO IA		0	0	110		
EAD		1	1	70	Elaboração Lista Final	
EAD IA		1	1	34	Elaboração Lista Final	
ECCI		7			Não Constituída	
ULS CB		4			2 Constituídas	
ECSCP		2			Não Constituída	
LVT						
RNCCI UC		640	400	645	Avaliação inicial de documentos	
ARSLVT	60					
MU SINTRA	60					
RNCCI MDR		420	220	443	Avaliação inicial de documentos	
RNCCI LDM		1900	1480	1779	Avaliação inicial de documentos	
RNCP		82	82	0		
UDPA		175	175	94	Pedido de Esclarecimentos	
RTA		36	36	0	Pedido de Esclarecimentos	
RA		28	28	7	Pedido de Esclarecimentos	
RAMo		80	80	18	Pedido de Esclarecimentos	
RAMa		96	96	38	Pedido de Esclarecimentos	
RAMA IA		24	24	0		
RTA TIPO A		48	48	0		
EAD		2	2	2		
EAD IA						
ECCI		17			Não Constituída	
ECSCP		2			Não Constituída	
ALENTEJO						
RNCCI - ULD		40	40	1	Excluído	
RNCP		14	14	0		14
UDPA		25	25	0		25
RAMo		16	16			16
RAMa		72	72	24	Excluído	72
RAMa - IA		12	12	0		12
EAD		1	1	0		1
EAD IA		1	1	1	Concluído	

ECCI		1			Constituídas	
ULS BxA		3			Constituídas	
ECSCP ULAAA		1				
ALGARVE						
RNCCI UC		40	40	0		40
ULS A	20					
RNCCI MDR		20	20	20	Concluído	
RNCCI LDM		60	60	30	Concluído	30
RNCP		26	26	10	Concluído	16
UDPA		25	25	25	Concluído	
RTA		12	12	0		12
RAMo		16	16	0		16
RAMa		24	24	24	Concluído	
RAMa IA		12	12	12	Concluído	
RTA TIPO A		12	12	0		12
USO		30	30	0		30
EAD		1	1	0		1
ECCI		2			Aguardam Obras	

Considerando a ausência até ao momento da definição da responsabilidade na repartição e assunção dos encargos relativos aos cuidados de saúde e de apoio social e dos valores da diária para esta tipologia de UDPA na RNCCI, parece-nos que é premente a definição e publicação da tabela de preços aplicável, para que se possa dar seguimento aos procedimentos de financiamento do PRR das candidaturas apresentadas.

De acordo com o ponto 9 de artigo 16º da Portaria n.º 155-A/2023, de 6 de junho, a apreciação de candidaturas é realizada em articulação com a DE-SNS.

Próximos passos

Atualmente não existe qualquer margem de dúvida de que a RNCCI tem de ser repensada e terão de ser desenvolvidos todos os esforços que possam contribuir para que sejam alcançados os objetivos principais que esta inovadora resposta de saúde e apoio social visa alcançar, nomeadamente o aumento do grau de autonomia da funcionalidade das pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e/ou apoio social.

Deverá ser promovida uma cultura que incentive a implementação de novos modelos organizacionais, incorporando assim novos paradigmas orientados para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, numa ótica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza multidisciplinar.

Das tipologias existentes na RNCCI, a tipologia de Longa Duração e Manutenção, quer pela sua procura, quer pelo tipo de doentes que aí são admitidos, vai requerer uma atenção especial e urgente.

Não existe um conceito único e estandardizado a nível internacional para caracterizar o que se entende por cuidados de longa duração. Mesmo no universo dos países da União Europeia, existem respostas distintas, em termos conceituais e de maturidade. Em Portugal, este conceito tem estado muito associado às respostas da RNCCI, o que limita análises comparativas da realidade do nosso país. De qualquer das formas, é cada vez mais evidente que todos os países desenvolvidos enfrentam desafios comuns na área dos cuidados de longa duração, designadamente, a comportabilidade dos preços, a disponibilidade e o acesso, a qualidade dos cuidados prestados, a captação e retenção de recursos humanos, o modelo de financiamento e a governança.

Adicionalmente, estima-se que as necessidades em cuidados de longa duração continuem a aumentar mais do que o crescimento da economia em geral, pelo que o peso desta despesa em percentagem da riqueza criada, nomeadamente do Produto Interno Bruto (PIB), vai aumentar. Este é um risco significativo para as finanças públicas dos vários países, incluindo Portugal, na medida em que grande parte do crescimento da despesa terá de ser suportada por financiamento público, dado as limitações financeiras das pessoas que necessitam destes cuidados e o risco financeiro para as famílias que os mesmos acarretam. É por isso que aumentar a proteção social parece ser a melhor forma, e talvez a única, de responder ao elevado risco da dependência nos cuidados de longa duração, por razões de equidade e eficiência.

Num trabalho conjunto do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, foi criado um grupo de trabalho coordenado pelo Dr. Nuno Marques, integrando dois elementos de cada um dos ministérios, sendo da área da saúde um elemento do Gabinete do Sr. Secretario de Estado da Saúde e um elemento da DE-SNS. O grupo elaborou uma proposta de enquadramento de um novo Modelo de Gestão de *Long Term Care*, para ser apresentado aos respetivos ministérios.

O enquadramento de um novo Modelo de Gestão da RNCCI equaciona a integração de toda a tipologia de cuidados, com foco no utente e suas necessidades, prevendo que sejam adaptadas as respostas dos Cuidados Integrados e de Longa Duração a essas necessidades.

A integração de cuidados implica uma articulação muito ágil e a existência de fluxos entre as várias tipologias, permitindo que cada um dos utentes do sistema usufrua em cada momento dos melhores cuidados disponíveis para a sua situação.

Em todas as tipologias de cuidados os utentes possuem como objetivo a sua integração na comunidade e se possível de forma independente.

A experiência Europeia dos *Long Term Care* mostra-nos a necessidade de atender à situação dos Recursos Humanos e à qualidade dos serviços prestados. A aposta na diferenciação dos recursos humanos dos Cuidados Integrados e de Longa Duração

implica que sejam repensadas formas adequadas para garantir a sua captação e retenção no sistema, como por exemplo, poderem ser definidas carreiras de âmbito nacional.

Os recursos humanos dos Cuidados Integrados e de Longa Duração deverão ter a sua capacitação e formação garantidas através da formação académica dos seus elementos, acrescida da aquisição de competências específicas, proporcionada pelo Centro de Competências de Envelhecimento Ativo.

As instituições/prestadores deverão ainda promover, a capacitação dos seus profissionais em metodologias de melhoria continua da qualidade de prestação de cuidados, o que servirá de apoio à certificação de qualidade das instituições e das respostas que estas providenciam.

De considerar ainda de particular importância a questão da diversidade dos doentes, que exigirá uma revisão do modelo de financiamento, dado que, o nível de dependência e o grau de complexidade destes, representa um dos grandes vetores de custos.

A estratégia subjacente às soluções preconizadas deve assentar na qualidade de cuidados e nos ganhos em saúde. Para o efeito, é necessário definir para este nível de cuidados indicadores de qualidade e indicadores de ganhos em saúde.

A sustentabilidade deve assentar, na importância da contratualização, ainda não aplicada a este nível de cuidados, enquanto ferramenta que privilegie uma distribuição de recursos em função de resultados.

A DE-SNS espera que estas novas abordagens de prestação de Cuidados Integrados e de Longa Duração, permitam uma utilização mais eficiente dos recursos, garantindo que o acesso aos cuidados agudos seja para os que efetivamente deles necessitam e, permitindo em simultâneo, aos que deles já não carecem transitar de forma fluida e célere para outra tipologia de cuidados mais adequada às suas necessidades.

Aumento da Capacidade Instalada

Através da publicação do Despacho n.º 12979/2023, de 19 dezembro, ficou a ACSS, e o ISS, autorizados a assumir os compromissos plurianuais, para o triénio de 2023-2025, decorrentes de novos contratos-programa e de adendas que constituem alargamentos aos contratos-programa em execução, no âmbito da RNCCI, num total de 561 lugares de internamento, processo que ainda se encontra em fase de conclusão, tendo aberto até ao momento 190 camas, estando as restantes em processo de organização para que possam ser outorgados os contratos.

Não obstante a RNCCI manter um crescimento continuado ao longo destes 18 anos de existência, permanecem diversas assimetrias, merecendo destaque pela DE-SNS:

- › a carência de camas/lugares nos grandes centros urbanos;
- › as assimetrias por tipologias com claro predomínio para o aumento das ULDM, que, ainda assim, fica aquém das necessidades e algum abrandamento no

aumento das Unidades de Convalescença, mas, também, com uma progressão lenta e regionalmente desigual das UCP;

- › assimetria na tipologia de respostas com claro predomínio das respostas em regime de internamento em detrimento das respostas domiciliares.

Tem vindo a ser efetuado um esforço no sentido de equilibrar e ajustar as respostas de acordo com as necessidades, tendo neste momento o PRR vindo alavancar o crescimento e desenvolvimento da RNCCI incluindo as respostas de saúde mental, e a RNCP, com o aumento da oferta bem como com a diversificação dessas mesmas respostas para o horizonte temporal até 2026,

Para além desta medida, considerando as necessidades que apesar do PRR ainda se mantêm, foi preparada pela DE-SNS uma proposta para a abertura de novas camas da RNCCI, apresentadas por prestadores que têm no momento estruturas já prontas a funcionar e, por conseguinte, não são elegíveis para o PRR, mas que, cumprindo com as exigências da RNCCI, podem ser de imediato integradas na rede e assim permitir atingir de forma mais célere os objetivos propostos.

Renovação de Contratos Triénio 2024/2026

As renovações previstas e necessárias para o triénio 2024-2026, foram já identificadas pela DE-SNS e preparado, com a ACSS e o ISS, o respetivo despacho, aguardando-se a publicação da autorização dos Ministérios das Finanças, da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, para que fiquem a ACSS e o ISS autorizados a assumir os compromissos plurianuais com as Entidades gestoras dos contratos que por força da sua vigência terminaram em 31.12.2023 e cuja atividade é mantida.

Interoperabilidade Sistemas de Informação Saúde/Segurança Social

A RNCCI é suportada por um aplicativo informático gerido pela ACSS e SPMS, intitulado *SI RNCCI - Sistema de informação da RNCCI*, é uma solução exclusivamente para esta área que assegura as necessidades de todos os níveis da rede, mantendo o foco no elemento principal – o Utente. É um sistema dinâmico, que têm vindo a introduzir várias adaptações no sentido de promover maior agilização no processo de referênciação e integração dos utentes na RNCCI e também para estabelecer a interoperabilidade entre a Saúde e a Segurança Social.

O SI-RNCCI dispõe de:

- › Funcionamento Web em tempo real;
- › Permissão de acesso nominativos, de acordo com diferentes níveis das equipas da RNCCI (EGA, EIHSCP, ECCI, ECSCP, ECL, ECR, UCCI, ACSS, Coordenação Nacional e DE-SNS);
- › Acomoda o processo do utente, nas várias fase/estados;
- › Gestão de doentes;

- › Emite a Faturação por tipologia na área da saúde;
- › Relatórios (sem módulo estatístico).

No âmbito da RNCCI, os encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social são imputados ao utente, mediante a comparticipação da Segurança Social a que houver lugar. A comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social, fixados na tabela de preços em vigor, que corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente. O ISS determina o valor a pagar pelo utente, que até 2020 foi realizada de modo manual e a partir desta data passou para modo automático.

No âmbito do SIMPLEX, está a decorrer, com a participação da DE-SNS, o processo de interoperabilidade entre os sistemas de informação da Segurança Social e da Saúde, com vista à desmaterialização e simplificação do processo de referenciação dos utentes da RNCCI e faturação às entidades prestadoras. Este processo desenvolve-se em dois módulos, o Módulo de Cálculo da Comparticipação do Utente na RNCCI e o Módulo de Faturação e com o objetivo de compatibilizar os sistemas de comunicação entre as diferentes aplicações da RNCCI, foram desenvolvidos e testados os *WebService* (WS), de modo a permitir a integração dos sistemas da Saúde - SI_RNCCI e da Segurança Social - SSD_CCCI.

Em 2019 entrou em produção na Segurança Social Direta - Comparticipação por Cuidados Continuados Integrados (SSD_CCCI), o Módulo de Cálculo da Comparticipação do Utente na RNCCI, iniciando-se os testes de interoperabilidade entre o SSD_CCCI pela Segurança Social e o SI_RNCCI, pela Saúde.

Em 2020, os testes de interoperabilidade entre a Segurança Social e a Saúde foram interrompidos por iniciativa da Saúde, a qual teve de redirigir as suas prioridades para responder a desafios emergentes provocados pela situação pandémica. Esta situação comprometeu o planeamento para entrada em produção da interligação dos dois sistemas aplicativos.

Considerando o avançado estado de desenvolvimento do módulo de cálculo na segurança social direta, em 2020, o ISS deixou de realizar determinação o valor a pagar pelo utente, de forma manual, e passou a realizar automaticamente através deste módulo.

Em janeiro de 2022, os contactos entre a Saúde e Segurança Social foram restabelecidos para retomar os trabalhos e definido um calendário de ações a desenvolver nesta matéria.

A interoperabilidade entre o SI_RNCCI e a SSD_RNCCI, requer a celebração de um Protocolo entre os organismos envolvidos, nomeadamente:

- › DE-SNS;
- › ACSS;

- › SPMS;
- › ISS;
- › Instituto de Informática da Segurança Social, I.P.

A proposta de Protocolo circulou pelos organismos envolvidos neste processo e versão final e consensualizada do Protocolo foi celebrada em 2023, relativamente ao módulo de comparticipação.

Em 2023 foram definidos os requisitos para o módulo de faturação, iniciando-se os trabalhos entre o II-ISS e os SPMS, com o apoio da DE-SNS, nesta área.

Relativamente ao módulo de cálculo de comparticipação, continuam a decorrer os trabalhos de articulação entre os SPMS e o II-ISS, com o apoio da DE-SNS, prevendo-se que a conexão de dados entre em produção no primeiro semestre de 2024.

Algumas das vantagens da interoperabilidade são:

- › A solução de contingência da SSD só melhora com a interoperabilidade, uma vez que foi construída para esse efeito;
- › Os processos a tratar pela primeira vez surgem nos dois sistemas e deixa de existir carregamentos manuais na SSD;
- › Deixa de ser necessário na SSD a atualização permanente e manual relativamente a datas: TA, admissão, transferência, alta, óbito. Esta informação é recebida pelo SI RNCCI, mantendo os processos atualizados e em simultâneo nos dois sistemas;
- › O utilizador da SSD deixa de registar a informação que consta no SI RNCCI;
- › Registo manual conduz a disparidade de informação entre o SI RNCCI e a SSD;
- › O apuramento do cálculo de comparticipação na SSD passa a migrar para o sistema de faturação do SI RNCCI de forma automática;
- › Redução dos tempos de espera do utente desde a sua referência até à integração efetiva numa unidade;
- › Redução dos tempos de afetação dos técnicos a tarefas administrativas, aumentando o tempo para acompanhamento dos processos dos utentes;
- › Toda a informação trocada entre os organismos é de forma automatizada e transparente;
- › Maior fiabilidade nos dados partilhados.

Revisão Legislativa

Ao longo destes quase 18 anos, sem se perder o âmbito conjunto dos dois Ministérios envolvidos, vários diplomas legais sobre a RNCCI foram publicados e diferentes formas de coordenação nacional ocorreram.

A coordenação a nível nacional, regional e local, está prevista desde criação da Rede, sendo a coordenação a nível regional assegurada por cinco equipas constituídas, respetivamente, por representantes de cada Administração Regional de Saúde e dos centros distritais de segurança social.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que cria a DE-SNS, define, no seu n.º 2 do Artigo 3.º - Missão e atribuições -, que a DE-SNS entre outras prossegue nas seguintes atribuições:

“a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), ao longo do percurso de saúde do utente;

b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes;

c) Gerir a RNCP, assumindo a sua coordenação, para efeitos da base XI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, em articulação com os demais organismos competentes, e integrando a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP)”

Assim, no que diz respeito à Coordenação Regional e considerando as competências da DE-SNS, foram por Despacho do Sr. Ministro da Saúde de 28 março de 2023, afetas funcionalmente à DE-SNS as ECR considerando que as mesmas desenvolviam funções agora da sua competência por força do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro.

Foi atualizado o SI-RNCCI no que diz respeito as Equipas Coordenadoras Locais atendendo à necessária reorganização pela integração dos ACeS nas ULS.

O novo modelo de organização de cuidados de saúde em ULS, e a eventual extinção das administrações regionais de saúde, trouxe uma nova reorganização ao SNS, que não se encontra ainda plasmada na legislação da RNCCI. Assim, surge a necessidade urgente de visitar todo o acervo legal que enforma a RNCCI, RNCP e Saúde Mental, adaptando-a à nova realidade e simplificando e flexibilizando o processo, de referenciação e admissão nas respostas da RNCCI, pelo que, para o desenvolvimento deste objetivo específico de natureza multidisciplinar e temporária, foi equacionada pela DE-SNS e proposta à Tutela, a criação de uma Equipa de Projeto, com o objetivo de desenvolver uma proposta legislativa de compilação, organização e atualização do acervo legal/documental da RNCCI, RNCP e Saúde Mental, ajustada à nova organização do SNS.

Rede Nacional de Cuidados Paliativos

Em Portugal, desde 2012 que está definida a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os sistemas de saúde são responsáveis pela integração dos Cuidados Paliativos (CP) na totalidade dos cuidados disponibilizados a pessoas com doenças crónicas e ameaçadoras da vida.

Ainda de acordo com a OMS, os CP são tanto mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças, não só melhorando a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, como reduzindo hospitalizações desnecessárias e a (sobre) utilização de serviços de saúde.

Os CP especializados são um dos componentes do SNS, que se pretende sustentável, de qualidade e acessível.

Desde o início, a política neste âmbito elencava como prioridade 'Um SNS mais justo e inclusivo que responda melhor às necessidades da população', nomeadamente:

“As situações de doença incurável ou grave, em fase avançada e/ou progressiva, implicam uma abordagem específica dirigida ao doente, seus familiares e cuidadores, com o intuito de prevenir, aliviar e minimizar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Para este efeito, importa expandir as respostas em cuidados paliativos existentes em Portugal, num modelo de integração da abordagem paliativa em todos os contextos de cuidados de saúde, com cuidados paliativos generalistas e cuidados paliativos especializados.

Constituir Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, em todos os ACES que ainda delas não dispõem, reforçando a dotação de recursos humanos das já existentes, investindo nas suas formação específica e valorização profissional”.

Enquanto isso, a evolução demográfica da população aumentou ainda mais a procura, sendo reconhecida em toda a Europa a dificuldade de contratação e fixação de profissionais para a prestação destes cuidados.

A disponibilidade de cuidados paliativos é ainda insuficiente no nosso país, o que dificulta a resposta a esta tipologia de cuidados. Apesar de na última década terem existido melhorias na cobertura territorial dos cuidados, as taxas globais de acesso são ainda baixas.

Neste sentido a DE-SNS considera fundamental a criação de condições de cuidados paliativos em proximidade, que promovam o alívio do sofrimento do doente e sua família, contribuindo para uma sociedade compassiva.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos, enquanto cuidados holísticos, desempenham um papel vital no curso das doenças crónicas e ameaçadoras da vida de muitos portugueses, melhorando a qualidade de vida para estas pessoas, mas também para os seus cuidadores, familiares e amigos que os apoiam.

São cuidados ativos, aplicáveis em qualquer idade, em diferentes doenças e devem estar disponíveis em todos os níveis de cuidados de saúde. Portanto, no contexto português, e em alinhamento com a OMS, define-se os cuidados paliativos como:

"Os cuidados paliativos são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar o sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global. Assim, quer a causa do sofrimento seja a doença cardiovascular, o cancro, a falência grave dos órgãos, a tuberculose resistente aos medicamentos, as queimaduras graves, as doenças crónicas em fase terminal, os traumas agudos, a prematuridade extrema à nascença ou a extrema fragilidade da velhice, os cuidados paliativos podem ser necessários e têm de estar disponíveis em todos os níveis de cuidados".

A RNCP, como já referido, foi criada através da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, que veio definir a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos.

Em continuidade com os planos anteriores, sob a coordenação da DE-SNS, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) deu particular atenção à cobertura nacional pelas respostas especializadas em Cuidados Paliativos/Cuidados Paliativos Pediátricos, nomeadamente na implementação de novas Equipas Comunitárias de Suporte e Cuidados Paliativos e o reforço das equipas já existentes. Apesar das limitações para a concretização das medidas do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022, reflexo das contingências provocadas pela pandemia Covid-19 que comprometeu a agilidade na sua concretização, foi aprovado pela DE-SNS e publicitado na sua página on-line, o Relatório 2021-2022.

Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDSCP) em Portugal Continental para o biénio 2023-2024, sob a coordenação da DE-SNS, veio reafirmar os fundamentos e a abordagem do plano para 2021-2022, com precisão na estratégia de organização e coesão de cuidados num novo paradigma de desempenho do SNS, em resultado da generalização do modelo das ULS.

O PEDCP 2023-2024 mantém o foco na garantia de dotação adequada em recursos humanos da RNCP, agilização das plataformas digitais como ferramentas de trabalho e de promoção de conhecimento, bem como na definição clara de critérios de qualidade e orientação para metas a atingir.

A DE-SNS aprovou o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para o biênio 2023-2024, disponível na sua página on-line.

O PEDCP desenvolve-se em 4 eixos:

- › EIXO PRIORITÁRIO I – CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA;
- › EIXO PRIORITÁRIO II – FORMAÇÃO;
- › EIXO PRIORITÁRIO III – QUALIDADE;
- › EIXO PRIORITÁRIO IV – ORGANIZAÇÃO.

Decorrente da aprovação do Plano Estratégico 2023-2024, foram desencadeadas outras ações aprovadas pela DE-SNS e publicitadas na sua página on-line:

1. As pessoas com necessidades de saúde complexas precisam de cuidados de saúde de múltiplos prestadores em vários ambientes de saúde, pelo que o risco de receberem cuidados fragmentados é elevado.

Por isso, na reorganização do SNS, é imprescindível a agregação das equipas de cuidados paliativos, criando os serviços integrados das ULS.

Importa ainda garantir a prestação de cuidados integrados ao doente paliativo, centrados nas suas necessidades, com inclusão dos mesmos nas tomadas de decisão, perspetivando a simplificação de processos, a qualificação das respostas e a melhoria dos resultados.

Assim, foi elaborado pela CNCP e aprovado pela DE-SNS um documento orientador para a criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), como modelo organizacional a implementar nas ULS.

2. As diversas Equipas Locais de Cuidados Paliativos necessitam de ferramentas que lhes permitam realizar o seu trabalho, registar a sua atividade e partilhar informação com todas as equipas com quem estabeleçam ligações, dentro e fora da RNCP, e ainda receber retorno dessa atividade para controlo interno e possibilidade de melhoria contínua.

Acima de tudo, necessitam da possibilidade, pela via informática, de aprofundar a sua interligação, tornando mais consistente a RNCP, que, por ser de natureza funcional, por vezes enfrenta barreiras na sua efetividade. São também uma oportunidade de reforçar o conceito de equipa única e alargada, centrada na pessoa com necessidades paliativas e a sua família, cujo expoente máximo seria concretizado na realidade de uma ULS. Tendo em consideração que a plataforma informática predominante no SNS é o “SCLínico”, torna-se imprescindível que a mesma garanta:

- › Colaboração: O software deve permitir que os membros da equipa colaborem efetivamente no atendimento do doente à sua responsabilidade. Isto inclui

recursos como a capacidade de partilhar informação, atribuir tarefas e comunicar uns com os outros em tempo real;

- › Acessibilidade: O software deve ser acessível a todos os membros da equipa, independentemente da sua localização. Isso inclui a capacidade de aceder ao software a partir de diferentes dispositivos e plataformas, como computadores desktop, laptops, tablets e smartphones;
 - › Personalização: O software deve ser personalizável para atender às necessidades específicas da equipa de cuidados paliativos. Isso inclui a capacidade de criar planos de cuidados personalizados, acrescentar escalas validadas, adicionar ou remover membros da equipa e modificar fluxos de trabalho conforme necessário, incluindo ainda a possibilidade de registos de reuniões em equipa;
 - › Gestão de Dados: O software deve permitir uma gestão de dados eficiente e segura. Isso inclui a capacidade de armazenar dados do doente em segurança, acompanhar o progresso e gerar relatórios conforme necessário; deve ainda permitir a gestão de indicadores gerados diretamente da atividade quotidiana dos diferentes profissionais da equipa;
 - › Integração: O software deve ser capaz de se integrar com outros sistemas utilizados no contexto dos cuidados paliativos, tais como registos de saúde eletrónicos (RSE) e outros sistemas de informação sobre cuidados de saúde; no caso de diferentes equipas a acompanhar o mesmo doente e família em diferentes níveis de cuidados, será fundamental a capilaridade do sistema, de forma a haver interoperabilidade na partilha de informação;
 - › Privacidade e Segurança: O software deve responder ao RGPD para proteger os dados dos doentes e garantir a confidencialidade. De um modo geral, um software funcional para o trabalho em equipa em cuidados paliativos deve ser de fácil utilização, eficiente e seguro, ao mesmo tempo que satisfaz as necessidades específicas da equipa de cuidados paliativos. Estas incluem a necessidade de refletir a natureza interdisciplinar das equipas, a possibilidade de incluir elementos e registos de fora da equipa nuclear (médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo), incluindo o cuidador formal/ informal e outros profissionais de saúde do SNS.
3. A DE-SNS aprovou a constituição de um grupo de trabalho para interagir com a SPMS e ACSS, no sentido de atingir os objetivos elencados.
 4. Da necessidade de estabelecimento de critérios nacionais de referenciação para equipas especializadas em cuidados paliativos, foram aprovados os Critérios de Referenciação Pediátrica.
 5. De acordo com o definido no Decreto-Lei n.º 61/2022 de 23 de setembro, que estabelece como função da DE-SNS "Gerir a RNCP, assumindo a sua coordenação, para efeitos da base xi da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, em articulação com os

demais organismos competentes, e integrando a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP)”, foi aprovado o organograma dos Cuidados Paliativos.

6. Nomeação da Equipa Técnica de suporte à CNCP.
7. Na área da formação, desde 2023 estão disponibilizados online e de forma gratuita, aos profissionais de saúde, Cursos Básicos de Cuidados Paliativos (adultos e pediátricos) em colaboração com a plataforma “Academia” da SPMS.

Unidades de Cuidados Paliativos de Baixa Complexidade

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, e cria a RNCP, a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

Assim, embora mantendo o apoio da estrutura criada, as UCP existentes deixaram de integrar a RNCCI, podendo a admissão nas unidades e equipas de cuidados paliativos ser solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou da RNCCI, pelos serviços hospitalares ou pelo doente e sua família.

A Portaria n.º 66/2018 de 6 de março que republica a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, alterada e republicada pela Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho, e alterada pela Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro, regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos:

“1 — A presente portaria regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, adiante designada por RNCP:

a) A caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais;

b) A admissão nas unidades de cuidados paliativos, em funcionamento, criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, contratualizadas com entidades do setor social ou privado, adiante designadas por UCP -RNCCI, bem como os procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta dos utentes destas unidades;

c) As condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos”

A admissão de utentes nas UCP-RNCCI é efetuada através do sistema de informação da RNCCI e de acordo com os procedimentos vigentes nesta Rede, sendo os utentes admitidos pelas Equipas Coordenadoras Regionais.

Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são prestados a doentes com doença grave em qualquer fase do processo de desenvolvimento da mesma ou do seu tratamento, incluindo os cuidados paliativos no último mês de vida maioritariamente ainda prestados aos doentes em contexto de internamento, durante uma hospitalização aguda.

Muitos doentes com doença em fase terminal ou com cancro em fase avançada, necessitam de múltiplos internamentos hospitalares não planeados, sobretudo no último ano de vida. Tal situação, atendendo ao fluxo atual do doente, significa que a grande maioria dos internamentos ocorrem através do serviço de urgência, o que se revela totalmente desajustado às necessidades destes doentes e ainda menos às das suas famílias.

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) têm um papel essencial no propósito de permitir ao doente permanecer no seu domicílio sempre que o deseje.

A intervenção destas equipas numa correta avaliação das necessidades da pessoa e família, promovendo a adaptação à doença, capacitação para os cuidados e preservação da autonomia, mecanismos de minimização do impacto da doença, com envolvimento da família nos cuidados e suporte psicossocial, permite maximizar as escolhas e as preferências de doentes e famílias, reduzir o número de internamentos em hospitais de agudos, no número de idas inapropriadas ao Serviço de Urgência e, do ponto de vista económico, reduzir os custos.

A sua existência, duplica a probabilidade do doente falecer em casa, reduz a sobrecarga sintomática em doentes com doença avançada e a sua presença não aumenta o sofrimento dos familiares e cuidadores

O grande desafio que os sistemas de saúde enfrentam atualmente, é o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de multimorbilidades, a incapacidade funcional e as patologias demenciais. A necessidade de recursos assistenciais aumenta em simultâneo e proporcionalmente, com o aumento do número de pessoas que vivem mais tempo com múltiplas doenças graves, com compromissos funcionais e compromissos cognitivos.

Protocolo de Cooperação com Fundação “la Caixa”

O Programa de Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas da Fundação “la Caixa” – Humaniza, iniciou a sua atividade em Portugal em 2018, através dum Protocolo estabelecido com o Ministério da Saúde, que pretende agilizar a constituição das Equipas de Apoio Psicossocial (EAPS) e das ECSCP.

Apoio integral a pessoas com doenças avançadas



As pessoas com doenças avançadas requerem cuidados integrais que abordem uma série de aspetos, tanto físicos e psicológicos como sociais e espirituais, e que abranjam o bem-estar dos cuidadores e a preparação para o luto.

Assim, o objetivo do Programa da Fundação "la Caixa" consiste em complementar os cuidados de saúde prestados pelas equipas de cuidados paliativos, realizando uma intervenção psicossocial e espiritual através de 11 equipas de apoio psicossocial (EAPS). As EAPS são formadas por mais de 50 profissionais, entre os quais psicólogos, assistentes sociais e voluntários, que trabalham em 19 hospitais e 17 equipas domiciliárias nas 7 regiões de Portugal. A estrutura de uma EAPS deve ser integrada por 3-4 Profissionais da área da Psicologia e da Assistência Social.

Desde 2022, e potenciado pela pandemia, as EAPS encontram-se a ampliar progressivamente a intervenção a Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), onde reside uma população especialmente vulnerável e frágil, com elevada morbilidade e mortalidade, estando atualmente a prestar apoio em 25 ERPI.

Decorridos mais de quatro anos de atividade, a avaliação da intervenção das Equipas, é positiva, considerando-se existir margem para progressão e crescimento nos próximos anos.

A atividade das EAPS tem vindo a aumentar de forma progressiva, sendo as equipas uma referência nos seus respetivos territórios no que respeita ao apoio psicossocial e espiritual no fim da vida, apesar da instabilidade verificada na composição das Equipas.

Anualmente, os profissionais das equipas com as quais as EAPS colaboram respondem a inquéritos de satisfação, que abordam vários âmbitos de atuação, tendo em 2022 o Programa sido avaliado globalmente com 9,03/10 (n=204).

Anualmente, as EAPS atendem a mais de 5.000 doentes e mais de 6.000 familiares e, desde o seu início, já apoiaram a mais de 56.000 pessoas: 25.294 doentes e 31.196 familiares. Em 2023, as EAPS acompanharam a 5.180 doentes e 6.322 familiares.

A avaliação do Programa, em 2023, permitiu demonstrar que a intervenção das EAPS produz uma melhora significativa nos níveis de stresse psicológico dos doentes, bem como na capacidade de partilhar emoções e na preocupação da família e amigos com o doente.

A atividade das EAPS insere-se no âmbito do Programa para o Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas - Humaniza, no âmbito do qual são também apoiadas um conjunto de iniciativas na área dos cuidados paliativos, das quais se destacam as seguintes:

- › Apoio, desde 2021, a 5 Equipas Domiciliárias de Cuidados Paliativos que já atenderam a mais de 2.600 pessoas (1.132 doentes e 1.521 familiares), em 2023 acompanharam 527 doentes e 759 familiares;
- › Apoio a projetos Inovadores de Intervenção em Cuidados Paliativos;
- › Apoio a projetos de Movimentos Associativos; e
- › Bolsas para a qualificação de especialistas em cuidados paliativos (médicos e enfermeiros), em colaboração com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

A atividade das EAPS é realizada com o contributo de 59 profissionais (28 psicólogos, 18 assistentes sociais, 1 enfermeiro, 1 educador social) na sua grande maioria com formação avançada em cuidados paliativos e a quem tem vindo a ser ministrada, de forma regular e consistente, formação na área dos cuidados paliativos.

Os profissionais das EAPS têm nos últimos anos desenvolvido competências que lhes permitiram:

- › Realizar sessões formativas aos profissionais das equipas com as quais colaboram: nestes dois últimos anos, foram realizadas mais de 60 sessões formativas pelos profissionais das EAPS a outros profissionais de saúde;
- › Realizar comunicações em eventos científicos: em 2021 e 2022 foram submetidos e aceites em congressos e conferências 11 posters científicos e realizadas 22 comunicações orais, a nível nacional e internacional.

As ECSCP, sendo equipas multidisciplinares, são constituídas por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais de saúde.

No que se refere à sua atividade, em 2022, foram atendidos 537 novos doentes e 703 novos familiares, nos seus domicílios. Relativamente ao apoio psicossocial, destes foram acompanhados 358 doentes e 459 familiares.

No que respeita ao apoio psicossocial prestado pelas ECSCP considera-se que cada equipa deve ser constituída por 1 psicólogo e 1 assistente social, ambos dedicados a tempo inteiro à ECSCP.

No âmbito deste Protocolo, atendendo à importância crucial dos Cuidados Paliativos, bem como ao trabalho das equipas mencionadas avaliado no terreno e à precaridade dos vínculos contratuais dos profissionais envolvidos a DE-SNS, em conjunto com a

Fundação “la Caixa”, elaborou uma proposta de contratação excecional de recursos humanos em que numa perspetiva de longo prazo, propusemos que o Protocolo com a Fundação “la Caixa” tivesse o seguinte enquadramento e autorização de contratação:

- › Por 100.000 habitantes:
 - 1 EAP: 2 Psicólogos e 2 Assistentes Sociais
 - 1 ECSCP: 1 médico, 2 enfermeiros, 1 Psicólogo e 1 Assistente Social

As ULS podem ter uma autorização para contratação destas equipas iniciando-se os Contratos por Termo Incerto, durante 2 anos, findos os quais e após uma avaliação positiva, passariam a Contratos sem Termo. A Fundação “la Caixa” manteria o financiamento durante cinco anos. Após esse prazo os pagamentos passariam para a responsabilidade da Entidade Publica.

Numa primeira etapa regularizavam-se as equipas existentes e numa segunda etapa criavam-se faseadamente as restantes equipas acompanhando a criação das ULS.

A proposta foi submetida à aprovação do Gabinete do Sr. Secretario de Estado da Saúde e ao Gabinete do Sr. Ministro das Finanças e resultou na publicação do Despacho Conjunto nº 235/ 2024, de 11 de janeiro, cuja implementação se encontra em curso.

Foi um marco extremamente relevante, pelo seu caracter pioneiro e transformador, apostando na estabilização do vínculo dos profissionais e dando real corpo a uma política de parceria entre a DE-SNS e a Fundação la Caixa, em prol dos mais vulneráveis.

Protocolo atual com a Fundação La Caixa

O protocolo (Acordo de Colaboração), estabelecido entre o Ministério da Saúde e a Fundação “la Caixa”, no âmbito dos Cuidados Paliativos, terminou em 31 de dezembro de 2023. O protocolo existente, com as suas Adendas, foi analisado e revisto tendo sido elaborada uma proposta atualizada e tendo a DE-SNS procedido à assinatura da sua renovação.

Da mesma forma, os Acordos das ECSCP, terminados em 31 de dezembro de 2023, foram revistos e atualizados no âmbito da nova reorganização do SNS, tendo a DE-SNS procedido à assinatura da sua renovação.

No âmbito destes Acordos a Fundação “la Caixa” tinha em atividade um Acordo com o ACeS Baixo Mondego para uma ECSCP. Essa equipa, sediada no Hospital de Cantanhede, foi integrada na ULS de Coimbra.

Assim verificando-se de momento duas situações:

- › A ULS de Coimbra estabeleceu um protocolo com a ULS Baixo Mondego onde se compromete a manter a assistência no Baixo Mondego aos utentes de Paliativos da área anteriormente abrangida pela equipa sediada no Hospital de Cantanhede;

- › A Fundação La Caixa manifestou, através de uma Carta Compromisso, a sua concordância em “transferir” o Acordo anteriormente existente com o ACeS Baixo Mondego para a ULS de Coimbra O Acordo de renovação assinado já contempla esta situação.

Assim e tendo em atenção que o Despacho Conjunto nº 235/2024, de 11 de janeiro, dos Ministérios das Finanças e da Saúde, que autoriza a constituição de até 89 relações jurídicas de emprego na base da respetiva carreira, mediante a celebração de contrato de trabalho sem termo pelos serviços e estabelecimentos de saúde integrados no setor empresarial do Estado e no SNS, prevê:

“2 — A distribuição dos postos de trabalho referidos no número anterior consta do anexo ao presente despacho, dele fazendo parte integrante, podendo os mesmos ser objeto de reafecção, pela DE -SNS, entre grupos profissionais e ou entidades, dentro dos limites fixados para o contingente total, caso se revele necessário, mediante autorização do membro do Governo da área da saúde”.

A DE-SNS na sua Deliberação n.º DE-SNS 006/2024, propôs que a ULS da Região de Aveiro tivesse autorização para contratação de 4 enfermeiros e a ULS de Coimbra passasse a ter para a sua Equipe Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, autorização para contratação de 2 enfermeiros.

Posteriormente foi submetida a autorização, a mudança de contratação prevista no Despacho Conjunto n.º 235/2024, da ULS Baixo Mondego para a ULS de Coimbra, mantendo-se o número total nos limites fixados para o contingente total e a neutralidade do ponto de vista orçamental.

Resultados Preliminares e Próximos Passos

O Grupo de Trabalho para desenvolver o sistema de informação utilizado pelas equipas de Cuidados Paliativos, realizou já diversas reuniões das quais resultaram três Relatórios Mensais, aprovados pela DE-SNS e que refletem o trabalho realizado e em curso, nomeadamente:

- › Discussão, análise e consensualização do Plano Integrado de Cuidados Paliativos;
- › Proposta de novo mapeamento no SClínico com a atribuição de uma “valência” de Cuidados Paliativos.

Importa assim, finalizar o “BI dos Cuidados Paliativos”, plataforma de dados sobre o desempenho da rede funcional de cuidados paliativos, com a sua disponibilização aos Serviços Integrados de Cuidados Paliativos.

De forma a poder gerir-se uma RNCP com o objetivo máximo que os CP estejam disponíveis de forma justa, equilibrada, equitativa e com qualidade em todo o país é necessário disponibilizar sistemas informáticos que forneçam dados fidedignos e em

tempo real, de toda a atividade assistencial realizada, constituição das equipas e formação das mesmas.

Do ponto de vista do desenvolvimento da RNCCI, atualmente, a mesma é composta por:

- › 44 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);
- › 38 Equipas Comunitárias ou Domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECDSCP ou EDSCP/EDSCP-P);
- › 400 camas em Cuidados Paliativos distribuídas da seguinte forma:
 - 234 camas em 17 Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) hospitalares;
 - 166 camas em 14 UCP de menor complexidade na RNCCI.
- › 7 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricas, 5 das quais especializadas e uma EDSCP-P.

Plano de Recuperação e Resiliência

A concretização do Investimento supra identificado visa contribuir para o cumprimento dos objetivos estratégicos da Componente 01 do PRR, designadamente:

- › Aumentar o acesso dos cidadãos aos cuidados continuados integrados;
- › Diminuir os tempos de espera de referenciação e admissão na RNCP;
- › Aumentar a coesão nacional em termos de oferta destes cuidados;
- › Melhorar a situação energética, nomeadamente mediante novas construções com cumprimento de políticas ambientais específicas e aquisição de viaturas não poluentes;
- › Melhorar a economia, mediante a inerente criação de novos empregos. O objetivo do presente investimento é expandir as redes nacionais de cuidados paliativos e de cuidados continuados integrados, no que se refere a tratamento com internamento e de ambulatório, bem como cuidados no domicílio.

O planeamento das respostas em Cuidados Paliativos previstos em PRR respeitou os seguintes critérios: densidade populacional mais elevada e proximidade de cuidados especializados hospitalares, pelo que os locais recomendados para a existência das estruturas a criar sejam em capitais de distrito.

Região	População	Nº Camas UCP Existentes	Camas Prevista PRR	Total 2025
Norte	3757634	25	180	205
Centro	1800636	15	98	113
LVT	3835703	112	82	194
Alentejo	509306	14	14	28
Algarve	476721	0	26	26

As referências consideradas para planeamento da distribuição de novas camas foram de 40-50 camas por 1 000 000 habitantes (PEDCP, 2021).

Pelo PRR foi também possível garantir financiamento para 10 novas ECSCP:

Região	População	Meta Equipas	Existe	Tx Cob. Atual	Proposta PRR	Após PRR	Tx Cob. 2024
Região Norte	3580769	36	7	19%	4	11	31%
Região Centro	1659766	17	2	12%	3	5	30%
Região LVT	3680768	37	8	22%	2	10	27%
Região Alentejo	468815	5	3	64%	1	4	80%
Região Algarve	467475	5	3	64%	0	3	60%

Local previsto para as ECSCP/PRR

Norte	ULS Santo Antonio
	ULS Povia do Varzim/Vila do Conde
	ULS Tâmega e Sousa
	ULS S. João
Centro	ULS Castelo Branco
	ULS Coimbra
	ULS Leiria
LVT	ULS Arco Ribeirinho
	ULS Medio Tejo
Alentejo	ULS Alto Alentejo

As referências consideradas para planeamento e distribuição de novas ECSCP foram calculadas com base em uma equipa/100 000 habitantes (PEDCP, 2021).

Patrocínios Institucionais

A DE-SNS concedeu o patrocínio institucional para o 1º prémio reportagem em Cuidados Paliativos, organizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, destinado a premiar os trabalhos de reportagem na área dos Cuidados Paliativos, que procurem esclarecer e sensibilizar a sociedade para o tema dos cuidados paliativos.

Respostas em Saúde Mental

A saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos.

As situações de dependência não estão apenas relacionadas com o envelhecimento, podendo as mesmas ocorrer independentemente da idade e da situação clínica de cada pessoa, razão pela qual é igualmente uma prioridade contemplar os cuidados às pessoas com doença mental grave, sejam adultos, crianças ou adolescentes.

Esta é uma necessidade que se sente particularmente em Portugal, onde a prevalência anual das perturbações mentais comuns atinge 22,9%, perspetivando-se que a dimensão das perturbações mais graves ronde os 4 % (situações de onde resulta a maior parte das condições de incapacidade psicossocial moderada e grave).

Se atendermos a que cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência e 70% delas antes dos 24 anos, é imprescindível promover uma intervenção precoce de forma a reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo.

Os cuidados de saúde mental são prestados por instituições do SNS e por entidades privadas ou do setor social, nos termos da lei, as quais atuam também nos domínios da prevenção da doença mental e da promoção da saúde mental, do bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

A DE-SNS considera que a prestação de cuidados de saúde mental deve centrar-se nas necessidades e condições específicas das pessoas que deles necessitam, em função da sua diferenciação etária, e ser prioritariamente promovida a nível da comunidade, no meio menos restritivo possível, pelo que centrou a sua abordagem nestas dimensões.

Respostas de Saúde Mental na RNCCI

A RNCCI de saúde mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, permitiu oferecer um novo conjunto de respostas de cuidados continuados integrados, destinadas especificamente a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

A qualificação do acesso aos cuidados de saúde, tem sido uma preocupação que tem acompanhado o desenvolvimento da RNCCI, e que nesta área se traduziu, através do reforço das respostas da RNCCI, incluindo a área da saúde mental.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, passou assim a dispor de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM),

criadas pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, regulamentadas pela Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril, e integradas na RNCCI em 2015, através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho. Entre 2017 e 2020, as aludidas unidades e equipas de CCISM funcionaram em regime de experiências-piloto, tendo, a partir de 2021, sido garantida a continuidade do funcionamento das respetivas respostas, através da celebração de contratos programa com as correspondentes entidades promotoras e gestoras.

No âmbito do acompanhamento das aludidas unidades e equipas em regime de experiências-piloto, o grupo de trabalho criado para o efeito, em 2016, pelo então coordenador para a reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados, apresentou, no final de 2020, um relatório em que ficou evidenciada a necessidade de alteração da Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, que havia procedido à revisão da já mencionada Portaria n.º 149/2011, em matéria de coordenação das unidades e equipas de CCISM da RNCCI e de condições de instalação, organização e funcionamento das mesmas unidades e equipas, o que veio acontecer com a publicação da Portaria nº 311/2021 de 20 dezembro.

No momento a RNCCI dispõe de diferentes tipologias de resposta para a saúde mental, conforme constante no quadro infra:

Nº de camas e lugares	2020	2021	2022	2023	2024
EAD	56	96	96	112	112
EAD/IA	8	8	0	0	0
RA	27	27	27	27	27
RAMa	48	72	72	67	67
RAMo	28	60	44	54	54
RTA	19	37	37	37	37
RTA/A	7	7	7	7	7
USO	155	181	181	181	181

USO/IA	30	30	30	30	30
Totais	378	518	494	515	515

Plano de Recuperação e Resiliência

No âmbito do *Next Generation EU*, instrumento extraordinário e temporário de recuperação elaborado pelo Conselho Europeu para mitigação dos graves impactos da pandemia nas economias europeias, foi criado o Mecanismo de Recuperação e Resiliência no Regulamento (UE) 2021/241, de 12 de fevereiro, que enquadra o PRR.

A Componente 1 do PRR pretende reforçar a capacidade do SNS para responder às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, à inovação terapêutica e tecnológica, à tendência de custos crescentes em saúde e às expectativas de uma sociedade mais informada e exigente.

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), tem como objetivos:

- › Assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade;
- › Promover e proteger os direitos dos doentes;
- › Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- › Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias.

O Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que cria a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental e estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, introduz, na reforma, os seguintes aspetos inovadores:

- › Consagração do princípio geral segundo o qual a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental devem orientar-se para a recuperação integral das pessoas com doença mental;
- › Consagração do princípio geral de acordo com o qual a execução das políticas e planos de saúde mental deve ser avaliada, devendo incluir a participação de entidades independentes, nomeadamente representantes de associações de utentes e de familiares;
- › Planeamento da política de saúde mental através de três instrumentos fundamentais, a saber, o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde Mental e Planos Regionais de Saúde Mental;
- › Organização dos serviços de saúde mental segundo um modelo que inclui órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e local, estruturas de coordenação de âmbito nacional e regional e serviços de saúde mental de nível regional e local;

- › Coordenação das políticas de saúde mental a nível nacional, por uma equipa de elementos, incluindo um coordenador nacional das políticas de saúde mental, à qual incumbe, especificamente, promover e avaliar a execução das mencionadas políticas, nomeadamente através do acompanhamento da execução do Plano Nacional de Saúde Mental;
- › Prestação de cuidados de saúde mental em hospitais e centros hospitalares psiquiátricos de forma marcadamente residual, tendo em vista a desinstitucionalização e a reinserção na comunidade das pessoas com doença mental neles residentes, bem como o processo de integração dos cuidados de nível local aí prestados nos serviços locais de saúde mental;
- › Integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados e serviços de reabilitação psicossocial, assegurando a necessária continuidade de cuidados.

Como suporte desta reforma, está a ser implementado um programa de investimento para a conclusão da reforma da saúde mental e implementação da estratégia para as demências, com o objetivo de contribuir para enfrentar os desafios com que o País se confronta no setor da Saúde Mental, agudizados pelo impacto da pandemia COVID-19 e que exigem um SNS cada vez mais robusto, resiliente e eficaz na resposta às necessidades em saúde da população e na saúde mental em particular.

O Investimento RE-CO1-i03 Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências prevê, entre outras, a seguinte submedida:

- › Meta i3.04 – Criar equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) para adultos, e para a infância e adolescência.

As ECSM são equipas multidisciplinares que asseguram cuidados diferenciados de saúde mental a uma determinada população, numa área geodemográfica definida, e assumem essa responsabilidade clínica, em estreita ligação com as pessoas, famílias e comunidade onde atuam. Estas equipas, de natureza multiprofissional, são responsáveis pela articulação com os Cuidados de Saúde Primários, com a RNCCI, com as Unidades Forenses, assim como com outros parceiros e estruturas da sua zona de responsabilidade geográfica assistencial, de que são exemplo as Câmaras Municipais, as Juntas de Freguesia, as organizações da sociedade civil (e.g. Instituições Particulares de Solidariedade Social), as associações de doentes e de familiares.

As ECSM surgiram na sequência da evolução e investigação de vários modelos de intervenção em saúde mental, decorrentes dos processos de desinstitucionalização e de desenvolvimento comunitário que ocorreram na Europa Ocidental, nos Estados Unidos da América e noutros países industrializados. Estes modelos consideram fundamental o entendimento do contexto, da estrutura e do meio onde as pessoas vivem e adoecem, bem como dos fatores biopsicossociais que contribuem para a causa e manutenção da doença mental, com particular atenção às populações com maior risco e vulnerabilidade.

Nesse sentido, esta abordagem não se limita ao tratamento sintomatológico da doença, contribuindo para promover a recuperação e integração familiar e social através da prestação de cuidados multidisciplinares, em que a participação e envolvimento das pessoas são particularmente valorizadas.

Previu-se assim a criação de 40 ECSM, 20 equipas para a População Adulta e 20 equipas para a Infância e Adolescência, com o objetivo de implementar projetos-piloto que interviessem junto dos doentes e das suas famílias, alterando assim o paradigma de intervenção ainda muito focada nos hospitais e fomentando as respostas de proximidade e focadas no ambiente comunitário onde os doentes vivem, conforme recomendam as boas práticas internacionais referentes a esta área.

Assim, a submedida i3.04 destina-se a dotar as ECSM dos recursos necessários para o seu funcionamento, sendo que o PRR garante o financiamento dos recursos humanos de 20 equipas, (as primeiras 20 já foram criadas em 2021 e 2022) bem como o financiamento com a aquisição de uma viatura elétrica por cada equipa (total 40 viaturas elétricas).

A implementação e operacionalização desta submedida é realizada em 4 fases distintas, mediante a publicação de Orientações Técnicas, três das quais já se encontram publicadas, a saber:

- › 1.ª fase - OT n.º 2/C01-i03/2022, publicada a 25 de março de 2022, por forma a dotar as 10 ECSM criadas pelo Despacho n.º 2753/2020, de 28 de fevereiro, com uma viatura elétrica;
- › 2.ª fase - OT n.º 7/C01-i03/2022, publicada a 9 de agosto de 2022, de modo a dotar as 10 equipas criadas pelo Despacho n.º 8455/2022, de 11 de junho, com uma viatura elétrica;
- › 3.ª fase - OT n.º 11/C01-i03/2022, publicada em 2 junho 2023 e republicada em 12 julho 2023 que visa proceder ao alargamento do mencionado projeto-piloto de saúde mental, com a criação de mais 10 ECSM, com duração de 12 meses, garantindo o financiamento dos recursos humanos e a aquisição de uma viatura elétrica por cada equipa criada.

A continuação da implementação dos projetos-piloto previstos no PRR, referente às restantes 10 ECSM, será realizada com a publicação de uma nova OT, que corresponderá à 4.ª fase de implementação e operacionalização da submedida.

As ECSM-PA e as ECSM-IA são criadas nos respetivos Serviços Locais de Saúde Mental, sendo responsáveis pela prestação dos cuidados globais de saúde mental, a nível ambulatorio.

As ECSM-PA e ECSM-IA promovem a reabilitação e reintegração das pessoas, desenvolvem estratégias de promoção da saúde mental e prevenção da doença e dinamizam e participam, em articulação com outras entidades da comunidade, no desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença.

Acreditando numa avaliação positiva destas experiências-piloto, em linha com o que se verifica noutros países da Europa, os custos futuros com o funcionamento destas equipas serão assegurados pelo orçamento de funcionamento do SNS, conforme resulta do marco PRR r2.11 – “previsão anual, na Lei do Orçamento do Estado, da integração/recrutamento de recursos humanos para ECSM”.

Atente-se que, para este efeito, e correspondendo ainda a uma meta do PRR, será apresentado um estudo de custo-efetividade sobre o modelo de intervenção em saúde comunitária, que diz respeito ao estudo de avaliação económica sobre a implementação de um modelo de intervenção baseado em equipas comunitárias de saúde mental (ECSM).

Deste modo, a dotação do PRR alocada à 3ª Fase é de 1.796.430,22 € distribuída pelos Beneficiários Finais, segundo a tipologia de equipa, do seguinte modo:

- › Hospital de Braga, E. P. E. – ECSM-PA: 177.045,87 €;
- › Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, E. P. E. – ECSM-IA: 183.538,75 €;
- › Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E. - ECSM-PA: 177.045,87 €;
- › Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E. - ECSM-IA: 183.538,75 €;
- › Hospital de Loures, E. P. E. - ECSM-PA: 177.045,87 €;
- › Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E. P. E. - ECSM-PA: 177.045,87 €;
- › Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E. - ECSM-IA: 183.538,75 €;
- › Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E. - ECSM-PA: 177.045,87 €;
- › Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E. - ECSM-IA: 183.538,75 €;
- › Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E. - ECSM-PA: 177.045,87 €.

Competirá aos estabelecimentos de saúde E.P.E., integrados no SNS, enquanto pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, operacionalizar todos os procedimentos que permitam concretizar este investimento, no âmbito das respetivas circunscrições territoriais.

Para além das medidas e submedidas descritas, a Componente 01: SNS, prevê também a atribuição de apoios financeiros tendo em vista o alargamento das respostas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, seja ao nível das unidades residenciais e unidades socio-ocupacionais seja ao nível das equipas de apoio domiciliário, permitindo o investimento contratuar com parceiros do setor social e/ou privado, o alargamento da capacidade instalada na RNCCI, conforme quadros infra:

	RTA		RA		RAMo		RAMa		RAMa-IA		RTA-Tipo A-	
	Pub	Priv	Pub	Priv	Pub	Priv	Pub	Priv	Pub	Priv	Pub	Priv
ARS N, I.P.	0	24	0	14	0	32	0	72	0	24	0	12
ARS C, I.P.	0	36	0	0	0	32	0	24	0	0	0	12
ARS LVT, I.P.	0	36	0	28	0	80	0	96	0	24	0	48
ARS Al, I.P.	0	0	0	0	0	16	0	72	0	12	0	0
ARS Alga, I.P.	0	12	0	0	0	16	0	24	0	12	0	12
Legenda	Pub. – Público Pri. – Privado Em n.º de lugares											

CCISM – Unidades sócio ocupacionais e Equipas de Apoio Domiciliário						
	USO		USO-IA		EAD	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
ARS Norte, I.P.	0	120	0	20	0	3 (2 EAD/1EAD-IA)
ARS Centro, I.P.	0	60	0	0	0	2 (1 EAD/1EAD-IA)
ARS LVT, I.P.	0	0	0	0	0	2 (1 EAD/1EAD-IA)
ARS Alentejo, I.P.	0	0	0	0	0	2 (1 EAD/1EAD-IA)
ARS Algarve, I.P.	0	30	0	0	0	1
Legenda	Em n.º de lugares					

Desinstitucionalização

O Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) estabelece como uma das áreas prioritárias de intervenção a desinstitucionalização de pessoas com perturbações mentais graves, em sintonia com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD).

Em particular, a CDPD estabelece o direito das pessoas a “viver na comunidade com opções iguais às de outras” e exige que os estados desenvolvam “uma variedade de serviços de apoio domiciliário, residencial e outros serviços comunitários, incluindo a assistência pessoal necessária para apoiar a vida e a inclusão na comunidade e para evitar o isolamento ou segregação da comunidade”.

Para resposta à situação destes doentes crónicos, o investimento PRR -RE-CO1-i03 Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências contempla, com a Meta i3.5, a criação de 500 respostas adequadas às necessidades de pessoas com doença mental crónica institucionalizadas, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI.

Estas respostas, designadas como Estruturas Residenciais de Reintegração (ERR), têm por finalidade a transição e integração na comunidade de pessoas com doença mental grave, com evolução prolongada e/ou incapacitante, institucionalizadas em Hospitais Psiquiátricos, em Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) ou em instituições por eles contratualizadas.

O PRR previa como um dos seus marcos a apresentação de um programa de Desinstitucionalização de doentes crónicos na área da Saúde Mental prevendo também uma meta de criação de 500 respostas adequadas às necessidades das pessoas com doença mental crónica institucionalizados, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI (12,5 M€ - 25.000€ por resposta).

Assim a DE-SNS, de acordo com um Despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde, trabalhou com a ACSS na avaliação da criação das novas Estruturas Residenciais de reintegração propostas pela Coordenação Nacional para a Reforma da Saúde Mental, nomeadamente no que concerne:

- › às tipologias propostas;
- › existência ou não de conflito com as estruturas da rede;
- › proposta de financiamento de funcionamento versus os valores em vigor na rede e nas unidades convencionadas.

Centros de Responsabilidade Integrados de Saúde Mental

Os centros de responsabilidade integrados (CRI) constituem-se como uma alteração de paradigma, face à organização tradicional das unidades hospitalares, potenciando a melhoria do acesso ao SNS, mediante a adoção de lógicas assistenciais colaborativas e participadas e o aproveitamento de sinergias e complementaridade de funções e especialidades.

O XXIII Governo Constitucional, considerando a experiência adquirida com cerca de quatro dezenas de CRI já criados no SNS, e reconhecendo a mais-valia deste modelo de organização enquanto fator fundamental para potenciar os ganhos em saúde e a fixação de profissionais no serviço público de saúde, aprovou o novo regime jurídico da organização e funcionamento dos CRI, conforme Anexo II ao Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual.

A Saúde Mental é uma área prioritária de intervenção no SNS e o PRR português contempla, na componente C01 — SNS, uma reforma e um amplo conjunto de investimentos para melhorar as respostas em saúde mental em Portugal

A Reforma RE -r02 — «Reforma da saúde mental», está estruturada ao longo de cinco eixos de intervenção, nomeadamente:

- › Desinstitucionalizar os doentes residentes em hospitais psiquiátricos ou em instituições do setor social;
- › Concluir a cobertura nacional de serviços locais de saúde mental, nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária;
- › Alargar a RNCCI, com ênfase na saúde mental;
- › Reorganizar os serviços de psiquiatria forense;
- › Implementar os planos regionais de saúde para as demências.

Já o investimento RE -C01 -i03 «Conclusão da reforma da saúde mental e implementação da estratégia para as demências», prevê um investimento global de 88 milhões de euros, e tem como marco a conclusão do reforço da rede de cuidados de saúde mental, visando-se a criação de 15 CRI de saúde mental até ao final de 2025.

Reconhecendo, porém, que se trata de uma área em que ainda não existe um histórico robusto de medição harmonizada do desempenho dos serviços locais de saúde mental a nível nacional e, em especial, dos intervalos de valor esperado e variação aceitável dos indicadores a considerar nessa medição, foi prevista uma comissão de acompanhamento e avaliação, que integra a DE-SNS, no âmbito de projetos -piloto a desenvolver em serviços locais de saúde mental de adultos, tendo em vista permitir adequar o modelo criado, numa perspetiva técnico-científica, sempre com o objetivo de melhorar o desempenho e a capacidade de resposta destes serviços.

A Comissão de acompanhamento, Coordenada pelo Prof Dr. Miguel Xavier reúne periodicamente e já definido e consensualizou:

- › Indicadores de Acesso, Qualidade, Eficiência, Integração de Cuidados relativos aos Índice de Desempenho da Equipa e Matriz Indicadores Assistenciais;
- › Ponderação, Valores Esperados e Variações Aceitáveis a atribuir a cada um dos indicadores definidos para as quatro dimensões;
- › Reunião com representantes das 15 ULS envolvidas no projeto-piloto, para operacionalização do CRI de Saúde Mental.

A comissão definiu os BI dos indicadores, no que respeita aos objetivos técnicos a cumprir estando a trabalhar com a SPMS nas estruturas de códigos a criar, para que os CRI possam fazer as agendas para registo da atividade.

Ação Social

Ao privilegiar a promoção da saúde e a prevenção da doença, o Serviço Social tem, também, compromisso com os valores da organização e uma ação cooperante e colaborativa com as/os demais profissionais e estruturas do SNS e com a comunidade, contribuindo para a integração dos cuidados e para a equidade, a eficiência e a eficácia do sistema.

O Serviço Social deve implementar os princípios da governação clínica e da saúde, designadamente, basear as intervenções sociais na melhor evidência científica, monitorizar e auditar a efetividade das intervenções sociais e o cumprimento dos deveres éticos e de deontologia profissional, desenvolver o trabalho em equipa, promover a formação profissional contínua das/os assistentes sociais e a investigação.

Serviço Social Integrado nas ULS

A aposta da DE-SNS no modelo de reorganização do SNS resulta da convicção de que é possível organizar os serviços de que atualmente dispomos, conseguindo que as populações beneficiem de cuidados de proximidade, altamente qualificados e prestados por equipas integradas com impacto na qualidade dos serviços prestados ao utente, na gestão de percursos integrados e no aumento da satisfação das pessoas do SNS: utentes e profissionais de saúde. A DE-SNS, em conjunto com a Associação dos Profissionais de Serviço Social e com a Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais, aprovou uma proposta de trabalho para criação do Serviço Social Integrado na ULS.

A criação do Serviço Social Integrado das ULS tem em consideração a existência prévia da área do Serviço Social no Hospital e no ACES. São dois tipos de organizações diferentes no SNS, com história e cultura próprias. Não basta, pois, juntar duas Unidades (Hospitalar e CSP) num único serviço. É o momento de aproveitar esta nova organização para que se concretize uma mudança de paradigma: de cuidados essencialmente reativos, centrados na doença e na urgência, para uma lógica de cuidados em que os dois níveis que se integram, interagem e melhor respondem à condição particular da Pessoa e do que ela necessita. Sem perder de vista as diferentes funções dos assistentes sociais dos CSP e dos Hospitais, a fusão destas duas realidades tem de ser mais do que a soma das partes, constituindo, em si, a dimensão intraprofissional da cooperação e articulação que se estenderá, sequencialmente, a todo o SNS.

Seguindo as estratégias de governação clínica institucional, o Serviço Social assenta a sua organização e intervenção no princípio da equidade, na melhoria das condições inerentes à situação de risco da população, tendo em consideração a heterogeneidade das ULS e as assimetrias territoriais onde se inserem, as desigualdades sociais existentes, os problemas de saúde e o potencial de risco relacionado com os determinantes de saúde em Portugal (PNS 2021-2030).

Assim, o Serviço Social deverá considerar na sua ação as necessidades da população abrangida, as características demográficas, sociais, clínicas e psicológicas, tendo por base fontes nacionais e locais, assim como os planos locais de saúde. A constituição e implementação do Serviço Social como serviço único da ULS, constituído por duas Unidades de Serviço Social - Unidade de Cuidados de Saúde Primários e Unidade de Cuidados Hospitalares – será organizada em diferentes fases:

1ª FASE

1. Nomeação da Equipa Coordenadora Nacional (ECN), com o objetivo de incentivar para as potencialidades do modelo, facilitar, monitorizar e orientar o processo de mudança (concluído).

Realizadas reuniões com todas as ULS como os objetivos de:

- › Reforçar a importância do modelo ULS para a integração de cuidados;
- › Refletir sobre o modelo organizativo do serviço social na ULS;
- › Esclarecer dúvidas e dificuldades no processo de transição.

Destas reuniões resultou um Relatório que foi aprovado pelo Conselho de Gestão da DE-SNS.

2. A criação, em cada uma das ULS, de um grupo de assistentes sociais dos dois tipos de cuidados, que promova e facilite o processo de mudança, sendo objetivos do grupo:
 - › Conhecer aprofundadamente a realidade da prestação de cuidados do Serviço Social nos Cuidados Hospitalares e nos Cuidados de Saúde Primários, e identificar os aspetos comuns e/ou interdependentes da ação em cada uma das unidades;
 - › Refletir conjuntamente sobre os desafios e oportunidades do novo modelo, bem como sobre as orientações para a organização dos serviços;
 - › Identificar as barreiras e/ou constrangimentos que possam interferir no processo de integração, e estratégias para minimizar a sua influência;
 - › Identificar a existência, procedendo à sua partilha, caso existam, dos seguintes instrumentos de gestão: Regulamento Interno, Plano de Ação, Relatório de Atividades, Manual de Articulação, Planos Integrados, Orientações de Boas Práticas, Manual de Qualidade, elaboração de proposta de contratualização interna com os outros serviços e/ou unidades funcionais.

2ª FASE

1. O Grupo de Assistentes Sociais de cada ULS deve apresentar à ECN proposta de:

- › Regulamento Interno;
- › Manual de Articulação e Planos Integrados para o Serviço Social;
- › Indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultados.

3ª FASE

1. Criação, implementação e funcionamento regular do novo sistema funcional do “Serviço Social nas ULS”.

Ao privilegiar a promoção da saúde e a prevenção da doença, o Serviço Social tem, também, compromisso com os valores da organização e uma ação cooperante e colaborativa com as/os demais profissionais e estruturas do SNS e com a comunidade, contribuindo para a integração dos cuidados e para a equidade, a eficiência e a eficácia do sistema.

Situações Sociais no SNS

O grande avanço na implementação de medidas dirigidas à população idosa e em situação de dependência teve início no final da década de 70, com a criação de respostas sociais em serviços e equipamentos, com o princípio orientador de manutenção da pessoa no seu meio habitual de vida.

Contudo, foi na década de 90 que se assistiu a uma maior disseminação e implementação de respostas sociais, desenvolvidas em serviços e equipamentos, facilitadores da satisfação das necessidades básicas, ao desenvolvimento pessoal, promotoras da conciliação pessoal e familiar e a integração social e comunitária.

Foi igualmente na década de 90 que houve lugar à criação de Programas específicos dirigidos a pessoas idosas e a pessoas em situação de dependência, numa repartição de responsabilidade entre as áreas governativas da saúde e da segurança social.

Para um panorama mais completo do envelhecimento, importa analisar diversos outros elementos relevantes. Assim, é consensual entre a comunidade científica que, apesar do envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, existe uma considerável prevalência de doenças crónicas nos idosos, sendo frequente a comorbilidade, a qual, na maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), representa mais de 50% da carga de doenças (OCDE, 2011).

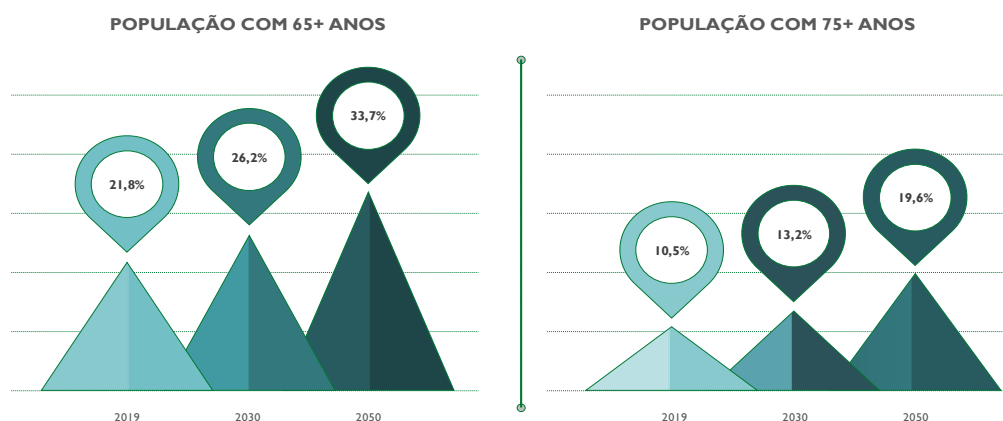
Sabemos, porém, que apesar disso, a variável que se assume como central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta dependência de outrem para a realização das atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais e atividades avançadas da vida diária, bem como para tomar decisões sobre a sua própria vida e para a promoção do seu autocuidado.

A taxa de dependência dos idosos para Portugal era de 33,9 % em 2019 (26,6 % em 2008) e espera-se que atinja os 43,1 % em 2030 e os 62,8 % em 2050. Já os dados das Estatísticas Demográficas 2020 indicam um índice de dependência de 35 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 2020, colocando desafios ao nível das respostas sociais e de saúde.

A Carta Social de 2021 evidencia que as respostas sociais têm evoluído de forma positiva nos últimos dez anos revelando que a capacidade (número de lugares) das respostas para as pessoas idosas teve um aumento de 65 %, entre 2000 e 2021, no território continental. Este crescimento é, ainda, mais acentuado (80%), se consideradas apenas as três principais respostas (Estrutura Residencial Para Idosos, Lar Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário). Todavia, o aumento acelerado da população com 65 ou mais anos tem sido um dos fatores de abrandamento no crescimento da taxa de cobertura destas respostas.

De acordo com o relatório definitivo dos Censos de 2021, o envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se de forma muito expressiva e no relatório *"Long-term care report 2021"* da União Europeia (EU), Portugal ocupa o sexto lugar entre os países com a população mais idosa do mundo.

O mesmo relatório salienta que a população com 65 ou mais anos, que aumentou de 17,7 % em 2008 para 21,8 % em 2019, deverá subir para 26,2 % em 2030 e para 33,7 % em 2050. Da mesma forma, é expectável que a população com 75 ou mais anos, que em 2019 representava 10,5% da população portuguesa (face aos 8,2% de 2008), atinja os 13,2 % em 2030 e 19,6 % em 2050.



Objetivos Estratégicos

Cientes de que, o envelhecimento populacional, imporá a necessidade de reavaliação da oferta de lugares, tem vindo a ser feita uma aposta na política pública de proteção social das pessoas idosas e, consequentemente, tem sido reforçado este aumento do número de lugares, não só na RNCCI, mas nomeadamente através de programas específicos como o Programa de Celebração ou Alargamento de Acordos de Cooperação para o Desenvolvimento de Respostas Sociais (PROCOOP) e o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES).

Também ao nível dos programas comunitários como o Programa de Recuperação e Resiliência (PRR) e o Programa Demografia, Qualificações e Inclusão (PDQI) do PT 2030, integram um conjunto de respostas que pretendem qualificar as ofertas sociais existentes, mais do que isso, são uma oportunidade de renovação e de inovação social, existindo medidas específicas na área do Envelhecimento Ativo e Saudável.

Assim, perspectiva-se uma continuidade de aumento significativo das respostas sociais dirigidas a pessoas idosas, nomeadamente Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia, ERPI mas também da criação de respostas inovadoras como Habitação Colaborativa, Aldeias Lar, respostas específicas como para a área das demências, entre outras.

Abordagem

Considerando que os serviços e respostas sociais devem ser expandidos para satisfazer as necessidades atuais e futuras da população e alinhados com o 18.º princípio do Pilar Europeu dos Direitos Sociais e com a Estratégia Europeia de Cuidados, pretendeu-se apostar na diversificação de medidas de cuidados de longa duração, cujo modelo de intervenção seja centrado nas pessoas e no reconhecimento das suas competências e capacidades, incluindo as relativas à tomada de decisão.

Conforme preconizado no Manual de Articulação - Saúde + Segurança Social - para o planeamento das altas hospitalares, a preparação das altas hospitalares com base numa intervenção multidisciplinar que tenha em consideração um planeamento personalizado e sistemático traduz-se, indubitavelmente, numa maior satisfação das pessoas com efeitos muito positivos na sua recuperação e incentivo ao desenvolvimento do autocuidado e de uma vida saudável.

O planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da continuação e tratamento da recuperação dos cidadãos, seja através do regresso ao domicílio ou, sempre que a situação de dependência e ou incapacidade não o permita, e por razões sociais, nomeadamente por insuficiente ou inexistente apoio familiar ou de rede formal de suporte, com recurso ao acolhimento em resposta social.

Uma intervenção concertada e articulada, entre os profissionais, os doentes e as famílias, num contexto de planeamento da alta hospitalar é um fator determinante para que seja bem-sucedida a recuperação e a reintegração no período de pós-alta.

Com efeito, em determinadas situações, apesar de a pessoa ter alta hospitalar, a alta clínica nem sempre resulta na sua saída efetiva do hospital, ou seja, embora não apresente condicionantes do âmbito clínico para ali permanecer, em determinadas situações sociais existe um protelamento do internamento hospitalar quando a pessoa não tem condições para regressar ou permanecer na sua residência, quer seja por ausência de autonomia, por dificuldade ou ausência de capacidade de autocuidado ou por razões pessoais e ou insuficiente ou inexistente suporte familiar ou rede formal de apoio.

Esta realidade atual gera, assim, constrangimentos vários determinando a adoção de medidas que enquadrem a definição e criação de estratégias articuladas, integradas e concertadas para a redução dos protelamentos de alta hospitalar, pelo que urge assegurar uma avaliação social adequada com vista ao regresso ao domicílio ou, na sua manifesta impossibilidade, o acolhimento da pessoa com alta hospitalar, através da disponibilização pelo setor social de vagas em respostas sociais adequadas, ERPI ou lares residenciais, garantindo no pós-alta a sua segurança e proteção social, contribuindo para a libertação de camas dos hospitais do SNS, de forma que estes possam focar-se na sua missão e assim responder efetivamente às necessidades de internamento hospitalar.

Reconhecendo as dificuldades sentidas nos hospitais do SNS, foi entendido promover a articulação entre os serviços dos hospitais e os serviços do Instituto da Segurança Social, I. P., para a concretização desta medida de carácter extraordinário e temporário, através da publicação da Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro.

Neste contexto, a DE-SNS, trabalhou em estrita colaboração com o ISS, o que permitiu:

- › Realização de reuniões semanais entre a DE-SNS e o ISS, para distribuição das vagas disponibilizadas por este último, tendo como critérios:
 - número total de doentes a aguardar colocação;
 - lotação de camas do hospital;
 - tempo máximo à espera de colocação;
 - proximidade geográfica da vaga disponibilizada e da proveniência do utente;
 - situações particulares e específicas dos utentes (ex. casais ou mãe e filha, etc), ou situações de particular dificuldade de uma determinada instituição hospitalar.
- › Criação de um *SharePoint*, com o objetivo de ter num único lugar a listagem dos utentes referenciados pelos hospitais, validados pelo ISS, bem como as vagas disponíveis nas diferentes instituições nacionais. A este *SharePoint* no SNS tem acesso um elemento do Conselho de Administração e pelo menos dois elementos do Serviço Social de cada ULS, por eles identificados. Foram realizadas várias reuniões Teams para explicação do funcionamento do *SharePoint* e desde 1 de janeiro de 2024, é esta a única forma das ULS fazerem as suas referências;

- › Revisão do Manual de Articulação - Saúde + Segurança Social - para o planeamento das altas hospitalares, tendo permitido a elaboração de uma Circular Informativa Conjunta, cujos destinatários foram as Instituições Hospitalares do SNS e Centros Distritais e Serviços Centrais do ISS, IP;
- › Elaboração do Protocolo de Altas Hospitalares.

Através da Portaria nº 256/2023 de 10 de agosto, procedeu-se à primeira alteração da Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro, que estabeleceu os termos e condições em que é efetuada a articulação interinstitucional, para efeitos de referenciação e acompanhamento de pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após a alta clínica, em hospital do SNS, através do recurso a um acolhimento temporário e transitório em resposta social.

Pretendeu-se, assim, implementar estratégias de ação inovadoras, através de um novo mecanismo de resposta às necessidades sociais identificadas, alargando o universo de unidades com capacidade para o acolhimento de pessoas com alta hospitalar, sem resposta adequada na rede familiar, bem como nos recursos comunitários existentes. De facto, tendo-se verificado que há um potencial adicional para aumento da capacidade de resposta, quer através de equipamentos públicos, quer de outras entidades, que dispõem de espaços adequados para a concretização desta medida, tornou-se imprescindível, alterar a regulamentação por forma a incluir a contratualização de novos lugares para acolhimento temporário e transitório, que podem ainda ocorrer em entidades de acolhimento com características adequadas às altas hospitalares ou em equipamentos públicos, privados com ou sem fins lucrativos ou da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), designadas por estruturas de acolhimento para altas hospitalares, mediante a celebração de protocolo de cooperação ou contrato-programa, a homologar pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, solidariedade e segurança social e da saúde.

Da publicação da Portaria nº 256/2023, para além do aumento da capacidade do ISS em encontrar respostas disponíveis nos seus diferentes parceiros, possibilitou a elaboração de um protocolo entre o ISS, com a SCML, para utilização de 27 vagas no Hospital de Santana, para as ULS da área Metropolitana de Lisboa.

Foi ainda possível, no âmbito das competências do ISS, disponibilizar 100 vagas, de carácter lucrativo, para os utentes dos hospitais a aguardar resposta social.

Resultados Preliminares

Os utentes colocados em resposta social de internamento têm vindo a aumentar desde março de 2020, sendo o total de colocações, desde essa data até 31 de dezembro de 2023, de 6 697 utentes.

No ano de 2023 foram colocados 2 099 utentes, numa média de cerca de 174 utentes/mês e no primeiro trimestre de 2024 foram colocados 381.

Região	Total Colocações Casos sociais 2023	Total Colocações Casos sociais a 31 de março de 2024	A Aguardar colocação em 31 de março de 2024
NORTE	269	73	211
CENTRO	104	14	39
LVT	970	53	300
SCM Lisboa	611	221	
ALENTEJO	120	14	12
ALGARVE	25	6	23
	2099	381	585

Monitorização do ISS

Próximos Passos

O progressivo envelhecimento da população, o aumento da prevalência das doenças crónicas e o desenvolvimento da inovação tecnológica implicaram novas necessidades de saúde e sociais exigindo novas abordagens na prevenção e resposta à doença, bem como ao nível da necessidade de implementação e desenvolvimento de respostas dirigidas aos grupos de pessoas em situação de dependência, com vista à promoção da autonomia e da funcionalidade dos doentes, nomeadamente reduzindo a institucionalização e apoiando medidas de apoio ao domicílio e aos cuidadores.

Cuidador Informal

O estatuto do cuidador informal, no que diz respeito ao SNS, prevê:

"O cuidador informal pode beneficiar das seguintes medidas de apoio:

a) Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada;

- b) Aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados a prestar à pessoa cuidada, por profissionais da área da saúde, no âmbito de um plano de intervenção específico;*
- c) Participação ativa na elaboração do plano de intervenção específico a que se refere a alínea anterior;*
- d) Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal;*
- e) Formação e informação específica por profissionais da área da saúde em relação às necessidades da pessoa cuidada;*
- f) Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário;"*

Com o intuito de aplicar na íntegra o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, operacionalizado na sequência do Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro e alterado pela Lei n.º 20/2024, de 8 de fevereiro, que estabelecem os termos e as condições do reconhecimento do estatuto do cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas, a DE-SNS em articulação com a ACSS, procedeu à afetação da responsabilidade na área da saúde ULS.

Com efeito existiam interlocutores regionais, sediados nas ARS, e num trabalho que se pretende de proximidade, ágil e de rápido acesso, foram identificados os interlocutores de cada ULS. Deste processo resultou:

- › facultado acesso aos novos interlocutores identificados pelas ULS, à plataforma da Segurança Social onde são colocados os novos estatutos atribuídos;
- › reunião Teams com os interlocutores ainda em funções, os novos interlocutores identificados pelas ULS, o Diretor Clínico da Área dos Cuidados Primários e o Enfermeiro Diretor, para formação na utilização da plataforma, bem como para sensibilização e motivação para a importância da participação da saúde neste processo.

Os interlocutores regionais encontram-se atualmente a fazer o acompanhamento nas suas regiões dos novos interlocutores estando previsto que, a partir de 1 de junho de 2024, a responsabilidade passe na íntegra para cada ULS.

Promover o Acesso

Gestão do acesso

O acesso constitui uma das prioridades governamentais, estando intrinsecamente relacionado com as expectativas dos utentes relativamente ao SNS, no pressuposto de que as entidades providenciam uma resposta eficiente, eficaz, equitativa, atempada, com qualidade, transparência e de forma informada. Todavia, mais do que uma expectativa é um direito dos utentes, expresso na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e corroborado pela Carta dos Direitos dos Utentes (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).

Por esse motivo, o acesso surge na missão da DE-SNS, como um Eixo Estratégico e como Metodologia, encontrando-se plasmado na sua Carta de Missão, um conjunto de medidas que visa precisamente assegurar o cumprimento do objetivo do acesso aos cuidados de saúde e direitos dos utentes.

Não obstante o acesso ter como faces mais visíveis as listas de espera e os tempos de espera, a atuação da DE-SNS não se esgotou nas vertentes de monitorização dessas duas situações, tendo incidido em seis domínios distintos, mas intrinsecamente interligados, em ordem a robustecer a capacidade de responder melhor e de forma mais adequada às necessidades, expectativas e direitos de todos os que recorrem e utilizam o SNS.

Esses seis domínios incorporam uma abordagem compreensiva e traduzem-se em concreto nas vertentes:

- › normativa, processual e procedimental;
- › informática;
- › *Business Intelligence* (BI);
- › monitorização e acompanhamento;
- › auditoria;
- › comunicação.

Para tanto, teve-se em consideração um conjunto de pressupostos:

- › Alinhamento estratégico dos objetivos e das prioridades;
- › Existência de normativos ajustados, claros e transparentes;
- › Atuação concertada por parte das instituições direta e indiretamente implicadas na prestação direta e, por conseguinte, no acesso aos cuidados de saúde;
- › Interoperabilidade dos sistemas de informação (SI).

O foco foi colocado na qualidade da informação, a qual, para ser obtida e para potenciar a melhoria contínua das práticas e dos processos e a sustentabilidade do SNS, carece indubitavelmente de um adequado sistema informático; de uma definição clara do que se pretende medir e de como se pode medir; de registos fidedignos que garantam dados coesos, consistentes e robustos que traduzam a realidade do que está a ser aferido; de

um adequado sistema de análise e de auditoria dessa mesma informação; e de uma estreita, fácil e ininterrupta comunicação entre todos os interlocutores.

Objetivos Estratégicos

Para a efetivar a missão e a metodologia concreta na área do acesso, definiu-se um conjunto de objetivos alinhados com a Carta de Missão da DE-SNS.

Esses objetivos desenvolvem-se em torno dos seis domínios anteriormente elencados.

Domínio normativo, processual e procedimental

- › Criação de pressupostos para o acesso, sistemas e processo;
- › Desenho de indicadores e respetivas métricas.

Domínio informático

- › Acompanhamento da operacionalização dos SI junto das instituições do SNS e protocoladas, seguindo a estratégia previamente delineada;
- › Proposta de melhorias contínuas aos sistemas e processos junto dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Domínio de *Business Intelligence*

- › Tratamento adequado da informação relativa ao acesso, no âmbito da responsabilidade detida nesta matéria pela DE-SNS;
- › Harmonização de boas práticas de reporte entre as Unidades Regionais de Gestão do Acesso (URGA) e os Conselhos de Administração das entidades e respetivas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA).

Domínio da monitorização e acompanhamento

- › Realização de reuniões de acompanhamento com as instituições do SNS;
- › Reporte regular de informação pertinente e robusta;
- › Definição de objetivos específicos para a melhoria do acesso e que respeitam aos pedidos em LEC com antiguidade superior a 9 meses, aos episódios em LIC com antiguidade superior a 1 ano e aos pedidos pendentes nos CSP com antiguidade no estado superior a 30 dias.

Domínio da auditoria

- › Calendarização de processos de avaliação dos registos (periodicidade semestral ou trimestral);
- › Envolvimento dos departamentos de auditoria.

Domínio da comunicação

- › Atualização da documentação produzida;
- › Partilha de informação por todos os intervenientes.

Abordagem

A abordagem encetada para assegurar o cumprimento dos objetivos traçados recorreu a uma estratégia estruturada, articulada e “circular”, com vista a obter-se maior eficácia e efetividade, tendo primado pelas seguintes características:

- › Simplicidade;
- › Comunicação;
- › Harmonização;
- › Interligação;
- › Transparência;
- › Coesão.

Essa abordagem, contextualizada pela hierarquia funcional consagrada pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, foi alinhada em primeira linha com a UGA e as URGAs, tendo, numa primeira vertente, um cariz mais focado para a reorganização e simplificação de processos que impactam a atividade e desempenho das entidades do SNS e, no limite, o acesso aos cuidados de saúde.

A metodologia incidu na análise crítica dos processos com vista à eliminação de duplicações e de redundâncias operacionais, na redefinição dos processos de atuação, ao nível de fluxos, dos dados e tratamento dos mesmos, da adequação dos indicadores e da partilha de informação. Esta abordagem teve subjacente a melhoria contínua dos processos de monitorização, os princípios da transparência, da representatividade da informação e do acesso à mesma por parte dos diferentes interlocutores/níveis de cuidados, com diferentes perfis de acesso.

Com esta estratégia pretendeu-se garantir a produção de boa informação e a obtenção de ganhos no processo de análise e de discussão sobre o desempenho das entidades, desviando a atenção do processo (fortemente consumidor de recursos) para o enfoque nos resultados e nas medidas concretas para os alcançar.

Em paralelo e numa segunda vertente, propugnou-se por um acompanhamento de proximidade, de forma a potenciar o papel das URGAs junto das entidades, servindo como elo de ligação e como um apoio contínuo aos distintos interlocutores dos diferentes níveis de cuidados na procura de soluções para os constrangimentos na área do acesso.

Por último, desenvolveram-se estratégias com vista a garantir uma visão integrada do acesso, não olhando apenas para o desempenho das tradicionais listas de espera (LEC e LIC) mas desenvolvendo a monitorização e o acompanhamento em áreas como os pedidos pendentes nos CSP e rastreios, num espírito de integração de cuidados.

Resultados preliminares

Não obstante a estratégia ter sido delineada para um horizonte temporal de três anos e apesar de ser uma estratégia interrelacional, de sinergias, comunicacional, participada e integrada, focada nas relações, nas práticas e nos processos e não meramente nos sistemas de informação e na análise de dados, ainda assim torna-se possível efetuar um balanço rigoroso dos resultados já obtidos, numa perspetiva direta, indireta, imediata e mediata.

Torna-se, igualmente, possível apurar o impacto que as políticas/medidas encetadas produziram nesses processos, nessas práticas e nos resultados na vertente do acesso.

Passa-se a analisar os resultados obtidos em cada um dos domínios previamente identificados e que concorrem direta e indiretamente para o acesso aos cuidados de saúde.

Domínio normativo, processual e procedimental

- › Revisão da Portaria das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS;
- › Definição dos pressupostos do *backoffice* do Registo de Saúde Eletrónico no Sistema Integrado de Gestão do Acesso (RSE SIGA);
- › Definição da metodologia para desmaterialização do envio das Notas de Transferência (NT)/Vales Cirurgia (VC);
- › Elaboração e divulgação de uma Linha Direta com as regras subjacentes à desmaterialização do envio dos NT/VC;
- › Implementação de procedimento para o registo de consultas realizadas;
- › Definição dos pressupostos do novo Portal dos Tempos de Espera do Ministério da Saúde (TEMS) para as consultas e cirurgias;
- › Conceção do Manual de Indicadores do SIGA;
- › Divulgação do Regulamento das Primeiras Consultas de Especialidade;
- › Manutenção da atualização dos Cadernos de Especificações de Requisitos do SIGA;
- › Revisão do Manual de Indicadores.

Neste domínio, salienta-se ainda o processo de revisão da classificação dos códigos de diagnóstico e de procedimento que classificam os episódios inscritos para cirurgia como oncológicos e que se encontra já em curso, em articulação com a equipa do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, sendo expectável a sua operacionalização durante o corrente ano.

Domínio informático

- › Implementação de VC digitais;
- › Criação de ferramentas para monitorização dos VC digitais;

- › Criação de ferramentas para correção dos dados dos utentes (contactos e morada) no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC);
- › Criação de novos reportes no SIGLIC para melhoria da monitorização de dados;
- › Execução de testes de validação das especificações implementadas pelas equipas técnicas no SI;
- › Redefinição dos acessos às ferramentas informáticas, aos dados e aos indicadores;
- › Revisão do alarme no SIGLIC de monitorização de erros de integração;
- › Revisão da alarmística no SIGLIC;
- › Monitorização dos erros de integração;
- › Atualização das regras do RSE SIGA no domínio da referenciação e do sistema de informação, designadamente nos fluxos de referenciação desde os cuidados de saúde primários (CSP) para os cuidados de saúde hospitalares (CSH) e vice-versa;
- › Implementação das fases do RSE SIGA no contexto nacional referentes à fase 1 (fluxo CSH para CSP) e fase 2 (fluxo CSP para CSH).

Domínio de *Business Intelligence*

- › Avaliação e validação prévias à extração mensal dos dados e à sua publicitação;
- › Elaboração e divulgação de Linha Direta prévia à extração definitiva anual dos dados;
- › Melhoria da ferramenta de BI interna da Unidade de Gestão do Acesso (UGA-BI);
- › Melhoria da ferramenta de BI do RSE SIGA (BI-SIGA);
- › Construção de novos relatórios para monitorização do desempenho institucional;
- › Harmonização da metodologia de extração, de produção e de envio de informação e indicadores para as instituições;
- › Harmonização dos acessos à informação;
- › Construção e disponibilização de um desenho único para monitorização mensal dos indicadores de acesso do contrato programa, diretamente no BI-UGA.

Domínio da monitorização e acompanhamento

- › Realização de reuniões periódicas de acompanhamento por parte da UGA e/ou URGa com as entidades do SNS e protocoladas;
- › Consensualização e criação de reportes mensais relativos às primeiras consultas de especialidade hospitalar, produção cirúrgica, faturação associada ao Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e indicadores (e.g: agendamentos; lista de inscritos para cirurgia (LIC) e lista de espera para consulta (LEC); inscrições em LIC e cirurgias realizadas com tempo de espera inferior ou igual a 5 dias);
- › Monitorização e disseminação das boas práticas junto das URGa e ULGA;

- › Simplificação do processo de avaliação da informação ao nível central/regional/local, pelo facto da informação ser disponibilizada a partir da mesma fonte, na mesma data, estando acessível a todos os interlocutores;
- › Reavaliação dos relatórios de dados disponíveis para melhor monitorização a partir do BI-UGA e do BI-SIGA.

Indicadores específicos de acesso

A DE-SNS tem vindo, desde a sua criação, a promover a articulação entre as diferentes instituições do SNS e uma maior autonomia nessas instituições de forma a promover um maior acesso da população aos cuidados de saúde, em função das necessidades identificadas e no cumprimento dos TMRG.

Com o enorme impacto da pandemia de COVID-19 na atividade assistencial programada no SNS, tem vindo a suceder, desde 2020, uma recuperação da procura de cuidados. Esse aumento na procura é visível no número crescente de entradas respeitantes aos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar e no número crescente de inscrições para cirurgia. É também visível a forte recuperação da atividade assistencial, para valores muito além do histórico pré-pandemia.

Adicionalmente, decorre desde 2021 a implementação em larga escala da fase 2 do RSE SIGA e que respeita ao fluxo de pedidos de primeira consulta hospitalar originados nos CSP com destino aos CSH.

Os gráficos que estão incluídos neste capítulo apresentam a evolução do desempenho das entidades relativamente à primeira consulta de especialidade hospitalar com origem nos CSP, cirurgias e resolução de pedidos pendentes nos CSP. No que respeita à LEC e LIC, o foco incidiu particularmente na resolução dos pedidos/episódios com maior antiguidade. No caso da LEC respeitam aos pedidos com antiguidade superior a 9 meses e no caso da LIC com antiguidade superior a 1 ano.

Lista de Espera para Consulta

Ao longo dos últimos anos tem-se observado uma tendência relativamente estável de crescimento no aumento do número de pedidos inscritos, apesar da diminuição acentuada em 2020 e em parte de 2021. De forma concreta, em 2022 já tinha ocorrido um máximo histórico de 2 milhões e 16 mil pedidos de consultas, superior em quase 184 mil pedidos (um aumento de 10%) ao valor máximo histórico de 2019. Em 2023 o máximo histórico voltou a aumentar para 2 milhões e 36 mil pedidos.

A tendência global de aumento também ocorreu nas consultas realizadas, mas com uma menor quebra nos anos mais afetados pela pandemia, demonstrando o esforço adicional dos profissionais de saúde que se dedicaram à resposta à pandemia ao mesmo tempo que mantinham a resposta dos cuidados programados. Adicionalmente, em 2023 foram realizadas 1 milhão e 415 mil consultas, superando em cerca de 6% o máximo de

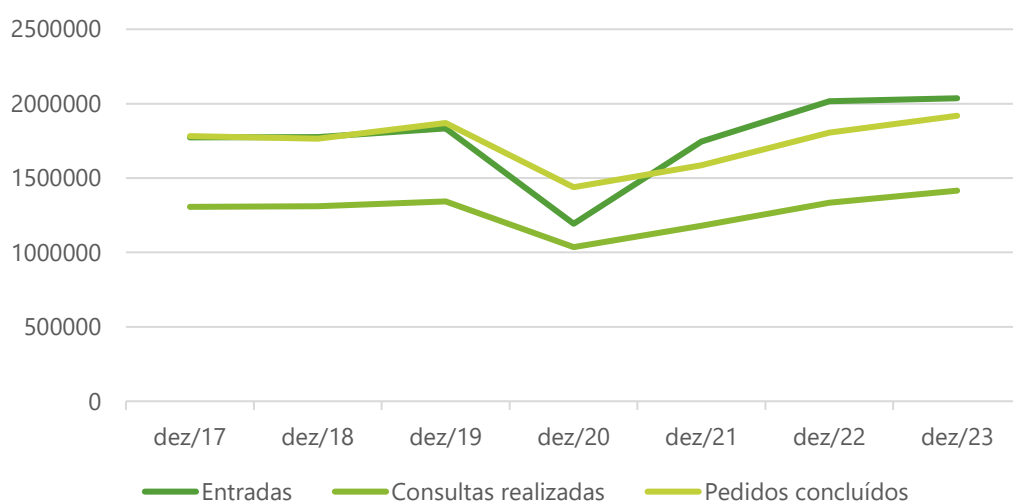
consultas realizadas em 2022 e superando largamente a produção pré-pandemia (1,3 milhões de consultas realizadas em 2019). Em suma, perante um cenário de forte procura, o SNS adaptou-se a essa necessidade reorientando a sua resposta com vista a um forte aumento da produção de primeiras consultas de especialidade hospitalar.

Contudo, persiste a diferença entre o número de pedidos inscritos (entradas) e o número de pedidos concluídos. O regime excecional de incentivos para recuperação da atividade assistencial foi um forte contributo na resposta do SNS à LEC através do mecanismo de produção adicional interna.

Considerando o fim dessa medida em 31 de março de 2024, a DE-SNS apresentou uma proposta à ACSS para revisão do preço da primeira consulta em produção adicional interna de forma a assegurar o acesso pelos cidadãos à primeira consulta de especialidade hospitalar e melhorar a capacidade de resposta das entidades hospitalares, no cumprimento dos TMRG.

Reconhecendo que a priorização da LEC impacta negativamente no acesso para a realização de consultas subsequentes, limitando de alguma forma a disponibilidade dos profissionais, e podendo colocar em causa o seguimento adequado dos utentes, a DE-SNS encontra-se a elaborar uma proposta de preço para a produção adicional interna para as consultas subsequentes, incorporando mecanismos de controlo do processo, de modo a serem seguidas as boas práticas, nomeadamente a articulação com os cuidados de saúde primários.

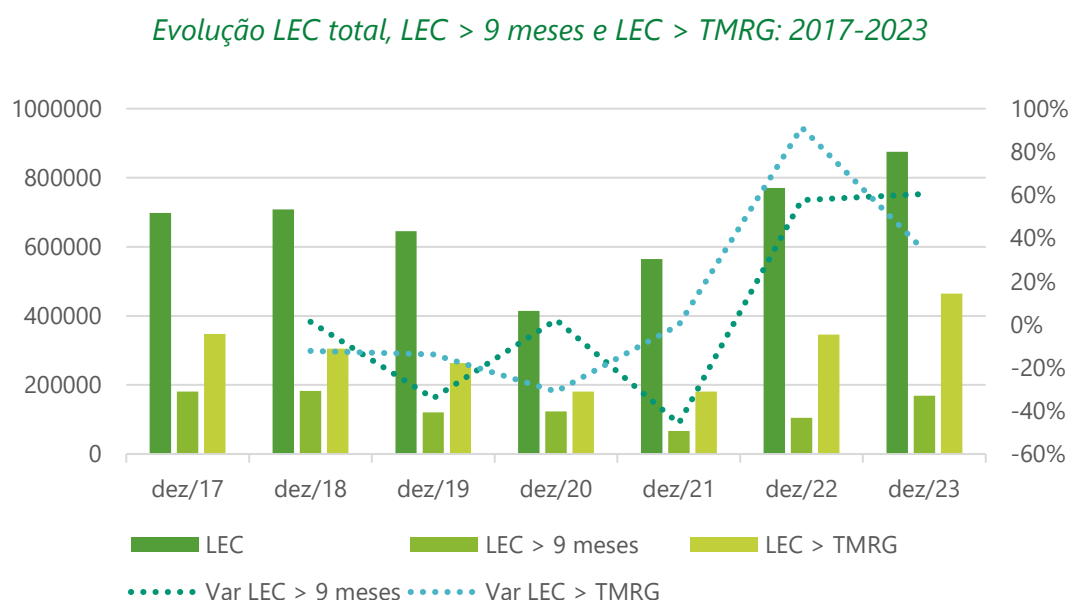
Entradas em LEC, consultas realizadas e pedidos concluídos: 2017-2023



Fonte: UGA, 2024

As medidas desencadeadas pela DE-SNS para o apoio às entidades na resposta à LEC não se limitaram a propostas de revisão de preços, incluindo ainda a promoção de mecanismos de transferência inter-hospitalar e de subcontratação ao setor social e privado. Estas medidas, discutidas no seio das reuniões de acompanhamento realizadas, visavam primariamente a resposta aos pedidos com maior antiguidade (i.e., antiguidade superior a 9 meses).

Os resultados destas medidas são evidentes quando analisados os pedidos em LEC por ano de inscrição, na medida em que a 31 de dezembro de 2022 existiam pedidos com mais de 10 anos de antiguidade e a 31 de março de 2024 não há pedidos com mais de cinco anos de antiguidade, isto num cenário de um aumento constante de entradas de pedidos em LEC. O que se observa em 2023 é um crescimento menos acentuado dos pedidos com grande antiguidade e uma inversão no crescimento dos pedidos a exceder o TMRG. Num contexto de forte procura, as medidas encetadas carecem de mais tempo para obter resultados mais favoráveis na LEC.



Fonte: UGA, 2024

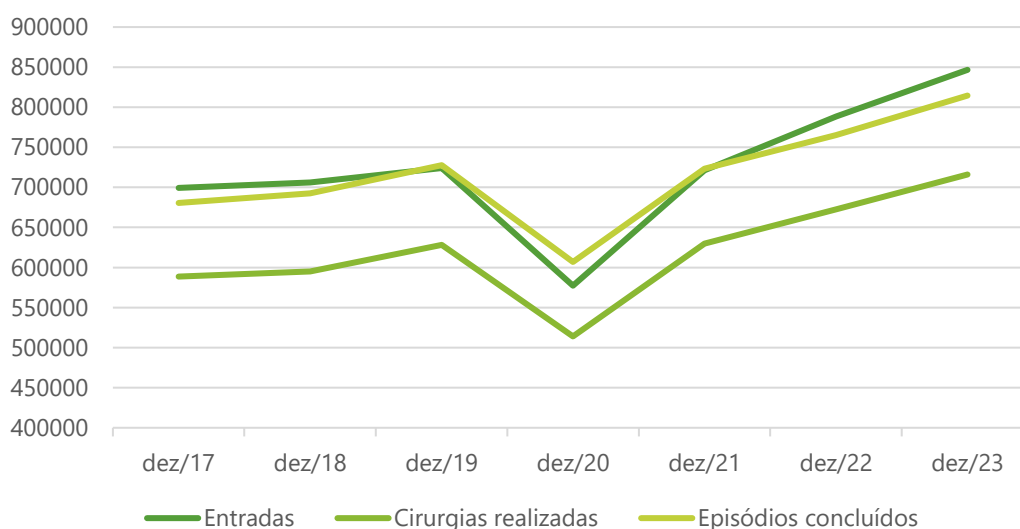
Lista de Inscritos para Cirurgia

Analisada a LIC, observa-se um cenário com algumas semelhanças com o descrito anteriormente para a LEC. De facto, no período pós-pandemia assiste-se a um aumento consolidado do número de entradas em LIC. O aumento observado em 2022 conduziu a um máximo histórico, superando os valores de 2019 em cerca de 64 mil entradas (9%). Em 2023 ocorreu novo máximo histórico, superando os valores de 2022 em cerca de 58 mil novas entradas em LIC (7%).

O total de cirurgias realizadas anualmente tem vindo também a aumentar, mas com uma quebra menos acentuada em 2020. Em 2022 atingiu-se um valor máximo histórico de cirurgias realizadas, superior em cerca de 44 mil cirurgias (7%) face aos valores de 2019. Em 2023 os valores de 2022 voltaram a ser novamente superados em cerca de 43 mil cirurgias (6%).

Persiste, no entanto, uma diferença entre o número de entradas em LIC e o número de episódios concluídos, com estes últimos a ser ligeiramente inferiores ao número de entradas. A diferença é, contudo, menor relativamente à que existe na LEC.

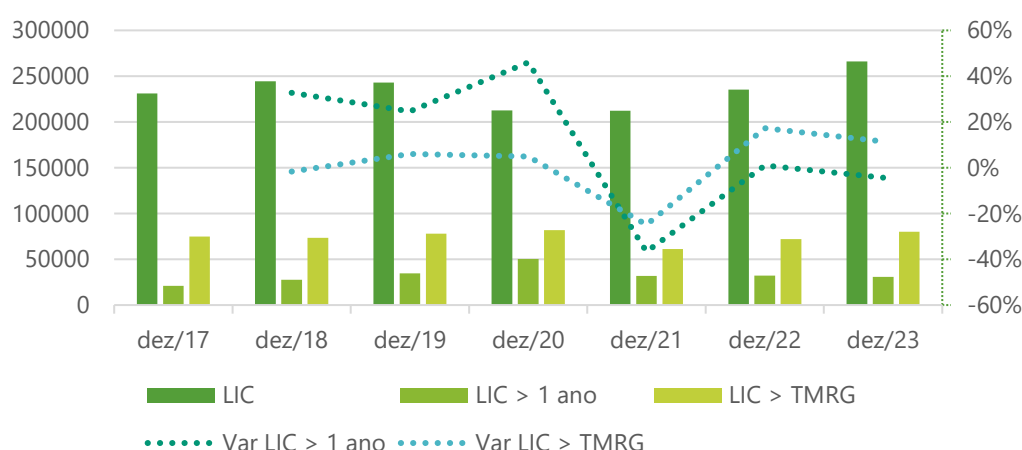
Entradas em LIC, cirurgias realizadas e episódios concluídos: 2017-2023



Fonte: UGA, 2024

A dimensão da LIC manteve-se relativamente constante desde 2017 e até 2019, diminuindo em 2020 e alcançando a dimensão de 2019 durante o ano de 2023. Uma vez mais, a preocupação da DE-SNS incidiu sobre a regularização dos episódios em LIC com maior antiguidade, o que se denota na redução de 4% dos episódios em LIC com antiguidade superior a 1 ano no final de 2023 quando comparado com o final ano anterior. O foco na resolução dos episódios mais antigos condicionou parcialmente a resposta às cirurgias no cumprimento dos TMRG.

Evolução LIC total, LIC > 1 ano e LIC > TMRG: 2017-2023



Fonte: UGA, 2024

Na resposta aos episódios cirúrgicos em LIC com maior antiguidade e ao aumento crescente de novas inscrições, a DE-SNS promoveu mecanismos de transferência de responsabilidade por acordo entre entidades do SNS e de recursos à subcontratação ao setor social e privado, a par com o desenvolvimento de outras medidas já descritas anteriormente como é o caso do VC digital.

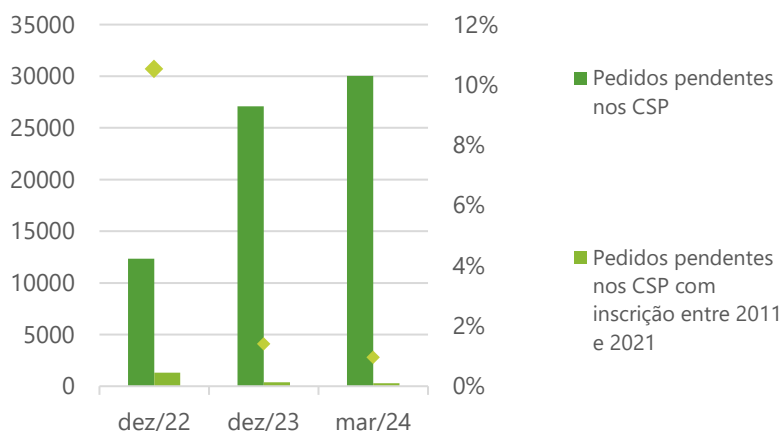
Pedidos pendentes nos CSP

Os pedidos pendentes nos CSP resultam dos pedidos originados por este nível de cuidados que carecem de informação ou de comunicação adicional entre os CSP e CSH. São pedidos que enquanto permanecerem nesse estado impossibilitam a resolução da necessidade de cuidados que ditou a origem do pedido.

Um dos principais fatores que concorre para a geração de pedidos pendentes nos CSP decorre da ausência de mecanismos de articulação entre os CSP e os CSH, sob a forma de manuais de referênciação efetivos e atualizados. A reorganização em ULS será um fator determinante na melhoria desta situação por conta dos processos de integração de cuidados.

Há, no entanto, um fator que condicionou de forma negativa a evolução dos pedidos pendentes e que está associado à implementação da fase 2 do RSE SIGA, que constitui o fluxo de referênciação desde os CSP aos CSH. De facto, o desenho desta fase impede a recusa dos pedidos por parte dos CSH, permitindo apenas o cancelamento por motivos muito limitados, o que implica a geração de pedidos pendentes por parte dos CSH. Por outro lado, e tratando-se da utilização de um novo aplicativo, verificou-se a necessidade de disponibilizar mais apoio formativo aos profissionais dos CSP para a gestão e resposta aos pedidos pendentes. Considerando que a ativação da fase 2 do RSE SIGA não sucedeu em simultâneo em todo o país nem se encontra totalmente finalizada, esta situação originou um aumento de pedidos no estado pendente.

Evolução pedidos pendentes nos CSP



Fonte: UGA, 2024

Em finais de 2022, os pedidos de referenciação pendentes nos CSP tinham como 2011 o ano de maior antiguidade de inscrição. Ao longo de 2023 e durante o primeiro trimestre de 2024, encetaram-se medidas formativas junto dos CSP, elaboraram-se procedimentos e desenvolveram-se reuniões presenciais com as entidades, medidas que permitiram reduzir progressivamente os pedidos pendentes respeitantes aos anos de inscrição entre 2011 e 2021.

Esta atuação não se limitou às entidades do SNS, tendo sido alargada às instituições que detêm acordos de cooperação e que continham pedidos em LEC pendentes nos CSP de entidades do SNS.

Analizadas as duas tabelas seguintes é possível aferir os resultados das medidas encetadas junto das entidades protocoladas:

Entidades protocoladas: evolução dos pedidos em LEC, tempo médio de espera e mediana do tempo de espera

	LEC Total (entidades protocoladas)	Tempo médio de espera (dias)	Mediana do tempo de espera (dias)
31/12/2022	34 872	309	104
31/12/2023	28 509	204	110
31/03/2024	36 090	97	60

Fonte: UGA, 2024

De facto, a 31 de março de 2024 é notória a redução do tempo médio de espera e da mediana associados aos pedidos em LEC, bem como a redução dos pedidos em espera com grande antiguidade.

Entidades protocoladas: evolução dos pedidos em LEC com inscrição entre 2011 e 2021

	LEC Total (entidades protocoladas)	Total de pedidos com ano de inscrição entre 2011 e 2021	Peso relativo
31/12/2022	34 872	4787	13,73%
31/12/2023	28 509	749	2,63%
31/03/2024	36 090	18	0,05%

Fonte: UGA, 2024

Por fim, assinala-se ainda o acompanhamento efetuado ao desempenho hospitalar associado aos programas de rastreio oncológico e não oncológico. Desse acompanhamento resultou a identificação de constrangimentos formativos na utilização do SI e de interoperabilidade entre sistemas com impacto ao nível dos registos e ainda de constrangimentos na resposta às listas de espera. Desse diagnóstico resultou a implementação de um conjunto de medidas das quais se assinalam as reuniões presenciais e remotas periódicas com diversas entidades hospitalares, redireccionamento de listas de espera para outras entidades do SNS com melhor capacidade de resposta e promoção de processos de subcontratação na ausência de outras soluções dentro do SNS. Os resultados evidenciam já uma melhoria dos registos no SiIMA Rastreios e na resposta às listas de espera de parte das entidades hospitalares.

Ainda no âmbito dos rastreios, a DE-SNS enviou uma proposta de preço compreensivo à ACSS para pagamento em produção adicional interna da consulta hospitalar desenvolvida no âmbito do Rastreio da Saúde Visual Infantil.

Domínio da auditoria

- › Elaboração do plano anual e do relatório de auditoria;
- › Realização de auditorias *ad-hoc* aos dados, registos, processos ou procedimentos;
- › Elaboração de linhas diretas ou de alertas diretos para correção de registos ou de práticas;
- › Acompanhamento da informação constante no módulo de Não Conformidades do SIGLIC;
- › Elaboração do Relatório de Não Conformidades.

Domínio da comunicação

- › Atualização da documentação/informação produzidas;
- › Definição de acessos aos indicadores do RSE-SIGA e ao desempenho institucional, no domínio do SIGA, permitindo às URGA, Conselhos de Administração das Entidades e respetivas ULGA, visualizar, analisar e exportar a informação associada aos fluxos já implementados, de uma forma direta e atempada. Este acesso direto e autónomo, liberta as instituições do tratamento individualizado de informação, que resultava diferente, porque gerada em tempos diferentes, e com critérios distintos ou resultava em análises extemporâneas e dissonantes da análise central. Este desenvolvimento confere uma maior confiança nos dados e uma maior celeridade na correção dos desvios encontrados, atento o facto de todos analisarem a mesma informação, extraída ou gerada na mesma data.

Por último, salienta-se os resultados obtidos numa vertente totalmente operacional das equipas nacionais que gerem o acesso, nos seus diversos níveis de atuação, e que resultam da reorganização da atividade dessas equipas permitindo uma atuação uniforme, eliminação de redundâncias e criação de economia de escala. Desse processo de reorganização operacional destaca-se a uniformização de práticas entre a UGA e as URGA no reporte/acompanhamento estandardizado e de qualidade de âmbito nacional e o redesenho de um fluxo mais simplificado de faturação da atividade transferida no âmbito do Programa SIGIC. A uniformização nacional do processo de validação de faturação permite uma maior agilização do processo de regularização das faturas, promovendo o pagamento atempado dos valores associados a essa produção e potenciando, de uma forma indireta, a manutenção e/ou aumento da oferta cirúrgica por parte das entidades convencionadas e por conseguinte o acesso aos cuidados cirúrgicos.

Próximos Passos

Não obstante as medidas encetadas e os resultados obtidos, há ainda um caminho extenso a percorrer, uma vez que o acesso respeita a uma área crítica, com elevada exigência técnica, humana, tecnológica e relacional, de elevada complexidade, com elevadas expectativas e com elevada responsabilização e compromisso, tudo isto num contexto de recursos escassos e em constante evolução.

Nesse sentido identifica-se um conjunto de pontos críticos que definem a estratégia a seguir no médio prazo tendo por base o objetivo de garantir o acesso da população aos cuidados de saúde no cumprimento dos TMRG:

- › Promoção e reforço da interligação interinstitucional, numa lógica colaborativa e de sinergia entre recursos, como forma de solucionar constrangimentos na resposta ao acesso aos cuidados de saúde;
- › Reforço do processo de acompanhamento através da promoção de reuniões específicas direcionadas para situações e objetivos concretos. Esta estratégia envolve o alargamento do acompanhamento numa lógica de proximidade às equipas que gerem o acesso e um suporte mais efetivo às instituições na resolução dos constrangimentos nesta área;
- › Finalização da revisão da Portaria dos TMRG;
- › Enfoque na formação dos profissionais na utilização dos novos aplicativos de referenciação com vista à minimização das situações que causam constrangimentos no acesso, designadamente os pedidos pendentes nos CSP;
- › Manutenção dos processos de uniformização de práticas com as URGA e com as ULGA;
- › Manutenção dos processos de auditoria da qualidade dos dados, dos registos e dos processos;
- › Manutenção do processo de melhoria dos indicadores, dos dados e dos requisitos que objetivam a referenciação, a produção e a monitorização;
- › Colaboração na promoção da interoperabilidade entre sistemas, designadamente ao nível dos aplicativos da referenciação para consulta e dos programas de rastreio.

Com esta estratégia abrangente, compreensiva, integrada, participada e transparente, tenderão a reduzir-se as resistências técnicas, humanas e operacionais e tenderão a obter-se de forma mais simples, direta e célere resultados mais consistentes, mais realistas e tendencialmente melhores numa área tão relevante como é a do acesso aos cuidados de saúde.

Promoção de Saúde Oral

Contextualização

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma boa saúde oral permite aos indivíduos funções essenciais como comer, respirar e falar, e contempla dimensões psicossociais como autoconfiança, bem-estar e a capacidade de socializar e trabalhar sem dor, desconforto e vergonha.

De salientar que a doença oral se apresenta como uma das principais causas globais de morbilidade, afetando cerca de 3,5 mil milhões de indivíduos.

A dificuldade ou ausência de acesso pelo indivíduo ao tratamento das doenças orais conduzem a uma redução da produtividade, maioritariamente através do absentismo no trabalho e na escola, resultam em impactes negativos na qualidade de vida dos indivíduos e com desfechos desfavoráveis para o bem-estar geral da sociedade e para a saúde social, económica, emocional e mental dos indivíduos.

Em 2020, em média, 7,3% do PIB anual dos países foi afeto aos cuidados de saúde, mas apenas 1,3% deste valor foi afetado à saúde oral, o que evidencia a falta de prioridade nesta área.

A saúde oral, deve ser entendida como as restantes áreas assistenciais do SNS e oferecer um *continuum* de cuidados que incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados terciários que permitam a satisfação das necessidades individuais em saúde. Colocando o doente como centro do atual sistema de saúde, só a interligação e referenciação entre diferentes Equipas e Serviços facultará uma funcional transdisciplinaridade, traduzida pela satisfação das necessidades dos doentes e pela realização pessoal e profissional dos prestadores.

As mais recentes resoluções sobre políticas de saúde oral e delineamento das estratégias globais indicadas pela OMS e pela Federação Dentária Internacional (FDI) têm como base a Agenda 2030, em particular, as Metas do Objetivo 3 para o Desenvolvimento Sustentável. Destaca-se a intenção de assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, através do alcance da Cobertura Universal em Saúde (Objetivo 3.8). Esta cobertura é ainda especificada à saúde oral pelo “Relatório Global do Estado da saúde oral: rumo a uma cobertura universal da saúde oral até 2030”, publicado pela OMS em 2022.

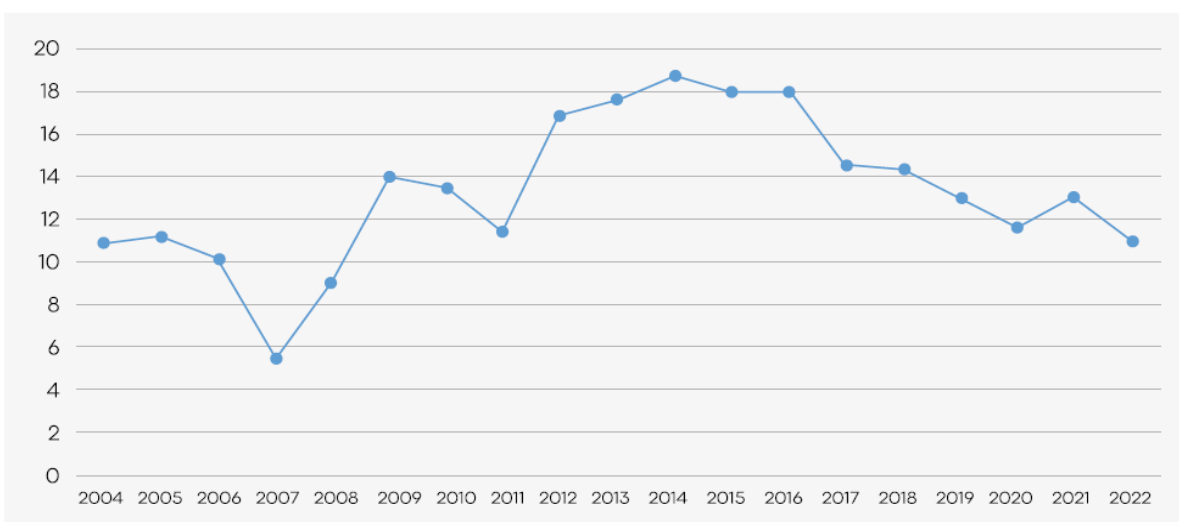
Contribuem para esta ambição diversos documentos técnicos e políticas, nomeadamente o 13º Programa de Trabalho da OMS: 2019-2023; a declaração política sobre Cobertura Universal em Saúde adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2019; o Quadro Operacional para os Cuidados de Saúde Primários de 2020; a Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: Força de trabalho 2030 de 2016 e declaração de Bucareste de março de 2023; os relatórios do Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020; Os relatórios do Plano

de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020; os relatórios do Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020; as resoluções WHA74.5 (2021) sobre saúde oral, e WHA74.16 (2021), sobre determinantes sociais da saúde, da Assembleia Mundial da Saúde; e a decisão WHA73 de agosto de 2020 da Assembleia Mundial da Saúde, sobre a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030.

É importante destacar que as doenças orais continuam a representar um importante desafio à saúde pública no século XXI e a melhor evidência científica tem-nas frequentemente associado ao desenvolvimento de outras doenças não transmissíveis. Apesar de estarem entre as doenças não transmissíveis mais comuns e evitáveis a nível mundial, são ainda poucos os resultados do esforço conjunto na sua prevenção. É ainda necessário maior consenso para uma abordagem terapêutica que, tendo em conta a prevenção quaternária, assegure procedimentos clínicos mais sustentáveis e com menores custos para os indivíduos e sistemas de saúde, permitindo assim o acesso aos mais adequados e equitativos cuidados de saúde oral.

Assim, a problemática do acesso a cuidados de saúde oral é um tema de crescente importância nos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Particularmente, no que à identificação das melhores práticas para o aumento do acesso a estes cuidados diz respeito, e idealmente num contexto de proximidade. Não pode ainda ser ignorada a aparente valorização crescente da própria população por estes serviços.

Destaca-se o indicador do Instituto Nacional de Estatística (INE) que evidencia uma alteração de tendência a partir de 2017, na proporção da população que, sentindo necessidade de consulta com dentista, não a obteve nos últimos 12 meses. Em 2022, o indicador encontra-se em 10,9%.



Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu necessidade não satisfeita de consulta com dentista nos últimos 12 meses, 2004-2022

Fonte: INE. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários:

O Projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (SOCSP), integrado no PNPSO, decorre em todas as Unidades Locais de Saúde que disponham de pelo menos um médico dentista ou médico estomatologista.

A nível nacional, a DE-SNS procede ao acompanhamento do projeto e contribui para aumentar a capacidade resolutive e assim garantir a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

A DGS, com a responsabilidade pela coordenação nacional do PNPSO 2021-2025, tem como funções neste âmbito, a normalização, monitorização e avaliação.

A nível regional, as ARS prestavam apoio técnico relacionado com a contratação de profissionais, aquisição de materiais entre outros, bem como monitorizam e avaliam o desempenho do projeto nos serviços prestadores de cuidados de saúde das ULS.

A nível local, o projeto é desenvolvido nas ULS, com um ou mais consultórios de medicina dentária, sendo a equipa operacional constituída pelos médicos estomatologistas e/ ou médicos dentistas, médicos de medicina geral e familiar, médicos de saúde pública, enfermeiros, higienistas orais, assistentes dentários, assistentes técnicos, e assistentes operacionais, elementos fundamentais para o sucesso de uma política adequada e integrada de saúde oral.

O panorama da prestação de cuidados de saúde oral no SNS implica a participação de diferentes grupos profissionais, nomeadamente médicos estomatologistas, médicos dentistas, assistentes dentários, higienistas orais, entre outros. No que concerne aos médicos Estomatologistas, é importante referir que esta é uma especialidade médica, de diferenciação médico-cirúrgica, reconhecida em Portugal desde 1911 e introduzida no ensino médico desde 1916. A presença dos médicos estomatologistas no SNS tem estado sobretudo concentrada na vertente hospitalar, contando com mais de 140 médicos estomatologistas. Neste contexto, articulam-se frequentemente com outras especialidades hospitalares, como a Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética, Dermato-Venereologia, Otorrinolaringologia, Radiologia e Anestesiologia. A sua atividade assistencial inclui um elevado número de consultas externas, cirurgias e episódios de urgência e, ainda, um número mais reduzido de internamentos.

A Rede de Referência Hospitalar de Estomatologia do SNS foi aprovada a 15/11/2017. Existe, também, um número reduzido de médicos estomatologistas contratados pelas ARS para prestação de cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde.

Em Portugal, os médicos estomatologistas têm estado ligados ao SNS desde a sua fundação (1979), destacando-se na prevenção primária, secundária ou terciária na vertente hospitalar da saúde oral dos portugueses.

Relativamente à intervenção dos médicos dentistas no SNS, salienta-se que a contratualização para tratamento dentário foi iniciada através de um projeto piloto em

1999, passando a ser estratégia nacional em 2002. Em 2005, surge o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), estratégia alicerçada na promoção de hábitos e comportamentos saudáveis e prevenção das doenças orais dirigida à população escolar.

Em 2008, deu-se início à estratégia de utilização de cheques-dentista e referenciações para consultas de higiene oral nos centros de saúde, rentabilizando a capacidade já instalada no setor privado e evitando custos adicionais para o setor público. Os resultados destas intervenções foram sendo avaliados pelos estudos nacionais de prevalência das doenças orais levados a cabo pela DGS, em 2000, 2006 e 2013, e foram alvo de auditoria do Tribunal de Contas em 2009.

Em 2016, através do Despacho n.º 8591-B/2016, de 1 de julho, o Ministério da Saúde deu início a um reforço da medicina dentária no SNS, nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através do desenvolvimento de experiências-piloto, envolvendo inicialmente um total de treze centros de saúde. Posteriormente, este esforço foi alargado a todo o país, abrangendo cerca de seis dezenas de unidades de cuidados de saúde primários.

Durante o período de desenvolvimento da experiências piloto no âmbito da saúde oral, realizaram-se mais de 85 mil consultas de medicina dentária nos cuidados de saúde primários, que envolveram mais de 60 médicos dentistas.

Os profissionais de medicina dentária, que atualmente exercem funções, encontram-se associados ao SNS por regime de prestação de serviços, ou integrados na carreira de regime geral de Técnico Superior, os mais antigos desde 1988. Dado que a natureza da prestação de cuidados de saúde assegurada por médicos dentistas apresenta uma especialização, diferenciação técnica e independência técnica, a sua especificidade e conteúdo funcional não avisam a sua integração numa carreira geral.

Relativamente aos assistentes dentários, destaca-se que estes têm a função de auxiliar o médico estomatologista/médico dentista/ higienista oral na consulta de saúde oral. Deste modo, afigura-se necessária a contratação de assistentes dentários em número nunca inferior ao dos gabinetes a funcionar. Não existindo esta função no SNS, deverá ser incorporada na carreira dos assistentes técnicos.

A integração de higienistas orais no SNS remonta a finais da década de 80, quando começaram a ser contratados, já existindo nessa altura alguns médicos estomatologistas e médicos dentistas nos cuidados de saúde primários do SNS.

Os higienistas orais atualmente em funções nos cuidados de saúde primários do SNS encontram-se enquadrados na carreira de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. A sua distribuição geográfica pelo território é bastante desequilibrada, mesmo tendo em consideração a população dos territórios abrangidos.

Estima-se que fossem necessários cerca de 330 higienistas orais, a nível nacional, para dar cumprimento pleno ao atual PNPSO. Esta estimativa tem em consideração a realização das intervenções, comunitárias e clínicas, a serem efetuadas pelos higienistas orais, no âmbito do PNPSO, o número mínimo anual de crianças e jovens com

referenciações para consulta de higiene oral no centro de saúde concluídas, por higienista oral, a prevalência de cárie dentária e o número de crianças, residentes em Portugal Continental, com 4, 7, 10 e 13 anos.

Em termos de contabilização de profissionais da área da saúde oral, a nível nacional, no final de 2022, existiam 2 médicos estomatologistas nos cuidados de saúde primários. Por outro lado, eram 142 médicos dentistas a prestar cuidados de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários, a 31 de dezembro de 2022, sendo que destes, 119 (84%) eram contratados como prestadores de serviços. Os médicos dentistas com vínculo à função pública estão inseridos na carreira geral dos técnicos superiores. Havia também 107 higienistas orais a exercer funções nos Centros de Saúde.

Em 2018 foi efetuado um trabalho conjunto com as autarquias no sentido de dinamizar a implementação de consultórios de medicina dentária nos cuidados de saúde primários, de forma a promover o acesso a cuidados de saúde oral, com equidade, em todo o país.

ARS	Nº de Médicos Estomatologistas	Nº de Médicos Dentistas			Nº de Higienistas Oraís
		SNS	Prestação de Serviços	Total	
Norte	0	9	56	65	7
Centro	0	2	12	14	17
Lisboa e Vale do Tejo	2	11	34	45	59
Alentejo	0	0	4	4	15
Algarve	0	1	13	14	9
Total	2	23	119	142	107

Profissionais de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários, por Administração Regional de Saúde, 31 dezembro 2022

Fonte: Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Segundo dados da DGS, a 31 de dezembro de 2022, existiam em Portugal continental 147 gabinetes de saúde oral nos cuidados de saúde primários.

De acordo com dados das ARS, a 30 de abril 2023, existiam já 170 gabinetes de saúde oral, não estando nesta análise incluídas as instalações em contexto hospitalar, conforme se verifica nos seguintes quadros:

Gabinetes de saúde oral existentes na ARS Norte, abril 2023

ACES/ULS	Concelho
Alto Ave	Guimarães (Amorosa)
	Mondim de Basto
	Taipas
	Vizela
Alto Tâmega e Barroso	Ribeira de Pena
	Vila Pouca de Aguiar
Ave – Famalicão	Delães-Famalicão
Aveiro Norte	Oliveira de Azeméis
	S. João da Madeira
	Vale de Cambra
Tâmega I - Baixo Tâmega	Amarante
	Baião
	Celorico de Basto
	Cinfães
	Marco Canavezes
Tâmega II - Vale do Sousa Sul	Castelo de Paiva
	Penafiel
Tâmega III - Vale do Sousa Norte	Felgueiras
	Lousada
Barcelos /Esposende	Barcelinhos
Cávado I – Braga	Maximinos
Douro Sul	Armamar
	Moimenta da Beira
	S. João da Pesqueira
	Tabuaço
Espinho-Gaia	Espinho
	Madalena
Feira /Arouca	Arouca
	Stº Mº Feira (2 gabinetes)
Gaia	Soares dos Reis
	Barão do Corvo
Geres / Cabreira	Vila Verde
Gondomar	S. Pedro da Cova
	Valbom
Maia /Valongo	Águas Santas
	Castelo da Maia
Maia /Valongo	Ermesinde
	Valongo
Marão e Douro Norte	Alijó
	Mesão Frio
	Santa Marta de Penaguião
Porto - Ocidental	Porto (2 gabinetes)
Porto - Oriental	Porto
Póvoa /Vila do Conde	Póvoa de Varzim / S. Pedro de Rates
	Vila do Conde / Matia
Santo Tirso/Trofa	Santo Tirso
ULS Alto Minho	Paredes de Coura
ULS Matosinhos	Leça da Palmeira
	S. Mamede Infesta
ULS Nordeste	Alfândega da Fé
	Bragança
	Macedo de Cavaleiros
	Mirandela
	Mogadouro
	Izeda
	Carraceda de Ansiães
	Torre de D. Chama
	Freixo de Espada-à-Cinta
	Miranda do Douro
	Sendim
	Torre de Moncorvo

Gabinetes de saúde oral existente na ARS Centro, abril 2023

ACES/ULS	Concelho	Centro de Saúde
Baixo Mondego	Cantanhede	Cantanhede
	Coimbra	Santa Clara
	Soure	Soure
	Mortágua	Mortágua*
Baixo Vouga	Albergaria-a-Velha	Albergaria-a-Velha
	Aveiro	Aveiro*
	Estarreja	Estarreja
	Oliveira do Bairro	Oliveira do Bairro*
	Ovar	Ovar
Cova da Beira	Covilhã	Covilhã
	Fundão	Fundão
Dão Lafões	Carregal do Sal	Carregal do Sal
	Santa Comba Dão	Santa Comba Dão
	Viseu	Viseu 3 (gabinete 1)
	Vouzela	Viseu 3 (gabinete 2)*
Pinhal Interior Norte	Figueiró dos Vinhos	Figueiró dos Vinhos
	Oliveira do Hospital	Oliveira do Hospital
	Pedrógão Grande	Pedrógão Grande
	Leiria	Gorjão Henriques
Pinhal Litoral	Pombal	Pombal
	Porto de Mós	Porto de Mós
	Proença-a-Nova	Proença-a-Nova
ULS Castelo Branco	Sertão	Sertão
	Vila de Rei	Vila de Rei
	Castelo Branco	São Miguel
		São Tiago
	Penamacor	Penamacor
ULS Guarda	Fornos de Algodres	Fornos de Algodres
	Sabugal	Sabugal

* Inoperacional ou em manutenção

Fonte: ARS Centro. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Gabinetes de saúde oral na ARS LVT, abril 2023

ACES	Concelho	Unidade de Saúde
Almada-Seixal	Almada	Monte da Caparica
Amadora	Amadora	Damaia
Arco Ribeirinho	Barreiro	USF Santo António da Charneca
	Montijo	USF Afonsoeiro
Arrábida	Palmela	Palmela
	Sesimbra	Sesimbra
	Setúbal	Setúbal
Cascais	Cascais	Carcavelos
	Cascais	Cascais
Estuário do Tejo	Alenquer	Alenquer
	Benavente	Samora Correia
	Arruda dos Vinhos	Arruda dos Vinhos
	Azambuja	Azambuja
Lezíria	Almeirim	Almeirim
	Cartaxo	Cartaxo
	Rio Maior	Rio Maior
	Salvaterra de Magos	Salvaterra de Magos
Lisboa Central	Lisboa	Beato
		Marvila
		Monte Pedral (gabinete 1)
		Monte Pedral (gabinete 2)
		Monte Pedral (gabinete 3)
		Monte Pedral (box 1)
Lisboa Norte	Lisboa	Monte Pedral (box 2)
		Alto dos Moinhos
		Benfica/Fonte Nova
		USF Conchas
Lisboa Ocidental e Oeiras	Lisboa	Ajuda
		Alcântara
		Restelo
Loures-Odivelas	Loures	Paço de Arcos
		Moscavide
		Santo António dos Cavaleiros
	Odivelas	São João da Talha
		Póvoa de Santo Adrião
Médio Tejo	Alcanena	Ramada
	Alcanena	Alcanena
	Abrantes	Alferrarede
	Constância	Constância
	Entroncamento	UCSP Entroncamento
	Ferreira do Zêzere	Ferreira do Zêzere
	Mação	Mação
	Ourém	Ourém
	Ourém	Fátima
	Torres Novas	Torres Novas
	Sardoal	Sardoal
Oeste Norte	Tomar	USF Santa Maria de Tomar
	Vila Nova da Barquinha	Vila Nova da Barquinha
	Alcobaça	Alcobaça
	Caldas da Rainha	Caldas da Rainha
	Nazaré	Nazaré
Oeste Sul	Óbidos	Óbidos
	Óbidos	UCSP Óbidos - Polo Olho Marinho
	Peniche	Peniche
	Peniche	Peniche
Sintra	Cadaval	Cadaval
	Lourinhã	Lourinhã
	Mafra	Ericeira
Sintra	Sintra	Mafra Leste
		Algueirão (velho)
		Massamá
		Olival

Fonte: ARS LVT. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Gabinetes de saúde oral na ARS Alentejo, abril 2023

ACES/ULS	Concelho
Alentejo Central	Estremoz
	Montemor-o-Novo
	Portel

Fonte: ARS Alentejo. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Gabinetes de saúde oral na ARS Algarve, abril 2023

ACES/ULS	Concelho
Barlavento	Aljezur
	Lagoa
	Lagos
	Monchique
	Portimão
	Silves
Central	Albufeira
	Faro
	Loulé
	Olhão
	S. Brás de Alportel
Sotavento	Alcoutim
	Tavira
	Vila Real Santo António

Fonte: ARS Algarve. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

A referenciação para cuidados prestados por higienistas orais está prevista no PNPSO, podendo acontecer através da emissão de documento de referenciação pelos médicos de medicina geral e familiar ou após a triagem feita em contexto escolar.

No âmbito do projeto SOCSP, é cometida aos médicos de medicina geral e familiar a responsabilidade exclusiva de primeira referenciação no sistema de informação SClínico, para uma consulta de medicina dentária no centro de saúde do ACES de inscrição do utente.

As segundas e subsequentes referenciações podem ser emitidas por assistentes técnicos dos cuidados de saúde primários, por solicitação dos médicos dentistas assistentes ou dos próprios utentes.

A emissão desta referenciação é desmaterializada. O agendamento das consultas para medicina dentária é efetivado pelos utentes, mediante regime de referenciação acima detalhado, sem prejuízo da autonomia de gestão de agenda cometida aos profissionais de saúde visados. Cabe aos serviços de estomatologia endereçar as situações de maior complexidade clínica, tais como malformações faciais, patologia oncológica, entre outros motivos de referenciação.

O PNPSO em vigor é apoiado pelo Sistema de Informação em Saúde Oral (SISO), uma plataforma informática que suporta o registo, a recolha e a consulta, e monitorização da informação, organizada por perfis, respeitantes a níveis de responsabilidades dos diversos atores.

Esta plataforma informática permite a adesão dos profissionais, a emissão das referenciações, o registo dos cuidados de saúde oral realizados pelos médicos estomatologistas, médicos dentistas, e higienistas orais, o pedido de pagamento dos cheques-dentista por parte das ARS, a monitorização, a auditoria interna, e a realização de estudos e investigação.

Ainda que exista interoperabilidade do SClínico para o SISO, a mesma não é muito consistente e completa. É necessária também a utilização do SClínico de modo que o profissional tenha acesso aos dados clínicos completos e mais atuais do utente, bem como prescrição e agendamento de consultas.

Ainda que recolhidos e concentrados a nível central no SISO, o acesso a dados de produção é por vezes condicionado, pouco inteligível e tem granularidade e utilidade pouco reconhecida por parte dos profissionais e equipas de gestão.

Do atual contexto da saúde oral em Portugal, são analisados alguns aspetos relevantes ao planeamento estratégico desta área a nível do SNS.

Assim destacam-se como pontos fortes a previsão de verbas no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) que poderão ser usadas para ampliar a atual oferta dos recursos existentes, contribuindo para construir e equipar gabinetes de saúde oral, bem como o reconhecimento da saúde oral como prioridade no Orçamento do Estado de 2023 e a tendência crescente de investimento na saúde oral no contexto do SNS, com o aumento de população abrangida pelo Programa de cheques-dentista.

Existe ainda um elevado reconhecimento da qualidade da formação dos profissionais de saúde oral e da sua prestação no contexto do SNS, bem como uma atividade robusta dos Serviços de Estomatologia no contexto hospitalar do SNS, permitindo dar seguimento a situações mais complexas que sejam identificadas nos cuidados de saúde primários.

Salienta-se também as práticas consolidadas de envolvimento do setor da educação na promoção e facilitação do acesso da população mais jovem a serviços de saúde oral, e de comunicação, por via do SISO, da produção feita em serviços privados com fundos públicos (cheques-dentista).

Um aspeto importante é também a existência de uma articulação do PNPSO e integração efetiva da saúde oral noutros Programas Nacionais: Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar, etc.

Relativamente aos aspetos negativos e fraquezas, salienta-se a ausência de indicadores epidemiológicos atualizados sobre a saúde oral da população, uma vez que o último estudo da DGS sobre o tema ocorreu em 2013/2014.

Em relação aos recursos humanos: a falta de definição do enquadramento funcional do médico dentista no SNS, leva a pouca atratividade para este tipo de profissionais, que acabam por ser remunerados como técnicos superiores, e em regime de prestação de serviços nalgumas situações, quando têm um elevado nível de complexidade técnica.

Ainda, o número reduzido e dificuldade na retenção dos profissionais de saúde oral, gerando ineficiência dos serviços, em particular no caso dos médicos dentistas e assistentes dentários, levando a que tenhamos gabinetes sem utilização por falta de profissionais; o número reduzido de higienistas orais no SNS, o que limita a sua capacidade de triagem prévia para um uso eficiente de recursos públicos por via de emissão de cheques-dentista, e ainda a heterogeneidade da evidência internacional relativa aos rácios corretos de médicos dentistas e higienistas orais por população, com pouca adaptabilidade aos contextos locais e nacionais.

Em termos de infraestruturas e recursos materiais destaca-se a ausência de uniformização tanto de materiais como de equipamento entre as várias regiões do país, limitando a possibilidade de investimentos sensíveis ao volume de aquisição; a dificuldade em garantir a desejável manutenção preventiva, reparação e reposição atempada de equipamento dentário, assim como a devida gestão dos dispositivos médicos de uso múltiplo nalguns centros de saúde.

E ainda a desadequação das condições de alguns gabinetes de saúde oral, no que diz respeito à ventilação, climatização, ergonomia, privacidade dos utentes e prevenção da disseminação dos aerossóis gerados nas intervenções efetuadas na maior parte dos procedimentos realizados; acesso limitado a aparelhos de radiografia odontológica que auxilie no diagnóstico de patologia dentária, assegurando as devidas condições de segurança para os utentes e profissionais e disponibilização insuficiente de fardamento adequado e higienizado.

Salienta-se também a baixa taxa de utilização de cheques-dentistas e de documentos de referenciação para higiene oral; a existência de limitações nos sistemas informáticos a nível da referenciação e usabilidade para o seu propósito, levando a duplicação de registos, já de si desadequados para uma medicina dentária moderna, transparente e segura; e ainda limitações na articulação entre o nível hospitalar e os cuidados de saúde primários, a nível da saúde oral.

Em termos de oportunidades na área da saúde oral, é de salientar a crescente valorização da saúde oral e dos serviços de saúde oral pela população, acompanhado pelo apoio político à área da parte das mais diversas entidades políticas e técnicas, a nível internacional e nacional, bem como a crescente importância atribuída à promoção da saúde e prevenção das doenças, alinhada com os objetivos do desenvolvimento sustentável.

Destacar também a generalização do modelo de ULS para o SNS, promovendo, também a nível da saúde oral, a possibilidade de integração de cuidados multidisciplinares nos diferentes níveis de cuidados, privilegiando uma relação de proximidade à população,

sendo esta uma oportunidade de mudança, pois permitirá uma otimização dos ganhos em saúde oral resultante de uma melhor articulação de recursos existentes na rede de serviços do SNS, que pode aumentar o acesso da população a este tipo de serviços.

Como possíveis limitações futuras, a possibilidade dos compromissos políticos e financeiros já assumidos poderem não ter continuidade em ciclos de decisão no futuro, particularmente tendo em conta a necessidade de continuidade de investimentos em curso, e a dissociação entre o nível estratégico de políticas de saúde oral e o nível de implementação no terreno.

Relativamente aos Recursos Humanos e Materiais: a incapacidade de atrair profissionais de forma permanente; a inviabilidade operacional das infraestruturas criadas com fundos do PRR; e a incapacidade de dotar os serviços de forma completa, levando à manutenção do exercício clínico de médicos dentistas e higienistas orais sem assistente dentário, com o compromisso que tal representa nas normas de segurança segundo a evidência disponível.

Objetivos estratégicos

A estratégia para a saúde oral no SNS deve ser orientada para o aumento e melhoria da sua cobertura ao nível dos cuidados de saúde primários, de forma universal e com equidade, para o reforço da literacia, considerando que o conhecimento das populações, especialmente dos mais jovens, e a adequação de comportamentos, nomeadamente preventivos, são componentes decisivas na melhoria sustentada da saúde oral, e para o desenvolvimento de ações intersectoriais que envolviam as autarquias, alinhadas com os Planos Locais de Saúde.

Estas ações intersectoriais permitem a obtenção de ganhos em saúde e qualidade, com maior proximidade à população, constituindo-se como um dos objetivos centrais a orientar a ação do SNS na área da saúde oral.

Assim, na oferta assistencial em saúde oral, no SNS, existem diferentes tipos de profissionais e entidades organizacionais (Serviços, Unidades, consultas, etc.) diferenciados na sua formação de base e com competências bem definidas pelas suas organizações profissionais e que deverão atuar de um modo integrado com a sua atividade centrada no ganho em saúde e maior acessibilidade dos utentes. Assim, a saúde oral como parte integrante da saúde geral, associada às necessidades e direitos da população e à especificidade das intervenções neste campo, requer a existência de um serviço de saúde oral, assente no princípio da autonomia científica, técnica e funcional, tal como, na colaboração multidisciplinar, reforçando o trabalho de equipa, de modo a centrar-se no utente e a prestar os melhores cuidados de saúde.

Esta solução organizativa prevê uma proximidade e integração de cuidados, uma otimização da articulação dos Centros Hospitalares com os cuidados de saúde primários, com gestão e organização autónoma, de forma a proporcionar uma melhoria de

cuidados e acessibilidade ao doente com ganhos em saúde para a população, reduzindo o recurso à urgência e de custos com tratamentos, internamentos e abstinência laboral.

Como tal, a visão do Grupo de Trabalho de Saúde Oral no SNS 2.0 com a criação dos Serviços de Saúde Oral (SSO) era que estes fossem um exemplo de verdadeira integração e expansão da rede existente de saúde oral nos cuidados de saúde, passível de contratualização, multiprofissional, com foco no utente.

Para tal, primando pela sustentabilidade, eficiência e responsabilidade, de forma a garantir a equidade de acesso a toda a população a serviços de saúde oral com qualidade e ambicionando a criação de valor em saúde.

Na persecução desta visão foram definidos os seguintes objetivos chave até 2026: a diminuição em 25% a percentagem de pessoas que referiu necessidade não satisfeita de consulta com dentista nos últimos 12 meses, através do aumento da capacidade de resposta instalada no SNS e acesso a outros canais alternativos de acesso a cuidados; a garantia de uma média, aproximada de, pelo menos, um médico dentista fixado no SNS, em regime de tempo completo, e enquadrado numa carreira especial em funções públicas criada para esse efeito, por cada dois gabinetes de saúde oral a funcionar nos cuidados de saúde primários do SNS; assegurar um rácio mínimo nacional de 1 higienista oral no SNS por cada 12 mil pessoas com idade inferior a 19 anos (em linha com o rácio existente na ARS de Lisboa e Vale do Tejo) com eventuais variações locais e regionais, atendendo às especificidades de cada território a nível geográfico, demográfico e de acessibilidade, que deverão ser alinhadas com a estratégia nacional para este efeito; a concretização da construção e reabilitação de todos os consultórios de medicina dentária previstos para o SNS no PRR, totalizando 350 a nível nacional; e assegurar uma taxa de uso de cheques-dentista superior a 75% (um aumento de cerca de 15%), mantendo a tendência de alargamento da população elegível.

Abordagem

O Grupo de Trabalho de Saúde Oral no SNS 2.0 apresentou um total de 27 medidas e recomendações a implementar pela DE-SNS, em articulação com as instituições relevantes do Ministério da Saúde:

- › **Epidemiologia:** realização de um Estudo Nacional da Saúde Oral em Portugal, em articulação com o INSA e com periodicidade regular;
- › **Organização Central:** separação das funções/responsabilidades técnico-normativa, atualmente assegurada pela DGS/ Coordenação Nacional do PNPSO – DGS, da função/responsabilidade de gestão de acesso e operações (instituições prestadoras de cuidados de saúde oral no SNS), através da criação de uma Coordenação Nacional das Operações na área da Saúde Oral na estrutura orgânica da DE-SNS. Sob a alçada desta Coordenação, deverá operar um

Conselho Técnico constituído por representantes de cada um dos grupos profissionais da área; organização das atuais competências das coordenações regionais de saúde oral entre as atribuições da Coordenação Nacional das Operações na área da Saúde Oral do SNS e as Diferentes Direções dos SSO; e a definição clara da maneira de articulação e atribuições entre a Coordenação Nacional das Operações na área da Saúde Oral no SNS (DESNS), a Direção do PNPSO (DGS) e as Direções de cada um dos SSO a operar nas instituições do SNS, através de regulamento próprio;

- › **Serviços de Saúde Oral:** criação de SSO, no contexto das ULS, com uma direção única, constituídos por diferentes profissionais com atuação na saúde oral das populações, nomeadamente secretários clínicos, assistentes dentários, enfermeiros, higienistas orais, médicos dentistas e médicos estomatologistas, e cujo conteúdo funcional e autonomia permita a otimização da alocação de recursos e a maximização do volume de cidadãos abrangidos pela sua atividade. Sob a alçada da direção deverá operar um Conselho Técnico constituído por representantes de cada uma das profissões dos grupos profissionais integrantes do serviço, escolhidos tendo em conta a experiência profissional e percurso académico; A definição da forma de articulação entre os diferentes níveis de cuidados, através de critérios claros de referenciação e a devida adaptabilidade dos procedimentos de acordo com os recursos disponíveis e o contexto epidemiológico e demográfico de cada região ficará a cargo da direção e Conselho Técnico de cada SSO, em alinhamento com os objetivos nacionais; Ainda, a integração dos SSO na orgânica das ULS do SNS, de forma que a articulação entre serviços seja melhorada, facilitando o trajeto dos utentes entre os diferentes níveis de cuidados, sem prejuízo da necessária articulação com outras especialidades médicas e cirúrgicas. É também importante garantir aos SSO ferramentas de autonomia de gestão de recursos, e funcionamento e contratualização enquanto serviços integrantes da estrutura das ULS do SNS, com eventual recurso ao modelo dos Centros de Responsabilidade Integrados; Rever de maneira conjunta, articulada e complementar da gama de cuidados prestados no âmbito dos SSO, abrangendo as áreas da prevenção, medicina dentária, e estomatologia com vista à otimização dos recursos hospitalares e dos recursos dos cuidados de saúde primários, de forma a racionalizar custos e adequar a intervenção ao perfil de risco dos utentes e à complexidade dos procedimentos clínicos.
- › **Recursos Humanos:** criação da carreira especial de Medicina Dentária no SNS, de forma a valorizar, e incentivar a fixação de médicos dentistas nas suas unidades de saúde; fixação de um número total de, pelo menos, 180 médicos dentistas ao abrigo da carreira especial de medicina dentária no SNS através da conversão dos atuais 22 médicos dentistas a trabalhar ao abrigo de contratos de técnicos superiores, substituição dos 118 médicos dentistas a operar ao abrigo de contratos de prestação de serviços, e concretização de, pelo menos, 40 novos contratos de vínculo à função pública de forma a perfazer o número total referido,

até 2026. É ainda necessário assegurar a utilização dos equipamentos existentes no SNS, no maior número de horas possível, mediante partilha entre médicos dentistas e higienistas orais, e garantir a vinculação de pelo menos 150 higienistas orais através da manutenção dos 107 atuais higienistas orais a operar no SNS, e concretização de, pelo menos, 43 novos contratos de vínculo à função pública. É importante assegurar a disponibilidade e fixação de assistentes dentários essenciais ao acompanhamento da atividade de todos os consultórios de medicina dentária do SNS;

- › **Infraestruturas:** assegurar a execução do Plano de Investimentos em Infraestruturas/gabinetes de saúde oral no SNS, através do acompanhamento periódico pela coordenação nacional das operações na área da saúde oral do SNS; e o estabelecimento de novas parceiras com municípios no sentido de complementar a capacidade infraestrutural na área da saúde oral em áreas carenciadas, assim como criar incentivos adicionais para a fixação de médicos dentistas e/ ou outros profissionais da saúde oral;
- › **Sistemas de Informação:** revisão e otimização do funcionamento dos sistemas de informação que dão suporte às atividades de saúde oral no contexto do SNS através da integração das funcionalidades atualmente existentes no SISO, num sistema único (SCLínico) de modo a facilitar o registo e o acesso à ficha Clínica de cada utente. Este sistema deverá permitir diferentes níveis de acesso compatíveis com a atividade de cada grupo profissional envolvido; e, assegurar que os sistemas de informação dos SSO são capazes de acomodar o registo de toda a pletora de atividades realizadas pelos seus profissionais, nomeadamente na comunidade, nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares. É também importante permitir a atribuição de um grau de priorização de acesso à consulta nos cuidados de saúde primários, tendo também em consideração os critérios de referenciação hospitalar, de forma a garantir que os cuidados sejam prestados pelo profissional e nível de cuidados mais adequado de forma atempada.
- › **Acesso:** é importante prever a possibilidade de referenciação direta para consulta de medicina dentária por enfermeiros, higienistas orais, médicos de saúde pública, médicos estomatologistas ou outros médicos hospitalares responsáveis pela gestão e acompanhamento de utentes elegíveis, além dos médicos de medicina geral e familiar; a atualização e implementação da Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia, tendo em consideração a nova realidade de integração dos SSO, no contexto das ULS. Ainda, alargar a possibilidade de emitir cheques-dentista a todos os profissionais de saúde envolvidos na gestão da saúde oral das populações no contexto do SNS, nomeadamente, enfermeiros higienistas orais, médicos dentistas, médicos de medicina geral e familiar, médicos de saúde pública ou médicos hospitalares responsáveis pela gestão e acompanhamento de utentes previstos nos grupos de risco elegíveis, em função da situação em causa (patologia e grupo populacional); e prever a emissão de cheques-dentista por via da linha SNS24,

desmaterializando-os e reduzindo a burocracia associada. Também promover a criação de um Grupo de Trabalho, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, com vista à atualização da tabela de preços, procedimentos abrangidos e critérios de elegibilidade dos cheques-dentista, de forma a aumentar os potenciais ganhos em saúde; o estabelecimento de parcerias estratégicas entre a Academia, setor social e ULS com vista ao desenvolvimento de soluções inovadoras e sinérgicas de acessibilidade a cuidados de saúde oral, com particular enfoque nas populações carenciadas; e estudar a possibilidade de criar mecanismos de facilitação de acesso a próteses dentárias, em casos de elevada necessidade técnica e económica;

- › **Monitorização:** é importante assegurar mecanismos de medição/análise da produtividade dos profissionais e seus serviços, designadamente tempo de espera para a consulta, número de utentes em lista de espera, a utilização de recursos, número diário/semanal de consultas e procedimentos realizados, tempo de consulta, custo médio de consulta e custo médio de tratamento, entre outros; o desenvolvimento de um sistema de partilha automática e monitorização semanal dos indicadores de produção dos diferentes profissionais a atuar na área da saúde oral no SNS; e ainda rever e operacionalizar a aplicação de questionários de avaliação de satisfação dos utentes utilizadores das consultas de saúde oral, prevista no PNPSO 2021/2025.

Resultados preliminares

Com o objetivo de relançar o “Programa Saúde Oral no SNS”, a DE-SNS constituiu um grupo de trabalho em 2023, que desenvolveu a sua atividade ao longo de vários meses e que era constituído por elementos do Gabinete da então Secretária de Estado da Promoção da Saúde, DE-SNS, Ordem dos Médicos Dentistas, DGS, ACSS, SPMS, ARS, Associação Portuguesa dos Médicos Dentistas dos Serviços e Associação Portuguesa de Higienistas Orais.

Nesse sentido, a DE-SNS, por via da sua Deliberação n.º 33/2023, determinou a constituição do Grupo Operacional que visa relançar o acesso a cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde (GO-CSO-SNS). Esse Grupo Operacional foi coordenado por um elemento do Conselho de Gestão da DE-SNS.

O referido Grupo de Trabalho apresentou o as suas conclusões preliminares em julho de 2023, em sessão pública. Seguidamente, a 12 de julho de 2023, as mesmas foram colocadas em consulta pública no website da DE-SNS, que se prolongou por várias semanas. Nesse contexto foram recolhidos 254 contributos à versão preliminar do relatório do Grupo de Trabalho, sendo que 219 (cerca de 86%) revelaram concordância absoluta com todas as medidas propostas no documento e os restantes 14 % estavam de acordo, mas sugeriam alterações em algumas das dimensões.

Desta forma, para além de enriquecer e aprimorar o seu conteúdo, saem reforçados os princípios e ambições refletidos no Relatório. Ao nível dos contributos, destaque para a importância de incluir mais informação e detalhe da atividade de estomatologia e da sua articulação e complementaridade com os cuidados de saúde oral prestados ao nível dos cuidados de saúde primários.

Em dezembro de 2023 foi divulgada a versão final do Relatório da Saúde Oral em Portugal.

Oportunamente a DE-SNS participou, em estreita colaboração com a então Secretaria de Estado para a Promoção da Saúde, na elaboração da Portaria n.º 430/2023, que *“Estabeleceu as regras de prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”*, em linha com as orientações e informações que já estavam consensualizadas no Relatório do Grupo Operacional, referido anteriormente. Destaca-se a atualização do valor do cheque-dentista, que carecia de revisão há vários anos.

Sob proposta do Diretor Executivo do SNS, e de forma a concretizar as recomendações 2-5 do relatório SNS | Saúde Oral 2.0 – Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0, foi determinada a criação da Coordenação Nacional da Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde (CNSO-SNS), a funcionar junto da DE-SNS e sob a sua orientação (Deliberação nº033/2024 e Deliberação nº008/2024).

A CNSO-SNS é constituída por:

- › José Alberto Frias de Vasconcelos Bulhosa – Técnico Superior a exercer Medicina Dentária na Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E., que coordena;
- › Francisco João Salvado e Silva – Assistente Graduado Sénior em Estomatologia na Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E., que substitui o coordenador nas suas faltas e impedimentos;
- › Sabina Ribeiro Ramalho - Técnica Superior das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica Especialista na área de Higiene Oral, na Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE;
- › Catarina de Carvalho Nunes Gomes de Almeida – Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar na Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E.;
- › Filipa Macedo Malcata – Médica Especialista em Saúde Pública na Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.;
- › Rafael Costa Simões de Vasconcelos – Médico Interno em Saúde Pública na Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.

À CNSO-SNS compete operacionalizar as recomendações do relatório SNS | Saúde Oral 2.0 – Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0, no âmbito de: Epidemiologia, Organização Central, Serviços de Saúde Oral, Recursos Humanos, Infraestruturas, Sistemas de Informação, Acesso e Monitorização.

A CNSO-SNS pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes, tendo presentes as áreas de trabalho abrangidas no âmbito das suas atribuições.

A CNSO-SNS iniciou funções em fevereiro de 2023, sendo a sua constituição renovada anualmente.

Logo após a sua nomeação, a CNSO-SNS solicitou a cada Presidente do Conselho de Administração das ULS, a indicação de um ponto focal na área da saúde oral para cada ULS para a prossecução da implementação do Relatório de Saúde Oral 2.0. Esse ponto focal é importante para a articulação direta entre o Serviço de Saúde Oral de cada ULS e a Coordenação Nacional da Saúde Oral no SNS.

Com o objetivo de se realizar um Diagnóstico da situação nos Serviços de Saúde Oral do SNS, solicitou-se a cada Ponto focal o preenchimento de um ficheiro Excel com os dados relativos à sua ULS no que toca à organização de serviços, recursos humanos, equipamento, necessidades formativas e atividades desenvolvidas.

No dia 20 de março de 2024 (Dia Mundial da Saúde Oral) no Anfiteatro do Centro de Congressos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, foi realizada a 1ª Reunião entre a CNSO e os Pontos Focais nomeados para a área da saúde oral e Presidentes/Membros do Conselho de Administração das ULS.

Estiveram presentes 72 profissionais, entre pontos focais da Saúde Oral e Presidentes/Membros do Conselho de Administração das ULS de todo o país, bem como um representante da SPMS e um representante da ACSS.

Esta reunião de trabalho teve como objetivo fazer-se um ponto de situação dos Serviços de Saúde Oral de cada ULS, bem como discussão e esclarecimento de questões.

20 de março | ULS Coimbra

Anfiteatro 2 do Centro de Congressos dos Hospitais da Universidade de Coimbra

PROGRAMA PROVISÓRIO

9:00 – Boas-vindas

- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
- Coordenação Nacional da Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde
- Unidade Local de Saúde de Coimbra

9:15 – Prioridades e estratégia da Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde

- Coordenação Nacional da Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde

9:45 – Ponto de situação e desafios dos Serviços de Saúde Oral nas Unidades Locais de Saúde

- Pontos Focais dos Serviços de Saúde Oral nas Unidades Locais de Saúde

10:30 – Próximos passos da Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde

- Coordenação Nacional da Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde

10:50 – Encerramento

Programa da Reunião entre Coordenação Nacional Saúde Oral e os Pontos focais nomeados/ Membros Conselho Administração ULS, 20 março 2024

No contexto do alargamento do modelo organizacional das ULS a todo o território nacional, e com vista a uniformizar a forma de articulação dos diferentes níveis de serviços e cuidados de saúde oral em cada região, tal como preconizado nas recomendações do relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0, a CNSO-SNS procedeu ao desenvolvimento e publicação de um manual de organização e de funcionamento dos Serviços de Saúde Oral (SSO) nas ULS do SNS. Dele destacam-se os seguintes princípios orientadores: a promoção e garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e serviços de saúde oral prestados numa lógica de cuidados de saúde integrados e que facilitem o acesso e os trajetos de cuidados aos utentes nos diferentes níveis de cuidados; o aumento do número de cidadãos com acesso a cuidados de saúde oral; estimular a formação profissional contínua, focada em assegurar cuidados de saúde de qualidade; o incentivo da promoção da saúde e atitudes preventivas junto da comunidade.

De sublinhar também a necessidade de criação de estratégias para o aumento da literacia em saúde junto da população; a uniformização e compatibilização dos registos específicos da saúde oral nos sistemas de informação, numa lógica de partilha de informação do utente entre os diferentes níveis de cuidados; definir e implementar protocolos de referenciação com critérios clínicos para os Serviços de Estomatologia das ULS em que estão inseridos ou de outras ULS obedecendo à lógica de otimização da Rede de Referência Hospitalar existente; e implementar programas de intervenção em contexto multidisciplinar de acordo com a evidência científica e as melhores práticas em saúde.

Acrescenta-se, a participação e contribuição para as dinâmicas institucionais transversais de ação, planeamento e organização, com parceiros da comunidade e setores externos à saúde, e para dinâmicas institucionais de promoção em saúde oral como parte integrante da saúde geral, com participação em atividades de formação e em eventos temáticos; bem como, implementar sistemas de monitorização e avaliação, podendo incluir indicadores de produção, resultados de intervenção e de satisfação dos utentes e profissionais; o estabelecimento de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos materiais e humanos de forma a otimizar procedimentos e intervenções; e, finalmente assegurar o cumprimento dos normativos éticos e deontológicos legalmente vigentes.

Próximos passos

De acordo com o Mecanismo de Recuperação e Resiliência no Regulamento (UE) 2021/241, de 12 de fevereiro, e que enquadra o PRR, no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários através da medida “Cuidados de saúde primários com mais respostas” – “Criar Gabinetes de Medicina Dentária nos centros de saúde”, pretende-se instalar em Portugal Continental 143 gabinetes de medicina dentária nos centros de saúde, representando um investimento de 7 milhões e 200 mil euros, conforme descrito no Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0. Estes equipamentos serão integrados nas instituições territorialmente competentes.

Adicionalmente, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, assegurou investimento adicional para a viabilização de mais 33 gabinetes, enquadrado numa segunda meta do PRR (“Qualificar as instalações e os equipamentos dos centros de saúde - Modernizar equipamentos”), no valor de 1 milhão e 349 mil euros.

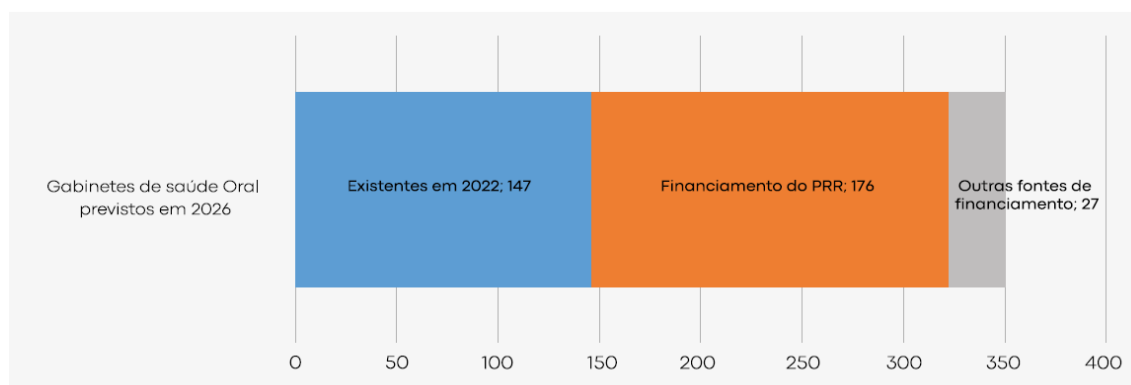
Dotação indicativa de investimentos a realizar e número de gabinetes de medicina dentária, por ARS/ULS, na rubrica de PRR

Administração Regional de Saúde/ Unidade Local de Saúde	Número de gabinetes de medicina dentária	Dotação indicativa (€)
ARS Norte, I.P.	45	2.250.000,00
ULS Alto Minho, E.P.E.	2	100.000,00
ULS Matosinhos, E.P.E.	1	50.000,00
ARS Centro, I.P.	21	1.050.000,00
ULS Castelo Branco, E.P.E.	2	100.000,00
ULS Guarda, E.P.E.	6	300.000,00
ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	76	3.549.000,00
ARS Alentejo, I.P.	10	500.000,00
ULS Norte Alentejano, E.P.E.	1	50.000,00
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	6	300.000,00
ULS Baixo Alentejo, E.P.E.	1	50.000,00
ARS Algarve, I.P.	5	250.000,00
TOTAL	176	8.549.000,00

Fonte: ACCS, I.P. e ARS Lisboa e Vale do Tejo I.P. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Este investimento é coordenado a nível nacional pela ACSS e compete às respetivas ARS operacionalizar todos os procedimentos.

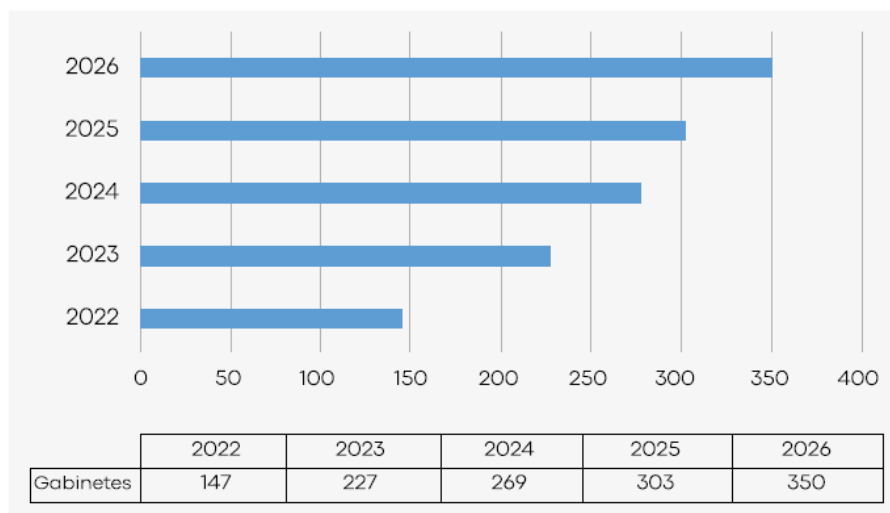
Constituem-se despesas elegíveis todas as que se destinem exclusivamente à concretização dos projetos e que se rejam pelos princípios da boa administração, da boa gestão financeira e da otimização dos recursos disponíveis nomeadamente a aquisição de equipamentos e materiais para a prestação de cuidados de saúde oral e as obras de adaptação do espaço e instalação de equipamentos.



Número de gabinetes de saúde oral a viabilizar de acordo com a origem do financiamento

Fonte: ARS. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Existe ainda o objetivo de alguns gabinetes com equipamentos dentários afetos apenas a atividades clínicas de higiene oral passarem a ter consultas de medicina dentária em horário complementar a estas consultas de higiene oral.



Número de Gabinetes de saúde oral previstos no SNS, por ano, de 2022 a 2026.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde e Unidades Locais de Saúde. Disponível no Relatório do Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0

Conforme descrito no Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0 é considerada pertinente a criação da carreira especial de médico dentista, dando cobertura ao universo de trabalhadores em serviços e estabelecimentos de cuidados de saúde do SNS, cujos postos de trabalho deverão passar a exigir celebração de vínculo contratual ao abrigo do Código de Trabalho, a saber, as entidades do setor público empresarial, bem como ao universo de trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas.

Assim, a concretização da carreira de médico dentista no SNS deverá permitir a fixação de profissionais que exercem atualmente a sua atividade no âmbito dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares do SNS. Quer seja em regime de prestação de serviços, contrato a termo certo ou contratados como técnicos superiores de regime geral.

Adicionalmente, serão ainda celebrados novos contratos de trabalho com mais médicos dentistas, até assegurar um número total mínimo de 180 médicos dentistas a exercer funções em horário completo no SNS. Este número pretende garantir, de forma indicativa, a atividade de um médico dentista de carreira especial por cada dois gabinetes de saúde oral a operar no SNS, até 2026.

Face aos recursos limitados existentes (pouco mais de 100 higienistas orais no SNS), a sua distribuição geográfica desequilibrada e o enfoque atual na população pediátrica, pretende-se atingir uma dotação, para o país, semelhante à que já ocorre em Lisboa e

Vale do Tejo, de cerca de 1 higienista oral por cada 12 mil pessoas com idade inferior a 19 anos, até 2026.

A Coordenação Nacional Saúde Oral irá acompanhar a implementação dos Serviços de Saúde Oral nas ULS. Estes Serviços têm por missão prestar cuidados com elevados níveis de qualidade, no que diz respeito ao acesso, à eficiência e à qualidade dos serviços prestados, colocando o utente como cerne do atual sistema de saúde e tendo como principal objetivo o seu bem-estar total.

Devem contribuir para a sustentabilidade, com o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, focados na intervenção sobre a Saúde Oral, através da prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento e manutenção da saúde, no plano individual e no comunitário, de acordo com os mais recentes estádios de conhecimento e em respeito pelas normas éticas atuais, numa busca permanente dos melhores padrões de qualidade. Devem, ainda, contribuir, através da investigação e do tratamento estatístico dos dados produzidos internamente, para um melhor conhecimento das necessidades populacionais na área da Saúde Oral.

A visão dos Serviços de Saúde Oral prioriza uma integração funcional e organizada, promovendo a sua expansão em prol da comunidade, com o foco no utente e em articulação com as demais áreas clínicas, baseado na complementaridade entre os diferentes níveis de cuidados e unidades funcionais.

Os Serviços de Saúde Oral são estruturas organizacionais com autonomia conferida pela Direção Clínica das ULS, integrando profissionais de Saúde Oral. A prestação de cuidados de saúde oral deve ser organizada em Serviços de Saúde Oral, incluindo os vários profissionais nos diferentes níveis e competências de cuidados e dotada de apoio na área de Secretariado Clínico, de Assistentes Dentários ou Técnicos Auxiliares de Saúde. Estas estruturas deverão ter uma coordenação/direção de serviço, podendo a mesma, em casos justificados, funcionar de forma colegial a definir pela Administração da ULS.

A coordenação local do PNPSO, envolvendo a gestão e monitorização regular do PNPSO a nível local (incluindo os cheques-dentista e colaboração em auditorias), a implementação de estratégias personalizadas à população servida pela ULS e a avaliação dos seus resultados fica integrada no Serviço de Saúde Oral.

De salientar que, a organização dos Serviços de Saúde Oral é definida pelas Administrações das ULS devendo incluir os profissionais de Saúde Oral da ULS, nos diferentes níveis de competências, para a prossecução das suas atividades de prevenção, promoção da saúde e cuidados terciários e dotada de apoio na área de Secretariado Clínico, de Assistentes Dentários ou Técnicos Auxiliares de Saúde. No processo de compras, manutenção e expansão deverão ser ouvidos a coordenação/direção e os seus órgãos gestores.

Dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

Contextualização

Com o avanço tecnológico e a atualização das recomendações internacionais mostrou-se necessária a atualização da estratégia de acesso a tratamento com dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina, tendo em vista a utilização equitativa dos dispositivos de nova geração, e assim o Despacho n.º 13339/2022, constitui um grupo de trabalho para tal efeito. Este grupo de trabalho no seu relatório final recomendou que em alinhamento com as recomendações internacionais, todas as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 motivadas, em que a própria pessoa ou o cuidador têm capacidade para aprender a utilizar este tipo de tratamento, têm potencial indicação para o tratamento com SHAAI alargando as indicações para a população adulta.

Considerando que nas últimas décadas o uso dos sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina foi generalizado globalmente para o tratamento da doença e demonstrando-se que sua utilização melhorou a experiência das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 e para os seus familiares, assim como os resultados do tratamento, e que, de forma mais recente, foram introduzidos no mercado sistemas que representam uma evolução dos dispositivos PSCI tradicionais. Neste sentido foi publicado o Despacho n.º 6440/2023, que “Determina a criação de um programa integrado de tratamento das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1, através da colocação de Sistemas de Administração Automática de Insulina a todas as que tenham indicação e motivação para tal, com desenvolvimento progressivo nos anos de 2023 a 2026”.

Os sistemas de Administração Automática de Insulina estabelecem uma ligação direta e automatizada entre a monitorização dos níveis de glicose e a administração de insulina, baseando-se em algoritmos testados e validados, com ajuste automático do débito basal, correção de hiperglicemias e prevenção de hipoglicemias.

Finalmente, a partir desse embasamento legislativo e teórico, foi feita uma proposta sobre atualização da estratégia de acesso a tratamento com dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina através do Despacho n.º 13339/2022. Este documento resultou de um estudo conduzido pelo grupo de trabalho designado no Despacho n.º 13339/2022, de 17 de novembro, posteriormente alterado pelo Despacho n.º 3584/2023, de 21 de março.

O grupo de trabalho foi constituído pela Direção-Geral da Saúde/Programa Nacional para a Diabetes, Ministério da Saúde, INFARMED, ACSS, SPMS, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, e Sociedades Científicas, incluindo a Sociedade Portuguesa de Diabetes, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Sociedade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria, e Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

O grupo de trabalho foi estabelecido com o propósito de rever e atualizar a estratégia de acesso ao tratamento com dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina, buscando garantir uma distribuição equitativa dos dispositivos mais recentes.

Os seus objetivos incluíram avaliar os resultados obtidos e os benefícios para os doentes, bem como os custos associados a essa estratégia. Além disso, o grupo analisou os benefícios dos novos dispositivos com base em evidências científicas sólidas e realizou uma avaliação detalhada do custo-benefício, considerando o potencial impacto na qualidade de vida de doentes com diabetes tipo 1 e suas famílias.

Por fim, o grupo propôs uma atualização da estratégia de acesso ao tratamento com dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina com base em suas análises e conclusões. Após uma revisão exaustiva das publicações internacionais, o grupo de trabalho concluiu que os sistemas de administração automática de insulina representam atualmente o padrão de tratamento para Diabetes tipo 1 pois melhoram o controle metabólico da doença, evidenciado pelo aumento do tempo em que os níveis de glicose se mantêm dentro dos objetivos e pela melhoria da qualidade de vida.

Essa melhoria do controle metabólico está associada a uma redução das complicações agudas e crônicas da diabetes, consequentemente contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade prematura.

Objetivos Estratégicos

O objetivo principal deste projeto é o desenvolvimento de um programa integrado para o tratamento das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1, através da implementação de Sistemas de Administração Automática de Insulina (SAAI) para todos aqueles que tenham indicação e motivação para tal, de forma progressiva entre 2023 e 2026, determinada pelo Despacho n.º 6640/2023, de 13 de junho, se baseou nas conclusões do grupo de trabalho em relação à utilização dos Sistemas Automáticos de Administração de Insulina (SAAI) em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1. Este mesmo grupo de trabalho estimou que cerca de 30.000 pessoas no país são afetadas pela doença, e aproximadamente metade delas, ou seja, 15.000 pessoas, têm indicação para tratamento por sistemas automáticos de perfusão.

Portanto, ele deve ser disponibilizado a todos os utilizadores que tenham indicação e motivação para esse tipo de tratamento. Colocam-se alguns desafios à concretização deste objetivo, nomeadamente: em garantir que todas as pessoas com diabetes tipo 1, com indicação clínica para tal, tenham acesso aos SAAI, independentemente de sua localização geográfica, status socioeconómico ou outros fatores; promover o treino adequado aos profissionais de saúde e aos doentes para o uso correto e eficaz dos SAAI, de forma a expandir a sua colocação no intervalo de tempo estabelecido; implementar um sistema eficaz de gestão de dados para acompanhar o progresso do programa, monitorizar a colocação de novos dispositivos nas diferentes Unidades Locais de Saúde;

e manter os SAAI atualizados com os avanços tecnológicos para garantir a eficácia contínua do programa ao longo do tempo.

Abordagem

Foi estabelecida uma articulação próxima com o Programa Nacional para a Diabetes da Direção Geral de Saúde no estabelecimento da estratégia para o cumprimento destes objetivos.

Decorreu uma análise de exemplos de estratégias de gestão dos SAAI em outros países, nomeadamente em Espanha e na Suécia, tendo sido promovidas reuniões com a responsável do Programa de Direção do Registro Nacional Sueco de Diabetes e com o Presidente da Sociedade Espanhola de Endocrinologia, no sentido de trocar experiências e discutir os desafios e oportunidades na implementação deste tipo de programas.

Foram analisados os dados de colocação de SAAI pelos Centros de Tratamento a funcionar em Portugal nos últimos cinco anos, foi planeado o aumento da colocação de dispositivos tendo sido esta projeção discutida em reunião com todos os Centros de Tratamento a funcionar em Portugal e com as direções clínicas das respetivas unidades de saúde.

Foram posteriormente recolhidas as necessidades identificadas por cada Centro de Tratamento para o ano de 2024 e foi desenhado um modelo de aumento gradual de capacidades, com objetivo de atingir na sua fase final a cobertura do número de pessoas previsto de beneficiar deste tipo de tratamento.

Este modelo prevê o aumento em duas fases e com ritmos diferentes na população adulta e na população pediátrica. A população pediátrica tem beneficiado da colocação do maior número proporcional de colocação de SAAI até ao momento atual, pelo que não se prevê que haja um aumento significativo da sua necessidade de colocação nos próximos anos. Por outro lado, a população adulta, que era até ao momento menos considerada para este tipo de tratamento será o grupo etário com maior crescimento previsível e maior necessidade de adequação dos recursos, tendo em conta o alargamento dos critérios para colocação de SAAI neste grupo.

Esta estratégia incluía a substituição de todos os dispositivos fora de garantia em idade pediátrica, substituir parte dos dispositivos fora de garantia de adultos, colocar todos os dispositivos em lista de espera pediátrica e admitir novos doentes adultos em lista de espera com elevada prioridade clínica definida por cada Centro de Tratamento.

Com o objetivo de desenvolver o programa mencionado, a DE-SNS em colaboração com o Programa Nacional para a Diabetes - DGS, levou a cabo um levantamento junto dos centros de tratamento de diabetes *mellitus* existentes e suas direções clínicas, a fim de determinar o número de dispositivos e consumíveis necessários para o ano de 2024.

Estes números, abrangendo tanto a população adulta quanto pediátrica, foram estabelecidos com base nas necessidades identificadas e na capacidade de colocação de

cada centro, conforme indicado pelos mesmos centros e transmitido através dos Conselho de Administração dos hospitais envolvidos no processo.

Comparação do número de novos dispositivos colocados em 2022 e 2024.

Instituições	2022	2024	Crescimento (N)	Crescimento (%)
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal	157	238	81	52%
ULS Arco Ribeirinho	21	64	43	205%
ULS Entre o Douro e Vouga, EPE	-	37	NA	NA
ULS Região de Leiria, E.P.E.	5	94	89	1780%
ULS Lisboa Ocidental, E.P.E.	31	60	29	94%
ULS Arrábida, E.P.E.	27	28	1	4%
ULS Tâmega e Sousa, E.P.E.	17	90	73	429%
ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	-	45	NA	NA
ULS Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.	44	125	81	184%
ULS Região de Aveiro, E.P.E.	6	49	43	717%
ULS Oeste, E.P.E.	3	38	35	1167%
ULS Coimbra, E.P.E.	179	285	106	59%
ULS Viseu Dão-Lafões, E.P.E.	37	116	79	214%
ULS Santa Maria, E.P.E.	55	192	137	249%
ULS Santo António, E.P.E.	85	252	167	196%
ULS São João, E.P.E.	79	267	188	238%
ULS Algarve, E.P.E.	7	32	25	357%
ULS São José, E.P.E.	43	107	64	149%
ULS Braga, E.P.E.	37	152	115	311%
ULS Loures-Odivelas, E.P.E.	8	24	16	200%

ULS Barcelos/Esposende, E.P.E.	15	10	-5	-33%
ULS Lezíria, E.P.E.	-	12	NA	NA
Alentejo Central, E.P.E.	15	63	48	320%
ULS Almada-Seixal, E.P.E.	42	72	30	71%
ULS Amadora/Sintra, E.P.E.	10	15	5	50%
ULS Matosinhos, E.P.E.	44	105	61	139%
ULS Alto Minho, E.P.E.	7	53	46	657%
ULS Baixo Alentejo, E.P.E.	16	22	6	38%
ULS Médio Tejo, E.P.E.	-	12	NA	NA
TOTAL	990	2659	1669	269%

Estes dados foram enviados para o respetivo procedimento de aquisição para a SPMS tendo sido realizados os respetivos processos de aquisição.

Uma alteração significativa ocorreu também no financiamento dos Sistemas de Administração Automática de Insulina, que agora são integradas diretamente ao orçamento das ULS. Anteriormente, o processo envolvia a submissão de um pedido pelo hospital, seguido pelo encaminhamento para a ACSS para aprovação de financiamento.

No entanto, essa abordagem foi simplificada e otimizada em consonância com o novo modelo de financiamento das ULS implementado em 2024, visando uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros e um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde. De acordo com esse novo modelo, as ULS recebem um financiamento per capita, ou seja, um valor fixo por cada utente inscrito em sua área, tendo em conta a sua complexidade relativa. Além disso, o financiamento é estratificado por risco, ajustando o valor per capita com base em fatores de risco como a prevalência de doenças crónicas.

Isso garante que as ULS com populações mais doentes recebam mais recursos para lidar com as necessidades específicas de saúde de seus utentes. No contexto específico dos Sistemas de Administração Automática de Insulina, essa mudança implica que esses dispositivos agora fazem parte integrante do orçamento da ULS, facilitando o acesso dos doentes a essa tecnologia vital para o tratamento do diabetes.

Esse novo modelo também promove a contratualização entre as ULS e prestadores de serviços de saúde, com metas de desempenho estabelecidas para promover eficiência e qualidade nos serviços oferecidos. Com mais autonomia na gestão de recursos financeiros e humanos, as ULS têm maior flexibilidade e capacidade de resposta às

necessidades dos utentes, incluindo a disponibilização de Sistemas de Administração Automática de Insulina de forma mais eficaz e oportuna. Essas mudanças representam uma evolução no sistema de saúde, visando melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados para os doentes com diabetes.

No sentido da atualização dos sistemas de registo clínico digital, foram estabelecidos dois objetivos principais: a integração do registo dos sistemas SAAI colocados nos sistemas de registo atuais (SCLínico) e a atualização da plataforma nacional de registo dos SAAI. Foi solicitada à SPMS a implementação da integração para lista de espera para colocação de dispositivo, o registo de colocação e seguimento destes dispositivos no sistema SCLínico de forma a agilizar a partilha de informação e a monitorização prática da implementação deste programa integrado de tratamento. Este último permitirá que exista um sistema de gestão de dados centralizado para acompanhar a colocação e o desempenho dos SAAI em todas as ULS. As possibilidades de resposta dos sistemas a estas necessidades que se encontra em fase de análise por parte da SPMS.

Foi discutida a implementação de programas de formação contínua para profissionais de saúde, abordando o uso correto e a gestão dos SAAI, bem como a educação dos doentes sobre sua utilização, nomeadamente através do uso da plataforma Academia SPMS.

No primeiro trimestre de 2024, foi aprovado o funcionamento de um novo Centro de Tratamento da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, que permitirá a cobertura de uma região do país onde não existiam centro de tratamento com capacidade de colocação de SAAI.

Resultados preliminares

Foram recolhidas as necessidades de dispositivos e consumíveis identificados pelos diferentes centros de tratamento e foram abertos os procedimentos para aquisição destes equipamentos.

Relativamente aos consumíveis necessários para substituição nos SAAI e SAAI de funcionamento “clássico” em utilização, o procedimento concursal n.º 915/2024 da SPMS, ao abrigo do acordo-quadro, foi adjudicado a 04/04/2024. Sendo possível neste momento que as ULS façam as suas respetivas aquisições, tendo em conta que o valor se encontra orçamentado na *capita*. No caso da APDP, o processo de aquisição é mediado através da articulação com a ACSS.

Relativamente à aquisição de novos sistemas SAAI com funcionamento híbrido, foi aberto o concurso público n.º 764/2023, para a aquisição da Bomba de PSCI com função de suspensão preditiva na glicose baixa e ajuste automático do débito basal de insulina mais conjunto de consumíveis para um ano (12 meses) mais CGM e conjunto de consumíveis CGM para 1 ano (12 meses), que se encontra em fase processual.

Próximos Passos

O modelo proposto baseia-se nas práticas atuais dos centros de tratamento, a constante evolução tecnológica dos dispositivos, o uso crescente de ferramentas de telessaúde e outras soluções inovadoras têm o potencial de otimizar os fluxos de trabalho e permitir uma maior capacidade de colocação e gestão de equipamentos.

Neste momento, após a finalização do procedimento de aquisição de novos dispositivos e a sua disponibilização para os centros de tratamento, será necessário acompanhar e analisar resultados da colocação de dispositivos SAAI em cada centro. Esta análise envolve uma avaliação trimestralmente nos dois primeiros anos de implementação, e posteriormente, fazer isso semestralmente no terceiro ano. Esta abordagem permitirá compreender e abordar os fatores limitantes associados à colocação desses dispositivos que poderão ser melhorados ao longo do processo e no futuro.

Para atingir estes objetivos, é crucial manter uma colaboração próxima com o Programa Nacional para a Diabetes da Direção-Geral de Saúde e com os centros de tratamento responsáveis pela colocação dos SAAI. Adicionalmente, é fundamental manter a articulação com a SPMS para melhorar a integração e o fluxo de dados clínicos, adaptando os sistemas de registo e informação às necessidades tecnológicas em constante evolução. Concomitantemente com este processo, é crucial desenvolver a formação dos profissionais de saúde na gestão dos dispositivos de SAAI.

A análise contínua deste processo de implementação e acompanhamento permitirá uma adaptação rápida dos procedimentos, aumentando a eficiência e a adequação dos cuidados de acordo com as necessidades da população e o desenvolvimento tecnológico. Este ciclo de melhoria contínua garantirá que o programa responda de forma eficaz e inovadora às necessidades em constante evolução na gestão da diabetes *mellitus*.

Internamento pós-parto

Deliberação nº DE-SNS 080/2023, de 31/05/2023 - “Regresso a Casa”: Projeto Piloto Conjunto do Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E., e da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., no âmbito das altas hospitalares aos recém-nascidos e puérperas.

Portugal evidencia-se positivamente no panorama internacional pelas conquistas alcançadas em alguns indicadores de saúde ao longo dos últimos 40 anos, nomeadamente uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil do mundo. Tal realidade apenas foi possível graças à existência de um SNS que privilegiou, desde sempre, a segurança dos cuidados prestados às grávidas e crianças face ao número de locais onde, no passado, era aceitável a realização de partos. Esta transformação cultural apenas foi possível graças à visão moderna e disruptiva de profissionais como Albino Aroso, que nunca se resignaram, mantendo como único objetivo a exigência da qualidade nos cuidados prestados.

Hoje, cabe à DE-SNS a missão de dar continuidade a esse legado, coordenando a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

Tal desiderato apenas é possível quando assegurada a estreita articulação entre as lideranças e as equipas clínicas das diferentes instituições do SNS, garantindo sempre o acesso universal a cuidados de saúde com níveis técnicos e humanos de excelência.

Pelo impacto direto que tem nas grávidas, recém-nascidos e suas famílias, a otimização dos fluxos clínicos no contexto do puerpério, de acordo com a melhor evidência científica, merece atenção prioritária, sendo essencial salvaguardar os princípios da qualidade e humanização dos cuidados prestados no SNS.

A alta nas primeiras 48h de vida representa um avanço no paradigma da abordagem do recém-nascido no período pós-parto. As vantagens desta abordagem são transversais ao recém-nascido, à mãe e ao restante núcleo familiar. A evidência científica demonstra que, em casos selecionados em que sejam cumpridos todos os critérios de elegibilidade, é seguro e benéfico para o bebé e para a mãe regressarem ao seu lar antes das 48h de vida. Além de não aumentar o risco de complicações maternas ou neonatais, a alta tem um impacto significativamente positivo na experiência familiar e no sentimento de parentalidade positiva. De acordo com a OMS, salienta-se a experiência pós-natal positiva como um ponto fulcral e um dos objetivos a cumprir no período pós-natal.

Assim, ouvidos os Conselhos de Administração do então Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E., e da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., das Direções dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, das direções médicas e de enfermagem dos

respetivos serviços de Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria, assim como dos representantes das unidades de cuidados de saúde primários, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na sua redação atual, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, tendo em vista a atualização das práticas clínicas no contexto do parto e peri-parto no SNS, determina-se:

1. O Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E., o Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental e o Agrupamento de Centros de Saúde Maia/Valongo, cooperam, articulam e partilham recursos no sentido de garantir uma transição das puérperas e recém-nascidos (que reúnam condições clínicas de estabilidade adequadas) do ambiente hospitalar para o domicílio, com o devido acompanhamento das equipas médicas de proximidade, antes das 48h decorridas após o parto.
2. A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., promove a cooperação e articulação entre as suas equipas hospitalares e de cuidados de saúde primários no sentido de garantir uma transição das puérperas e recém-nascidos (que reúnam condições clínicas de estabilidade adequadas) do ambiente hospitalar para o domicílio, com o devido acompanhamento das equipas médicas de proximidade, antes das 48h decorridas após o parto.
3. O Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E., o Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental e o Agrupamento de Centros de Saúde Maia/Valongo e a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., cooperam e articulam no sentido de alinhamento e partilha da evidência existente e das melhores práticas a aplicar, de forma transversal, na definição de critérios de elegibilidade das puérperas e recém-nascidos, fluxos e procedimentos necessários à alta para o domicílio promovendo a humanização de cuidados e garantindo os mais elevados critérios de segurança para puérperas e recém-nascidos.
4. O Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E., o Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental e o Agrupamento de Centros de Saúde Maia/Valongo e a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., definem indicadores de acompanhamento e avaliação dos impactos na saúde das puérperas e recém-nascidos assim como nos processos, promovendo a eficiência de gestão de recursos do SNS.
5. Os Conselhos de Administração do Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E. e da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. em articulação com as Direções Executivas e Conselhos Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde Porto

Oriental e Maia/Valongo disponibilizam informação atempada à população sobre o funcionamento do projeto piloto “Regresso a Casa”.

6. O projeto piloto “Regresso a Casa” inicia-se no Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E., no Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental, no Agrupamento de Centros de Saúde Maia/Valongo e na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

Resultados Preliminares

Ambas instituições implementaram um processo de triagem inovador dentro do sistema de registo clínico eletrónico que oferece suporte completo à prática ginecológica e obstétrica no SNS.

Essa triagem tem como objetivo garantir a identificação automática das gestantes elegíveis no momento da admissão, a seleção daquelas que atendem aos critérios no momento da alta e uma estratégia para referenciá-las diretamente e de forma integrada com as Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica no momento das altas efetivas.

Os materiais necessários para a extensão do projeto foram adquiridos pelas ULS envolvidas, entre eles, estetoscópios neonatais, termómetro, fita métrica, oftalmoscópios, oxímetros, lancetas e tubos de colheitas, balanças pediátricas com capacidade para pesar neonatos e bilirrubinómetros transcutâneos.

Na ULS São João, E.P.E., toda a organização estrutural e transporte para a enfermagem já está equacionada, permitindo a escalabilidade do projeto.

Na ULS do Alto Minho, quatro Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) foram integradas no projeto, representando mais de 50% dos partos hospitalares da região.

Além disso, o projeto está a ser divulgado pelas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, bem como durante a consulta pré-natal hospitalar.

Para ampliar a divulgação e envolver todos os intervenientes, como obstetras, pediatras, neonatologistas, Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que exercem nos hospitais e nos Centros de Saúde Primários, foram também realizadas apresentações internas do projeto. Além disso, foram também desenvolvidas estratégias para divulgar o projeto a todos os profissionais das diversas unidades funcionais.

Espera-se que o projeto possa agora entrar numa fase de implementação em rotina, de forma a se avaliar os resultados e ponderar a sua expansão a outras ULS, garantindo segurança, qualidade e efetividade na gestão dos processos, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais.

Rastreios de Base Populacional

Contextualização

A prevenção de doenças é um pilar essencial para a promoção da saúde e a gestão eficiente dos recursos no setor, estando comprovados os seus benefícios económicos e de saúde, designadamente menor mortalidade, menor morbilidade e melhoria da qualidade de vida da população.

Os rastreios são uma estratégia de prevenção secundária, por se tratar da identificação presumível de doença ou defeito não anteriormente conhecido, em indivíduos presumivelmente saudáveis e assintomáticos para a situação em estudo, mas que pertençam a uma população considerada de maior risco. Tem como objetivo a identificação de lesões precursoras de doença ou, não sendo possível, o seu diagnóstico em estadios iniciais.

Os rastreios de base populacional são reconhecidamente uma estratégia de intervenção determinante em ganhos de saúde, pela equidade no acesso a cuidados preventivos, permitindo identificar precocemente lesões precursoras de situações malignas ou estádios iniciais da doença, proporcionando com isso, a execução de técnicas terapêuticas menos agressivas, que se traduzirão em melhores resultados em saúde.

Embora se prevejam, maioritariamente, vantagens da aplicação dos rastreios, de que se ressalva a diminuição da real mortalidade e morbilidade da doença e os menores custos de tratamento subsequente, os rastreios também apresentam desvantagens, pelo custo importante que representa a implementação de um programa de rastreio, o risco de falsos positivos (que podem gerar preocupação, exames e tratamentos subsequentes desnecessários) e o risco de falsos negativos (que se traduzem em falsa segurança para os utentes e profissionais).

Existem critérios que devem ser considerados ao decidir quais as doenças que devem ser rastreadas, de acordo com as diretrizes da OMS. Estes critérios incluem a relevância da doença enquanto problema de saúde pública, a disponibilidade de um tratamento eficaz para as condições diagnosticadas, e a existência de um teste de rastreio adequado e aceite pela população e pelos profissionais. A doença deve ter uma fase latente ou sintomática precoce reconhecível, a história natural da doença deve estar adequadamente estudada, o circuito de tratamento dos doentes após deteção da doença deve estar previamente definido, e o custo do rastreio deve ser economicamente equilibrado em relação a possíveis despesas com a assistência médica.

Além dos critérios que importam à decisão das doenças a rastrear, importa criar as condições operacionais para que o programa de rastreio possa ser efetivamente executado junto dos utentes elegíveis. Neste âmbito, é importante garantir adequados e suficientes recursos humanos e materiais, ferramentas informáticas e circuitos logísticos

para uma execução em contínuo. De modo complementar, deve ser assegurada a formação dos profissionais e uma comunicação eficaz com os utentes.

Uma das características mais importantes de um programa de rastreio, é a sua implementação de modo sistemático e com base populacional. Esta metodologia garante que todos os utentes elegíveis para integrar um programa de rastreio, são integrados de modo equitativo e sem necessidade de procura ativa dos serviços de saúde (como acontece nas formas oportunísticas de vigilância da saúde). Esta estratégia permite ainda alcançar grupos mais vulneráveis, muitas vezes sujeitos a barreiras socioeconómicas e educacionais no acesso aos serviços de saúde.

Reconhecendo-se a importância e necessidade crescentes dos programas de rastreio, têm sido publicadas várias medidas legislativas, como a Resolução da Assembleia da República n.º 92/2016, de 27 de maio, que recomendou ao Governo que concretizasse um plano estratégico para a implementação dos rastreios oncológicos de base populacional.

O Despacho n.º 4771-A/2016, de 7 de abril, atribuiu esta área de intervenção à esfera de competência das ARS e determinou a obrigação de implementar rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética em todo o território nacional. A estes, foi aditado o rastreio de saúde visual infantil, por via do Despacho n.º 5868-B/2016, de 2 de maio, que se traduziu na generalização a todo o País.

O Despacho n.º 8254/2017 estabeleceu os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A Norma n.º 015/2018 e a Norma n.º 016/2018 da DGS estabeleceram, respetivamente, os critérios para os rastreios de saúde visual infantil e da retinopatia diabética.

Não obstante, subsistem iniquidades na cobertura populacional dos programas e uma heterogeneidade no plano técnico e operacional dos mesmos, no território nacional.

O *Europe's Beating Cancer Plan 2021-2025* da Comissão Europeia afirma que o combate ao cancro é uma prioridade, indicando os programas de rastreio como a estratégia preventiva de eleição. Neste âmbito, determinam que os Estados-Membros devem reforçar a cobertura populacional, convidando 90% da população elegível para os rastreios dos cancros da mama, cólon e reto e do colo do útero, até 2025. Estes objetivos foram transpostos para a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030 (<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>), aprovada pelo Despacho n.º 13227/2023.

ESTRATÉGIA NACIONAL DE LUTA CONTRA O CANCRO

2021 a 2030

O rastreio do cancro da mama já alcançou a meta estabelecida para 2025, ao passo que os rastreios do cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto estão ainda distantes de alcançar a meta dos 90%. O contexto atual está espelhado no último relatório do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da DGS (2022) e nos dados de 2023 apresentados na Comemoração do Dia Mundial de Luta Contra o Cancro.

A Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030 e a Cerimónia de Comemoração do Dia Mundial da Luta Contra o Cancro 2023, estabeleceram algumas estratégias para o alcance dos objetivos esperados:

- › Constituir um “Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio Oncológico de Base Populacional”, com o objetivo de eliminar as assimetrias existentes no território nacional;
- › Disponibilizar meios para auto-colheita de amostras para rastreio do cancro do colo do útero;
- › Promover a centralização do convite para rastreio, evitando que este fique dependente das Equipas de Saúde Familiar;
- › Comunicar, de forma sistemática, os resultados dos exames de rastreio ao utente.

Abordagem

A DE-SNS, decorrente das funções que lhe foram atribuídas pela entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na sua redação atual, centralizou a coordenação e gestão operacional dos programas de rastreio de base populacional, através da constituição do Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de rastreio de base Populacional (<https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/02/DE-SNS-212-Criacao-Nucleo-Coordenador-dos-Rastreios.pdf>).

Deliberação nº
DE-SNS 212/2023

Data
29/12/2023

Assunto: Constituição do ‘Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio de Base Populacional (CN-Rast_Pop)’

O referido Núcleo tem as seguintes atribuições, conforme Deliberação n.º 212/2023 da DE-SNS, de 29 de dezembro:

1. Consolidar a implementação dos Programas de rastreio de base populacional definidos como prioritários pela DGS;
2. Adotar medidas que promovam a harmonização de práticas nacionais e assegurem a qualidade e uniformização de procedimentos realizados no SNS, segundo as Normas emanadas pela DGS;
3. Coordenar a operacionalização dos Programas de rastreios, através de uma gestão integrada com as diferentes unidades/polos descentralizados;
4. Introduzir melhorias no processo de gestão de informação que permitam agilizar o apuramento de indicadores de atividade e resultado, em estreita colaboração com os SPMS;
5. Identificar as necessidades de desenvolvimento do sistema de informação (SI) de suporte dos Programas, para garantir a sua evolução e adequação à operação, articulando com os SPMS na priorização das medidas a tomar, onde se inclui também os avanços na interoperabilidade e integração de informação com outros SI de base (SClinico);
6. Identificar e propor a contratação de recursos indispensáveis à concretização dos objetivos de implementação e sustentação plena dos Programas de rastreio;
7. Apoiar a gestão logística necessária à concretização dos Programas;
8. Apoiar as ULS na gestão dos equipamentos afetos aos Programas, designadamente, retinógrafos e auto-refratómetros;
9. Desenvolver canais de comunicação que facilitem o contacto dos utentes com os Programas de rastreio, através de *call-centers* e meios digitais;
10. Implementar medidas de promoção dos Programas junto da população alvo, nomeadamente campanhas de comunicação, em articulação com a DGS;
11. Apoiar a formação dos utilizadores do SI e dos equipamentos adstritos aos Programas;
12. Promover a articulação entre os diferentes departamentos e unidades orgânicas da DE-SNS como meio de suporte e apoio aos desafios colocados;
13. Promover uma colaboração próxima com a DGS, ACSS e SPMS, para este fim;

14. Interagir regularmente com as equipas de rastreio desconcentradas na procura de solução dos problemas colocados, ajudando a que organização e implementação dos programas seja homogénea no país.

Medida 1

Calendarização de reuniões com as Equipas de Coordenação dos Programas de Rastreios de todas as ARS, a fim de estabelecer um plano de uniformização para cada rastreio.

A primeira reunião ocorreu a 14 de fevereiro 2024, nas instalações da ARS Norte, sendo dedicada ao rastreio do cancro do cólon e reto, com a seguinte ordem de trabalhos:

- › Exposição, por parte de cada ARS, do modelo de operacionalização do rastreio;
- › Identificação das vantagens e limitações de cada modelo;
- › Decisão sobre o modelo a adotar.

Fruto desta reunião, avançaram-se as seguintes possibilidades para este rastreio:

- › Alargamento da estratégia de convite por envio de carta para a morada postal, seguido do envio do kit de pesquisa de sangue oculto nas fezes;
- › Alargamento da ferramenta de auto-exclusão dos utentes convidados;
- › Exclusão automática dos utentes com registo informático de critérios de exclusão;
- › Centralização das pesquisas de sangue oculto nas fezes nos Laboratórios de Saúde Pública;
- › Envolvimento das farmácias comunitárias no circuito do exame primário.

Medida 2

Reuniões com entidades que possuam projetos relacionados com os programas de rastreio ou que possam representar um fator promotor dos rastreios. Destacam-se:

- › Reuniões (19 de janeiro, 29 de janeiro, 19 de fevereiro, 11 de março de 2024) com o Instituto de Medicina Molecular (iMM), resultando na elaboração de uma proposta de protocolo para realização de um estudo-piloto da utilização de um novo teste de rastreio no âmbito do rastreio do cancro do cólon e reto (detecção de marcadores tumorais e medição de hemoglobina em amostras de fezes, por técnicas de PCR);
- › Reuniões (26 de março e 22 de abril de 2024) com a MovSaúde – Associação pela Prevenção da Doença Oncológica, a propósito de um projeto de promoção do rastreio do cancro do cólon e reto, baseado em oferta do exame primário de rastreio em estruturas da comunidade (incluindo farmácias, empresas, municípios), comunicação digital, promoção da literacia e parcerias com entidades públicas e privadas.

Medida 3

Trabalho com as entidades que importam à integração e melhoria dos sistemas informáticos em que se baseiam os programas de rastreio. Neste âmbito:

- › Acompanhamento da redação do contrato de nível nacional entre a *First Solutions* (empresa gestora da plataforma SiiMA Rastreios) e os SPMS;
- › Reunião (10 de abril de 2024) com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, a *First Solutions* e os SPMS, para iniciar os trabalhos de integração do rastreio do cancro da mama no SiiMA Rastreios (avaliação das especificações técnicas, impacto da nova estrutura por ULS na integração);
- › Criação de acessos informáticos na plataforma SiiMA Rastreios que permitam às Coordenações Regionais a monitorização dos Centros de Saúde que mudaram de ULS na extinção dos ACES (caso dos concelhos de Ourém, Nazaré, Alcobaça da ULS da Região de Leiria; e do concelho de Vila de Rei da ULS Médio Tejo);
- › Revisão e priorização do ficheiro de necessidades informáticas dos rastreios (desenvolvimentos aplicacionais, integrações e instalações), para reporte aos SPMS.

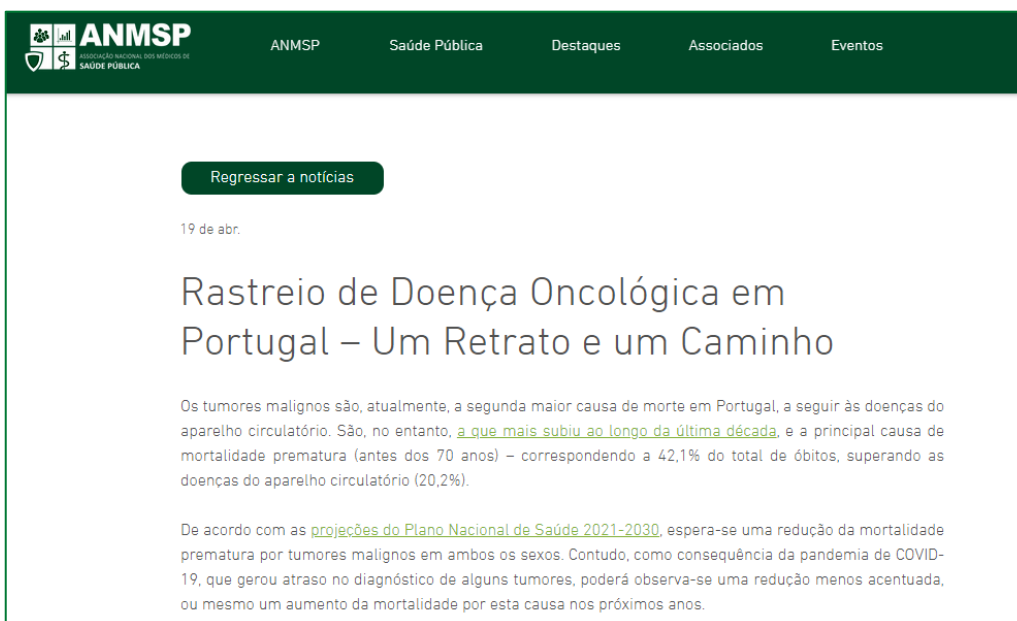
Medida 4

Medidas e estratégias de comunicação em saúde para promoção dos programas de rastreio junto das entidades da saúde, da comunidade e da população-alvo:

- › Constituição do “Grupo de Trabalho para as Campanhas de Comunicação dos Rastreios Oncológicos (GTCCRO)”, conforme Deliberação n.º 014/2024 da DE-SNS;

Deliberação nº DE-SNS 14/2024	Data 26/02/2024	Assunto: Criação do Grupo de Trabalho para as Campanhas de Comunicação dos Rastreios Oncológicos (GTCCRO)

- › Criação, em articulação com os SPMS, dos novos logotipos para os programas de rastreio, com os desideratos de criar uma imagem uniformizada de cada programa em todo o território nacional, e que fosse diferenciadora dos programas de rastreio do SNS;
- › Elaboração de um artigo sobre a importância dos programas de rastreio para a *newsletter* VETOR, publicado no site da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública;



- › Elaboração, em articulação com os SPMS, de textos informativos sobre os programas de rastreio para o Portal SNS24 (rastreios de base populacional, rastreio do cancro da mama, rastreio do cancro do colo do útero, rastreio do cancro do cólon e reto, rastreio da retinopatia diabética e rastreio de saúde visual infantil);
- › Elaboração de documentos de resposta às questões mais frequentes no âmbito dos rastreios (do tipo FAQ) dirigidas à população e a profissionais (por finalizar).

Medida 5

Uniformização e estruturação da atividade hospitalar no âmbito dos programas de rastreio:

- › Elaboração de uma proposta de preço nacional para produção adicional interna de primeira consulta hospitalar no âmbito do rastreio de saúde visual infantil;
- › Envio de informação para a ACSS, no sentido da criação de um preço compreensivo para os tratamentos no âmbito do rastreio da retinopatia diabética;
- › Articulação com a ACSS, no sentido da regularização normativa dos pagamentos aos centros de leitura envolvidos nos rastreios da retinopatia diabética e de saúde visual infantil;
- › Apresentação, em articulação com a UGA (DE-SNS), de uma proposta de Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para a atividade laboratorial e de consulta hospitalar no âmbito dos programas de rastreio, a incluir na revisão da Portaria n.º 153/2017;

- › Inclusão das consultas hospitalares de rastreio e da atividade laboratorial no âmbito do programa de rastreio, no quadro mínimo de produção e desempenho das ULS para 2024.

Medida 6

Revisão e contributos à redação da Norma “Metodologia Geral dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional em Portugal”, a ser publicada pela Direção-Geral da Saúde.

Medida 7

Acompanhamento do processo de adequação dos programas de rastreio ao novo modelo organizativo das ULS, através de reuniões parcelares e troca constante de informação. Em concreto:

- › Indicação para constituição de Equipas de Coordenação dos Programas de Rastreio nas ULS;
- › Apoio e aconselhamento na definição dos circuitos logísticos necessários à implementação dos rastreios (aquisição e distribuição dos kits de exame primário, recolha de amostras para leitura laboratorial, definição de interlocutores);
- › Apoio à reorganização das linhas de referenciação laboratorial e de consulta hospitalar.

Próximos Passos

Curto/Médio prazo:

- › Continuação da operacionalização e do trabalho de uniformização dos programas de rastreio, como foco nas ULS e Regiões com maior disparidade;
- › Adequação da plataforma informática SiiMA Rastreios ao novo modelo organizativo das ULS;
- › Integração do rastreio do cancro da mama na plataforma SiiMA Rastreios;
- › Implementação das ferramentas informáticas para comunicação automática dos resultados dos exames de rastreio ao utente, nomeadamente através de SMS;
- › Revisão dos motivos de exclusão existentes no SiiMA Rastreios, de modo a que reflitam o que consta da legislação e permitam uma monitorização e avaliação fidedigna dos programas de rastreio;
- › Apoiar a DGS na publicação das Normas dedicadas aos programas de rastreio oncológico, bem como na revisão das Normas de rastreio de saúde da visão;
- › Criação de indicadores nacionais para monitorização e avaliação dos programas de rastreio, nas vertentes dos cuidados de saúde primários (CSP) e dos cuidados

de saúde hospitalares, em articulação com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, da DGS;

- › Introdução dos novos indicadores de rastreio oncológico, já incluídos no Bilhete de Identidade dos CSP (449, 450, 451) na contratualização das ULS e das Unidades Funcionais de Medicina Geral e Familiar;
- › Articular com a ACSS a aplicação das Orientações Técnicas que possibilitem a aplicação de fundos do PRR nos rastreios oncológicos e da visão;
- › Definição e/ou implementação de preços uniformes, a implementar a nível nacional, para a primeira consulta hospitalar de Oftalmologia no âmbito do rastreio de saúde visual infantil em produção adicional interna; para a leitura humana e/ou automática das imagens dos exames obtidos no rastreio de saúde visual infantil e de retinopatia diabética (estudando as vantagens da centralização regional ou nacional); e para os atos terapêuticos da retinopatia diabética.

Longo prazo:

- › A Recomendação 2022/0290 do Conselho Europeu, de 20 de setembro, veio novamente reforçar a importância dos rastreios de doença oncológica já existentes, exortando os Estados-Membros a equacionar a implementação de novos programas de rastreio organizado em populações específicas, nas áreas do cancro do pulmão, cancro da próstata e cancro gástrico;
- › Ajuste das estratégias de rastreio para as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, que enfrentam desafios logísticos e de organização dos serviços distintos dos encontrados em Portugal Continental;
- › Avaliação da pertinência e exequibilidade do autoteste para rastreio do cancro do colo do útero (sobretudo para utentes que não aderem ao rastreio);
- › Ajuste as estratégias de rastreio às pessoas transgénero que mantenham critérios de elegibilidade pelo sexo de nascença;
- › Alargamento operacional e informático (SiiMA Rastreios) dos programas de rastreio aos Estabelecimentos Prisionais.

Transformação Digital

Unidade de Saúde Familiar Digital

Contextualização

Os cuidados de saúde primários têm um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doença na população. Tradicionalmente, estes cuidados têm sido prestados em consultas de forma presencial. No entanto, a evolução tecnológica trouxe consigo novas possibilidades de interação entre utentes e profissionais de saúde, transformando a forma como os cuidados são prestados e recebidos.

A pandemia COVID-19 veio determinar uma aceleração digital global com modificação significativa das dinâmicas pessoais, familiares e laborais, aliada a uma mudança do conjunto de valores das gerações mais jovens, privilegiando o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, sendo o teletrabalho uma realidade valorizada na escolha profissional.

Nesse sentido, antecipa-se que o recurso a serviços de saúde, quer nas populações mais jovens quer nos utentes com dificuldade de acesso, possa ser feito de forma remota, colocando o utente no centro e garantindo menor disrupção no quotidiano.

Torna-se assim imperativo permitir que o SNS se adapte a esta nova realidade e se inicie um processo de digitalização dos serviços de saúde, nomeadamente dos Cuidados de Saúde Primários, garantindo maior acessibilidade e comodidade ao utente e, simultaneamente, maior atratividade para os profissionais, nomeadamente médicos, se fixarem no SNS.

Objetivos estratégicos

Existem atualmente grandes áreas de desafio para o SNS, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, como a garantia de equidade e acesso universal aos mesmos, com particular relevância para os utentes sem equipa de família atribuída.

Outras dimensões relevantes deste processo são a capacidade de atração e retenção de profissionais, nomeadamente médicos, reforçando o papel das equipas de saúde familiar, a adaptação do SNS às aspirações e perspetivas das novas gerações, permitindo uma maior conciliação entre a vida pessoal e profissional e a modernização e digitalização do SNS através da introdução e validação de metodologias inovadoras de comunicação e relação dos utentes com os serviços de saúde.

A utilização de estratégias digitais, como telemedicina, plataformas de saúde online e registos eletrónicos de saúde, possibilitando consultas virtuais, monitorização remota de utentes e acesso a informações de saúde e monitorização das diversas áreas de atividade, têm vindo a introduzir metodologias que permitirão abordar o planeamento, a prestação

de cuidados de saúde e a governação clínica e coordenação de cuidados de modo cada vez mais eficiente e satisfatório para utentes e profissionais.

Em Portugal, onde as desigualdades geográficas e socioeconómicas podem afetar o acesso aos serviços de saúde, as tecnologias digitais podem ajudar a reduzir essas iniquidades, permitindo que os utentes consultem os seus profissionais de saúde de forma remota, independentemente da sua localização.

A região de Lisboa e Vale do Tejo, com cerca de um milhão de utentes sem equipa de família atribuída, representando cerca de dois terços do total de população nacional, é a região com maior necessidade de soluções que possibilitem resolver o problema, com a maior celeridade possível.

Dado o elevado número de utentes na ULS Amadora/Sintra (536.868 utentes inscritos – a ULS com mais utentes do país), dos quais 169.850 sem equipa de família atribuída, nomeadamente no concelho de Sintra (117.938 utentes), é premente a criação de condições nessa ULS que melhorem o acesso a cuidados de saúde à população, sendo essencial o recurso a estratégias inovadoras e de modernização/digitalização do SNS, acautelando a segurança e confiança dos utentes nos serviços de saúde prestados.

Desse modo, e como forma de garantir maior atratividade, surgiu o projeto de USF Digital, que através do recurso a soluções tecnológicas, pudesse cumprir os objetivos de aumentar a acessibilidade dos utentes a cuidados de saúde e a satisfação dos mesmos, garantir uma redução progressiva do número de utentes sem equipa de família na ULS Amadora/Sintra, através da atribuição de listas de utentes a médicos que pudessem estar em situação remota, flexibilizar as metodologias de trabalho clínico com recurso a ferramentas digitais, reter e atrair profissionais especializados para o SNS, nomeadamente médicos de Medicina Geral e Familiar sem vínculo contratual com o SNS, reforçar o papel da equipa de família como unidade de contacto e de relação do utente com os serviços de saúde e validar a carteira básica de serviços em serviços de tipologia remota/digital.

A UCSP Belas, com uma equipa motivada e dinâmica, em fase de desenvolvimento e crescimento, com uma população potencial de cerca de 12.000 utentes dos quais 4500 sem equipa de família, abraçou o projeto que se pretende poder vir a ser amplamente replicado em diferentes unidades e contextos.

Abordagem

Envolvendo o Conselho de Administração da ULS Amadora/Sintra, iniciou-se um processo de desenvolvimento de projeto, sob a liderança da DE-SNS, articulando com a equipa da UCSP Belas (com candidatura a USF à data), os SPMS, a Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento para os Cuidados de Saúde Primários (ERA) de Lisboa e Vale do Tejo, e peritos externos de Medicina Geral e Familiar.

Foi então definida uma estratégia de desenvolvimento do projeto que pudesse operacionalizar no curto prazo a implementação da USF Digital, procurando abordar o projeto nas suas diferentes vertentes operacionais: identificar profissionais para reforço da equipa na nova metodologia, nomeadamente profissionais sem vínculo com o SNS, que pudessem assumir uma lista de utentes com contacto predominantemente digital; dotar a UCSP Belas e a comunidade, em articulação com os SPMS, com equipamentos e soluções tecnológicas que permitissem um acesso facilitado aos serviços de saúde e a eliminação de constrangimentos tecnológicos decorrentes do parque informático atual; desenvolver e apoiar a candidatura da equipa a USF, com a equipa e ERA-LVT, aumentando a atratividade para o SNS; construir uma matriz da carteira de serviços e tipologia de realização e revisão de indicadores; e construção de lista de utentes para adaptação à nova metodologia, que de forma voluntária estivessem disponíveis para este desafio, com necessidade de obtenção do seu consentimento, após uma informação livre e esclarecida.

Foi definido um cronograma tendo como objetivo o desenvolvimento do projeto no primeiro semestre de 2024, tendo sido envolvidas as diferentes entidades na definição da estratégia, planeamento e operacionalização da mesma.

Resultados preliminares

Atendendo ao período de desenvolvimento conceptual e de compilação de recursos, até à presente data, e de acordo com a estratégia traçada, foram sendo cumpridos vários aspetos conducentes ao início formal do projeto.

Em primeiro lugar, foram identificados, pela ULS Amadora/Sintra e em articulação com a equipa da UCSP Belas, para reforço da equipa, médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar sem vínculo com o SNS, cuja contratação se encontra em fase de operacionalização e vários médicos recém-especialistas de Medicina Geral e Familiar, a aguardar concurso. Foram também identificados enfermeiros e assistentes técnicos que permitam responder às características do projeto.

Atendendo às limitações de vários equipamentos informáticos na unidade, procedeu-se à renovação total do material, com instalação de novos computadores portáteis, monitores e kits de videoconsulta com auscultadores e *webcams*.

Para permitir a realização de trabalho remoto com acesso a todas as aplicações informáticas existentes, foi necessária a atribuição de VPN aos profissionais, que se encontra em fase de operacionalização.

Por outro lado, foi solicitado aos SPMS o desenvolvimento de uma plataforma que agilize a recolha dos pedidos dos utentes, com possibilidade de tradução em múltiplas línguas, melhorando o acesso e eficiência na realização de pedidos administrativos e obviando dificuldades comunicacionais com a população migrante.

Como ponto fundamental para atração de profissionais, e tendo em conta a candidatura ativa a USF por parte da UCSP Belas, foi aprovada a constituição da USF Belas com parecer técnico favorável da ERA-LVT, já incluindo a perspetiva da abordagem em âmbito de projeto de USF Digital.

Foi também elaborado o modelo de consentimento informado para constituição de listas de utentes com utilização predominantemente de tipologia digital.

Para garantir a operacionalização do projeto e apoio ao ajustamento dos procedimentos internos e processos, foi construída uma proposta de matriz de carteira básica de serviços adaptada à tipologia de serviços (digital/presencial) como base de construção de funcionamento da Unidade e respetivas agendas, realizada revisão do bilhete de identidade de todos indicadores constantes no Índice de Desempenho da Equipa (IDE) identificando a necessidade de consulta presencial para inclusão no denominador e/ou numerador de cada um, tendo em vista a adequação da avaliação do desempenho da equipa.

Atendendo ao carácter inovador do projeto e necessidade de medição de resultados e efetividade das novas metodologias, foi elaborada metodologia de avaliação do projeto com indicadores dedicados à atividade digital e validação da tipologia de atividade por atividade da carteira básica de serviços.

Próximos passos

De acordo com o estado atual do projeto, será essencial garantir o cumprimento de todas as condições, nomeadamente acesso remoto para profissionais, prevendo-se o arranque formal do projeto estimado durante o primeiro semestre de 2024.

Será necessária a validação e melhoria contínua da qualidade dos procedimentos internos por forma a estarem adequados às diferentes tipologias de acesso e garantirem equidade no mesmo.

Está planeada a realização de avaliação formal do projeto em três momentos diferentes (referente ao primeiro mês de atividade, primeiro trimestre de atividade e primeiro semestre de atividade) para que se possam ir ajustando as atividades, processos e procedimentos, numa lógica de melhoria contínua da qualidade.

Deverão continuar a ser dados passos no sentido do desenvolvimento das plataformas digitais que permitam melhoria no acesso e satisfação dos utentes, envolvendo os vários intervenientes no projeto, nomeadamente de resposta a pedidos administrativos, metodologias de avaliação da doença aguda pré-triada ou referenciada, plataformas de educação para a saúde, processo clínico com banco de imagens, telemonitorização, introdução de ferramentas de Inteligência Artificial que obviem a realização de tarefas com baixo valor em saúde/facilitação da comunicação com utentes, entre outros.

Para reduzir as situações de iniquidade em populações com limitações na utilização de plataformas digitais, uma das estratégias a adotar, com as soluções atuais, passará pela

instalação de Balcões SNS24 em estruturas comunitárias que, de um modo simples e apoiado, garantam o acesso à Unidade de Saúde.

Por último, e após avaliação, poderá ser necessário ajustar alguns indicadores de desempenho, em sede de Comissão Técnica Nacional, por forma a acomodar metodologias inovadoras na abordagem a diferentes aspetos da carteira básica de serviço.

Inteligência Artificial em Dermatologia

Contextualização

A especialidade de Dermatovenereologia ocupa a quarta posição a nível nacional em termos de maior volume de lista de espera para consultas, de acordo com dados de fevereiro de 2024. Esta área regista um total de 65,025 consultas pendentes, com uma espera média de 6,9 meses por consulta.

Embora seja notável o esforço para aumentar o número de primeiras consultas, este incremento ainda é insuficiente para responder adequadamente ao crescimento da procura.

Esta tendência crescente impõe a necessidade de melhorias no sistema de saúde, que sejam disruptivas face às estratégias anteriores para lidar com a crescente procura e garantir um atendimento mais rápido e eficaz aos doentes. Uma das estratégias propostas pela Organização Mundial de Saúde passa pela integração das tecnologias de informação e comunicação na área da Medicina. Em particular, destaca-se o seu papel na melhoria do acesso em locais onde este é escasso e na melhoria da qualidade em locais mais acessíveis.

O Despacho n.º 3571/2013, de 27 de fevereiro, identifica a especialidade de Dermatovenereologia como uma da área de implementação prioritária da utilização da Telemedicina em Portugal. O diploma consagra mesmo que o rastreio de lesões cutâneas deve ser feito por consulta não presencial com recurso apreciação de imagens digitais com qualidade suficiente para assegurar o trabalho de rastreio de lesões da pele.

O telerastreio permite uma adequada triagem da situação clínica, podendo levar ao diagnóstico mais precoce de patologias graves (priorização das queixas dermatológicas), melhorando a qualidade da assistência em Dermatologia.

Esse telerastreio é particularmente importante na área das lesões neoplásicas, em que o ganho de tempo é crucial. As neoplasias da pele correspondem atualmente a cerca de um terço da totalidade dos cancros detetados em Portugal e o número de casos tem aumentado, três por cento ao ano.

Objetivos Estratégicos

Para lidar com os constrangimentos de acesso identificados, elaborou-se uma estratégia adicional à teleconsulta, já testada noutros países: o recurso à inteligência artificial (IA).

A IA pretende acrescentar ainda mais rapidez ao processo, por não depender de profissionais permite que até doentes sem médico de família, tenham acesso ao rastreio, trazendo também mais equidade no acesso.

A IA diminuirá também a sobrecarga sobre os médicos de família, deixando-os livres para a prestação de outros cuidados prioritários.

Não substituindo uma consulta presencial de dermatologia, qualquer *software* desenvolvido no campo da IA deve ter o fim último de melhorar a capacidade de triagem e priorizar os casos urgentes, que necessitam de consulta presencial de Dermatovenereologia.

Além da melhoria no acesso, a utilização de IA no rastreio oferece vantagens na melhoria da qualidade do rastreio. A anexação de imagens das lesões suspeitas, até então o método de comunicação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, enfrenta desafios decorrentes dos métodos de captura e envio das referidas fotografias. Os métodos tradicionais muitas vezes envolvem a utilização de câmaras digitais convencionais, cuja focagem pode não ser adequada para fotografias necessárias na dermatologia. Além disso, os processos atuais de envio geralmente requerem o uso de conexões para transferir as imagens, o que pode atrasar o processo, e frequentemente, a compressão ou o redimensionamento das imagens durante esse processo também resulta na diminuição da qualidade visual das mesmas.

Dentro do ambiente hospitalar a IA permitirá também aos dermatologistas que recebem e analisam esses pedidos de referência ultrapassar algumas barreiras, nomeadamente a decisão de encaminhamento ser baseada em informações clínicas limitadas e não padronizadas, complicando a triagem adequada dos casos. Além disso, a qualidade das imagens recebidas muitas vezes não permite uma priorização eficaz dos casos referenciados, o que pode atrasar o tratamento necessário.

A integração de soluções de IA traz a robustez na identificação, no processo de aquisição de imagens de pele, através de uma interface simples e intuitiva apoiada tecnicamente para este processo de referência.

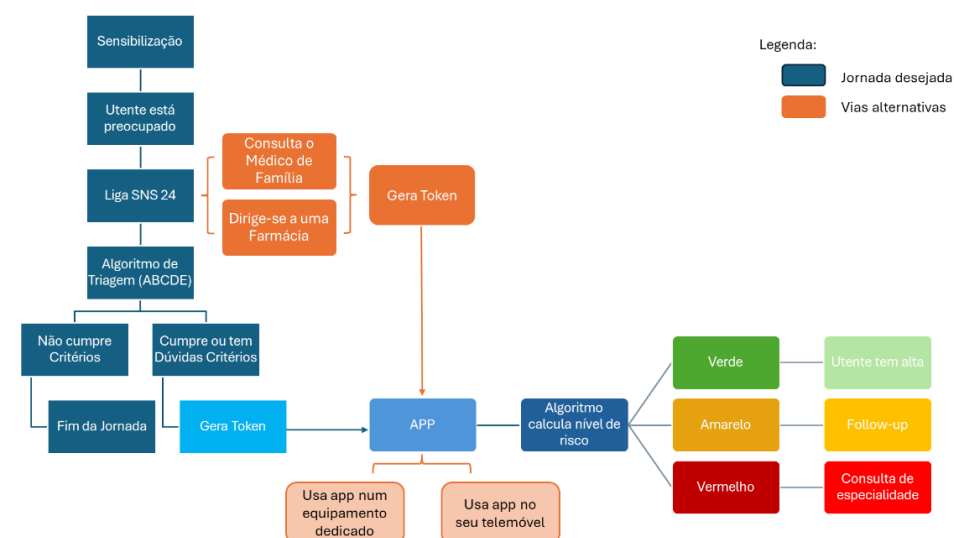
Na maioria dos *softwares* propostos a interface consiste numa aplicação móvel baseada em visão computacional. A aquisição da imagem é realizada utilizando algoritmos de processamento de imagem em tempo real para controlar a focagem e os parâmetros da câmara, juntamente com métodos de segmentação automática das lesões de pele para avaliar visualmente e seleccionar a região de interesse correta para análise futura.

Esta funcionalidade simplifica o processo de captação das imagens clínicas, garantindo não apenas a qualidade das imagens recolhidas, mas também melhorando a qualidade da informação adquirida. Isso facilita os processos de recolha de informações tanto por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar, quanto pelos Dermatologistas, agilizando a triagem e potencialmente reduzindo os tempos de espera para o diagnóstico e tratamento.

As soluções tecnológicas na área da saúde não apenas melhoram a eficiência dos tratamentos e diagnósticos, como oferecem vantagens do ponto de vista ético e de confidencialidade e proteção de dados.

Abordagem

Tendo em consideração a solução disruptiva identificada para ajudar a responder à procura da consulta de dermatologia e os desafios inerentes à utilização de inteligência artificial, a DE-SNS, em articulação com os SPMS, realizaram um concurso público que visou a aquisição por parte do SNS, de uma solução tecnológica inovadora destinada à deteção precoce de lesões malignas e pré-malignas da pele.



A Figura apresenta a jornada do utente pretendida dentro do contexto da teledermatologia. Este fluxograma detalha o processo desde o início dos sinais de alarme do utente até à resolução do seu caso.

O processo inicia com a etapa de sensibilização, determinada por campanhas de comunicação em saúde, onde o utente se torna consciente dos sinais de alerta de uma lesão da pele. Em seguida, o utente, pode entrar em contato com o SNS 24, onde o profissional de saúde que atende a chamada identifica a situação como uma condição dermatológica.

O utente assim identificado receberá um *token* que o direcionará para a utilização de uma aplicação móvel dedicada para uma avaliação mais detalhada da sua lesão.

Alternativamente, o *token* pode também ser gerado pelo médico de família que identifique uma lesão sugestiva de malignidade na consulta, ou numa farmácia comunitária, onde o doente se apresente preocupado com a lesão da pele (esta alternativa ainda terá de ser trabalhada com as associações do setor).

A aplicação móvel, utilizada num *smartphone*, emprega algoritmos para calcular o nível de risco da lesão da pele, com base na qual estabelece o encaminhamento que deve ser dado ao doente: alta; *follow-up* ou encaminhamento para uma consulta especializada.

Neste contexto, e de maneira a operacionalizar esta visão, foi determinante a colaboração dos SPMS, a quem foi solicitada a identificação de uma equipa de peritos com vista à construção de um caderno de encargos que baseasse o lançamento de um procedimento concursal público, nos termos da lei em vigor.

Com vista à implementação do projeto piloto de aplicação desta nova abordagem tecnológica, foi identificada uma ULS com carências marcadas na área da dermatologia, com elevado volume populacional, e na qual não existisse um Serviço de Dermatologia organizado anteriormente: ULS Amadora/Sintra.

Nesse contexto o Conselho de Administração da ULS iniciou procedimentos no sentido de captar médicos dermatologistas motivados para integrar o projeto piloto visado, num contexto de inovação organizacional pioneiro.

Resultados preliminares

Com base na solicitação feita pela DE-SNS, o grupo de peritos identificados pelos SPMS concluiu o desenvolvimento do caderno de encargos para o concurso público supramencionado.

O anúncio de procedimento n.º 2081/2024, de 8 de fevereiro, estabeleceu o concurso público para a aquisição de uma solução tecnológica inovadora destinada à deteção precoce de lesões malignas e pré-malignas da pele dos utentes do SNS.

Sublinha-se que o caderno de encargos, é especialmente notável pela ênfase na Seção VI, que trata dos Requisitos de Inteligência Artificial e estabelece diretrizes rigorosas para a gestão de riscos associados ao uso destas soluções tecnológicas.

A Cláusula 17.^a especifica que o adjudicatário é responsável por garantir um sistema de gestão de risco eficaz, que deve cobrir a identificação, a estimativa e a avaliação dos riscos conhecidos e razoavelmente previsíveis. Essa análise detalhada é crucial para prevenir quaisquer danos ou inconvenientes que possam surgir, garantindo que todos os potenciais riscos sejam geridos proactivamente. Além disso, a cláusula destaca a necessidade de identificar e avaliar riscos resultantes de uma utilização indevida da solução, uma preocupação significativa dada a possibilidade de impactos negativos se a tecnologia for mal administrada ou aplicada em contextos inapropriados.

Adicionalmente, o caderno de encargos exige que o adjudicatário implemente medidas adequadas para mitigar e controlar riscos que não podem ser completamente eliminados. Isto inclui a manutenção de documentação atualizada sobre a gestão de riscos, abrangendo também os incidentes e as lições aprendidas durante as utilizações piloto. Esta abordagem detalhada e cuidadosa à gestão de riscos é essencial para assegurar a segurança, a saúde e os direitos fundamentais dos utentes envolvidos na utilização da nova tecnologia.

A Cláusula 19.^a do Caderno de Encargos estabelece diretrizes rigorosas para a gestão de dados pessoais processados no âmbito do contrato, sublinhando a importância da

proteção e da privacidade dos dados. O adjudicatário é explicitamente proibido de utilizar os dados processados para qualquer finalidade que não seja diretamente relacionada à execução do contrato, a menos que obtenha uma autorização prévia e escrita da entidade pública contratante. Além disso, está estabelecido que, sob nenhuma circunstância, o adjudicatário pode reter os dados pessoais tratados por um período superior ao estritamente necessário. Deve proceder à destruição desses dados no prazo máximo de três meses após a conclusão ou cessação do contrato, assegurando também que evidências concretas dessa destruição sejam fornecidas.

Quanto à fiabilidade do software, o documento refere que são admitidos apenas dispositivos médicos de Classe IIa ou equivalente, conforme estabelecido pela Norma ISO 13485.

Esta implementação, marcará um momento histórico para essa ULS, que pela primeira vez em seus 29 anos de existência, conseguiu estabelecer uma equipa dedicada de dermatologia, que conta já com 4 elementos.

Este projeto foi um catalisador essencial para a formação desta equipa, que se mostra cativada para a sua implementação. A introdução de novas tecnologias foi capaz de captar profissionais altamente diferenciados para o SNS, o que potencia as vantagens finais para os doentes: mais tecnologia, mais e melhores recursos humanos, mais acesso e melhores cuidados de saúde.

Telereabilitação

Objetivos estratégicos

De forma a promover a adequada acessibilidade à reabilitação no SNS, considerou-se pertinente a pilotagem de soluções tecnológicas, disruptivas, e cientificamente validadas nesse âmbito.

Nesse contexto, foi objetivo estratégico orientador de uma eventual iniciativa piloto, que já tivesse demonstrado as suas vantagens noutros contextos e que permitisse a redução dos tempos de espera.

O recurso à telereabilitação assegura que os tratamentos sejam realizados em qualquer lugar, o que não só melhora a acessibilidade, mas também apoia a recuperação num ambiente familiar, reduzindo stress e a necessidade de deslocações frequentes.

A transparência e gestão de dados foram igualmente consideradas estratégicas neste contexto. A integração dos dados clínicos e da evolução clínica dos utentes, centralizados numa plataforma digital, garantindo que o controlo e a prescrição de tratamentos sejam totalmente transparentes e baseados em evidência clínica.

A intervenção a estabelecer deverá alinhar-se com a melhores práticas internacionais de medicina baseada no valor. Neste contexto a eventual adoção de um modelo de "partilha de riscos", no qual os pagamentos aos prestadores de serviços médicos dependem da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, e não simplesmente do volume de tratamentos ou serviços oferecidos.

A implementação de serviços de telereabilitação deverá impactar significativamente os custos tanto para os utentes, quanto para o sistema de saúde público. O modelo deverá permitir redução de despesa relacionadas com transportes, evitar tratamentos repetitivos que sejam ineficazes, e facilitar a alta hospitalar precoce, diminuindo os custos de internamentos prolongados e risco de infeções nosocomiais.

Finalmente, qualquer solução tecnológica a identificar deverá revestir-se de evidência científica comprovada a nível internacional.

Abordagem

Através de um consórcio financiado pelo PRR, *Center for Responsible AI*, iniciaram-se as sinergias para a criação de um projeto piloto com o intuito de avaliar soluções de telereabilitação no SNS.

O projeto focou-se no desenvolvimento de uma ferramenta à medida das instituições do SNS, com base nas soluções comprovadas cientificamente. Este projeto foi conduzido pela ULS São João, envolvendo o Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), o

ACES Maia/Valongo e o ACES Porto Oriental, e merecendo um acompanhamento próximo pela DE-SNS, pelo impacto potencial dos seus resultados em todo o SNS.

Pretendia-se uma plataforma que oferecesse soluções capazes de prevenir e tratar a dor, graças à combinação entre tecnologias de inteligência artificial e a experiência de equipas clínicas.

A solução deveria proporcionar uma recuperação adequada aos utentes e oferecer uma solução de telereabilitação que diminuísse filas de espera, permitisse o acesso à fisioterapia de forma célere após a referenciação e reduzisse custos desnecessários associados à deslocação e equipamentos.

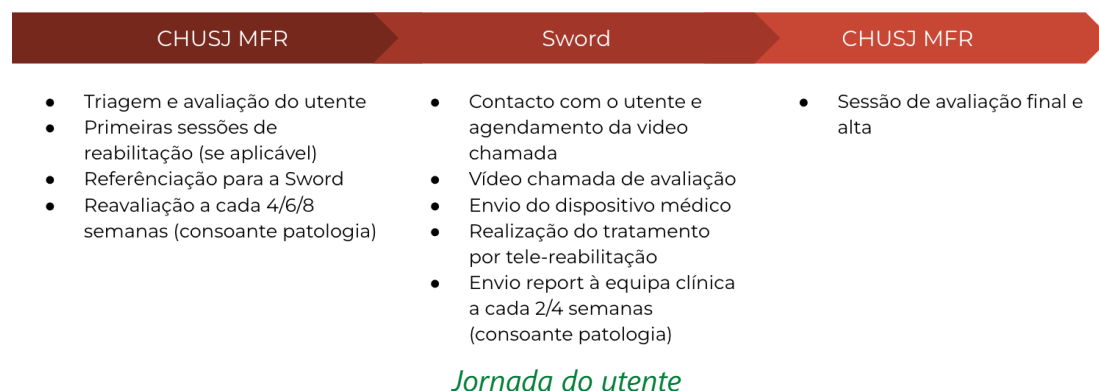
O Projeto Piloto dinamizado ao abrigo das iniciativas do PRR pela ULS São João, iniciou-se em dezembro 2023.

Os profissionais do SNS foram responsáveis pela triagem, avaliação e referenciação dos utentes, enquanto a empresa tecnológica se responsabilizou pela realização do tratamento e partilha dos relatórios com os médicos prescritores.

Braço de Referenciação CHUSJ

Número de utentes: até 100

Patologias: Pós-cirúrgico de reparação da coifa dos rotadores, Pós-cirúrgico de artroplastia total do joelho, Pós cirúrgico de artroplastia total da anca, Pós-técnicas de intervenção ombro (Capsulite adesiva)



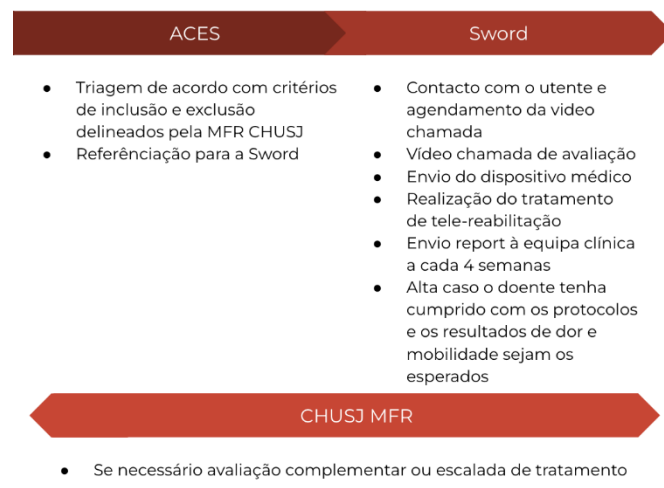
Protocolo de tratamento

Patologia	Tipo	Duração	Avaliação Médica MFR	Report Evolução Tratamento
Artroplastia total do Anca	Pos-cirúrgico	8 semanas	4 semanas	2 semanas (Dor e Amplitudes) 4 semanas (Report Completo - Pre Consulta)
Artroplastia total do Joelho	Pos-cirúrgico	8 semanas	4 semanas	2 semanas (Dor e Amplitudes) 4 semanas (Report Completo - Pre Consulta)
Reparação Coifa dos Rotadores	Pos-cirúrgico	16-20 semanas	8 semanas	2 semanas (Dor e Amplitudes) 4 semanas (Report Completo - Pre Consulta)
Capsulite Adesiva (Ombro)	Crónico	6-8 semanas	6-8 semanas	4 semanas (Pre consulta)

Braço de Referenciação Cuidados Saúde Primários

Número de utentes: até 200

Patologias: Condição dolorosa músculo-esquelética crónica (omalgia, coxalgia, gonalgia e lombalgia)



Jornada do utente

Protocolo de tratamento

Patologia	Tipo	Duração	Avaliação Médica MFR	Report Evolução Tratamento
Coxalgia	Crónico	8 semanas	Apenas se necessário	4 semanas
Gonalgia	Crónico	8 semanas	Apenas se necessário	4 semanas
Omalgia	Crónico	8 semanas	Apenas se necessário	4 semanas
Lombalgia	Crónico	8 semanas	Apenas se necessário	4 semanas

Critérios de inclusão

- › Utente com condição clínica enquadrada nas patologias do projeto;
- › Demonstração de adequada literacia digital e capacidade de cumprir instruções motoras simples e complexas à distância;
- › Demonstração de disponibilidade pelo utente ao cumprimento de sessões de telereabilitação à distância;
- › Ausência de condições clínicas associadas à sensibilização central à dor (por exemplo síndrome fibromialgico/síndrome de dor crónica generalizada);
- › Ausência de disfunção cognitiva (síndromes demenciais, afasia entre outros) que comprometam a colaboração na execução do plano de tele- reabilitação;
- › Ausência de défice significativo da acuidade visual que comprometa a utilização a dispositivos de telereabilitação;
- › Ausência de doença pulmonar, doença cardiovascular ou respiratória que confira incapacidade à tolerância de esforços em intensidade moderada durante pelo menos 30 minutos.

Métricas de avaliação

- › Clínicas
 - Escalas Funcionais de Reabilitação (HOOS, KOOS, *QuickDash*)
 - Escala de Dor
- › Acesso
 - Tempo para início de terapia
- › Económicas
 - Custo por utente tratado
- › Adesão e Satisfação
 - Número de sessões por semana
 - Satisfação do utente

Estratégias de comunicação aos utentes e médicos

- › *Flyers* de comunicação aos utentes;

- › Vídeo explicativo aos utentes;
- › Formação e treino aos médicos prescritores sobre a solução de telereabilitação;
- › Visitas periódicas de acompanhamento e demonstração da solução às USF;
- › Newsletter bimensal aos médicos.

Telereabilitação

Processo de adesão

Aceda através deste QRcode.

Vantagens e testemunhos

Acessibilidade rápida aos cuidados de fisioterapia

- Sem filas de espera
- Conheça o seu fisioterapeuta e receba o dispositivo médico de fisioterapia em casa em 48 horas

Maior conforto, sem deslocações e custos associados

- Fisioterapia diretamente em sua casa ou onde quiser, sem necessidade de deslocações ou marcações

Flexibilidade e disponibilidade 24 horas

- Realize as sessões de fisioterapia quando quiser
- Disponibilidade 24 horas para contactar o seu fisioterapeuta sempre que necessitar

Eficácia clínica e elevada satisfação de utilização

- Melhorias 30% superiores às obtidas com fisioterapia em clínica
- 2x mais sessões de terapia
- 9/10 em satisfação com a terapia

Como funciona

- Formulário**
Preencha o formulário que lhe será enviado por email ou acesse através do QRcode que se encontra acima.
- Agendamento**
Agende a primeira videochamada com o seu fisioterapeuta através do formulário.
- Utilização**
Receba o seu dispositivo médico de fisioterapia digital em sua casa e siga as instruções de utilização.
- Consulta de avaliação**
Realize uma videochamada de avaliação, conheça o seu fisioterapeuta e compreenda o seu programa.
- Telereabilitação**
Realize as suas sessões de terapia em casa e consulte o seu fisioterapeuta sempre que necessário.

Consulte aqui alguns dos nossos testemunhos

“Geralmente sou muito cética em relação a coisas novas e tecnologia, mas vocês ajudaram-me tremendamente com as minhas dores e mobilidade. Obrigada do fundo do meu coração.”

“Como a maioria das pessoas, fiquei muito reticente quando ouvi falar em fisioterapia online. Mas no meu caso, que não mexia o braço, sem dúvida fez sim toda a diferença. O meu obrigado.”

Em caso de dúvida, contacte sns@swordhealth.com

© 2024 Sword Health, Inc. All Rights Reserved

Acenda a mais testemunhos aqui

Pro: cirurgia de angio 10/10/2024 (10/10/2024 - 10/10/2024)
© 2024 Sword Health, Inc. All Rights Reserved
CORP-020-PT-01

Frete e verso de folheto informativo sobre a telereabilitação

ULS São João & Sword: juntos no tratamento musculoesquelético dos seus utentes

Bom dia,

Em dezembro do último ano, a ULS São João juntou-se à Sword Health num projeto inovador de seis meses com o objetivo de **promover o acesso rápido à fisioterapia a 200 utentes**. Já tendo recuperado 128 pacientes da ULS, gostávamos de convidá-lo a experimentar uma nova metodologia de cuidado musculoesquelético. Neste email, conheça as vantagens da telereabilitação e assista a um vídeo demonstrativo.

[Link para referenciar os seus utentes](#)

O que podemos fazer pelo seu utente?

Prólogo: Futuro do Paciente Direto

“Desde que iniciamos o projeto, tenho notado uma melhoria notável a nível da dor no joelho, ganho de força muscular e menor fadiga no meu dia a dia. O facto de poder realizar o tratamento a partir de casa é um benefício de acordo com a minha disponibilidade e fantástico! Além do mais, devo ressaltar o papel da minha fisioterapeuta Susana SA, que tem sido excelente e o facto de poder ter dúvidas rapidamente é muito vantajoso. A aplicação é igualmente de fácil utilização, permitindo-me de imediato perceber se estou a fazer os exercícios corretamente. Faço um balanço bastante positivo desta experiência!”

Susana Maria Vazquez Martins
Utente ULS São João

4.4
100%
100%
10/10

“Relativamente ao projeto de telereabilitação Sword Health importa realçar a facilidade de implementação para o médico prescrever bem como as vantagens integradas para o doente. Com este projeto, o doente tem um papel ativo na sua recuperação bem como uma responsabilização no cumprimento das sessões recomendadas, tem a facilidade de poder adaptar a realização aos seus horários e na comodidade da sua casa. Aproveito as vantagens de aprender a realizar corretamente os exercícios, e o utente poder perpetuar a sua realização mesmo após o fim do projeto mantendo assim os ganhos ao longo do tempo. Como médico a prescrever o meu benefício baseado na facilidade de implementação, rápida resposta e benefício reportado pelos utentes, tem sido bastante positivo!”

Dra. Ana Sara Ferreira
Medicina Geral e Familiar

Assista a um vídeo demonstrativo

Entenda como funciona a telereabilitação com a Sword

6 motivos para escolher a telereabilitação

- 123 mil pacientes tratados no último ano
- 62% de redução média da dor
- Acessibilidade em 24h aos cuidados de fisioterapia, sem filas de espera
- Fisioterapia diretamente de casa, sem necessidade de deslocações ou marcações
- 2x mais sessões de terapia
- 9/10 de satisfação média no programa

Quer que um terapeuta da Sword o visite e demonstre a solução?

[Agende uma demo](#)

Exemplo de newsletter

Resultados preliminares

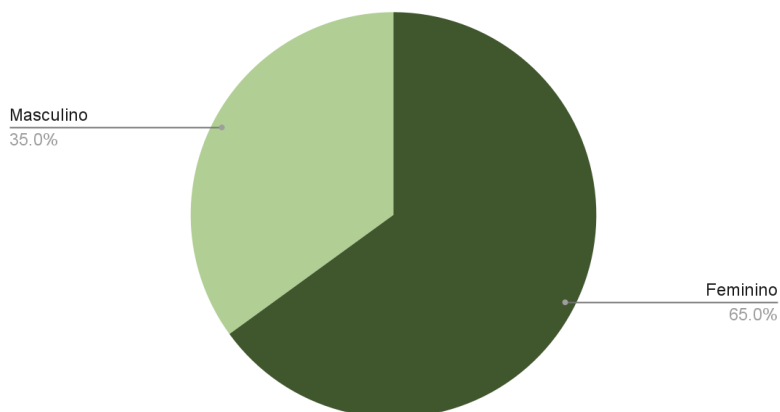
Até o momento, foram referenciados 187 utentes por médicos prescritores. Destes, 145 (78%) optaram por iniciar tratamento com a entidade. O tempo médio para início do tratamento após a referência é de 2,4 dias, sendo o número médio de sessões semanais realizadas por utente de 3,5. Até ao momento foram realizadas um total de 2.870 sessões, sendo a satisfação média relatada pelos utentes de 9,2 numa escala de 0 a 10.

Estes resultados iniciais mostram que, por um lado os utentes querem ter acesso a cuidados mais céleres através de terapias digitais, bem como demonstram níveis de adesão ao tratamento superiores aos métodos tradicionais e com níveis de satisfação elevados.

Em relação à distribuição por sexo dos utentes que iniciaram tratamento, 35% são do sexo masculino e 65% do sexo feminino. Destes utentes, 69% têm mais de 45 anos, sendo que 14% superam os 65 anos. Este perfil etário sugere que a telereabilitação é eficaz, inclusive para grupos que tradicionalmente poderiam ser considerados menos familiarizados com as tecnologias.

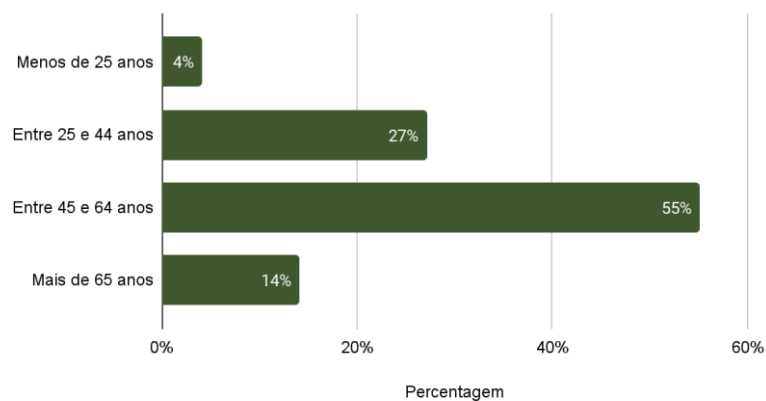
Por fim, a distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) dos utentes que iniciaram tratamento mostra que 70% deles têm excesso de peso. Esses dados sublinham a capacidade da solução em atender a uma ampla gama de utentes, reiterando que é uma solução eficaz e abrangente para todos.

Género



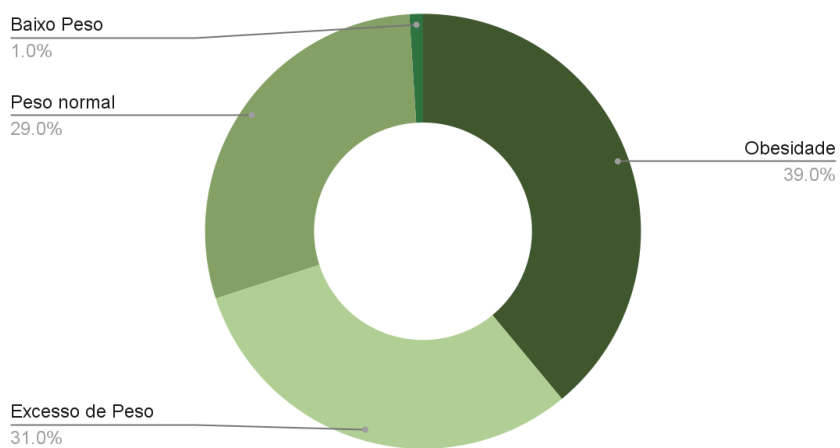
Distribuição por género dos utentes que iniciaram tratamento

Faixa Etária



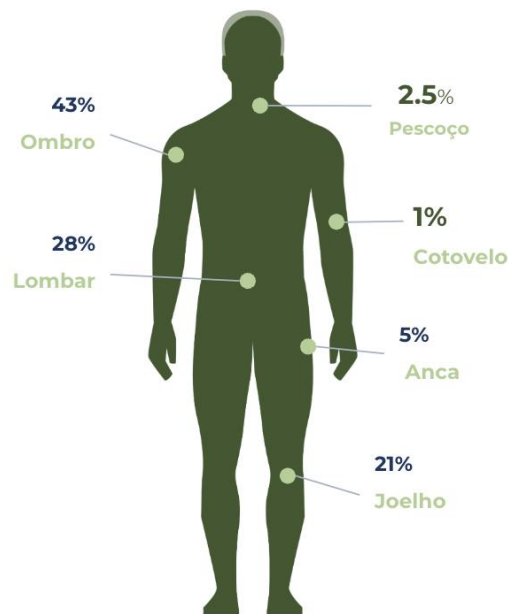
Distribuição etária dos utentes que iniciaram tratamento

Índice de Massa Corporal



Distribuição por categoria de IMC dos doentes que iniciaram tratamento

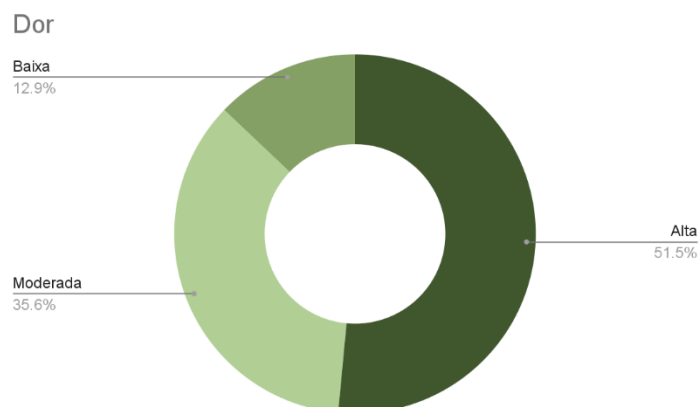
Entre as patologias tratadas, a patologia do ombro e lombar foram as mais prevalentes.



% dos membros

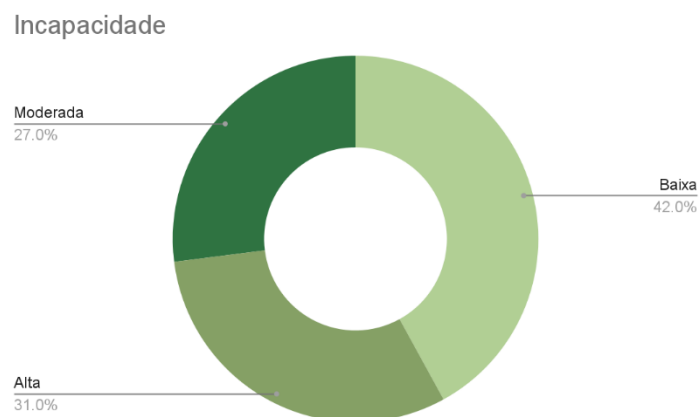
Distribuição por patologia

Na primeira avaliação, 88% dos utentes reportaram um nível de dor moderado ou alto. Após o tratamento por telereabilitação, verificou-se uma redução média da dor em 40%, com a maioria dos utentes a reportarem ausência completa de dor.



Distribuição dos utentes por nível de dor (baseline)

Relativamente aos níveis de incapacidade antes do início do tratamento, 58% dos utentes apresentaram um nível moderado ou alto de incapacidade. No final do tratamento $\frac{2}{3}$ dos utentes indicaram não apresentar qualquer tipo incapacidade.



Distribuição dos utentes por nível de incapacidade (baseline)

Segundo o relatório da ACSS de 2015 sobre os custos de Medicina Física e Reabilitação, na zona norte o custo médio por doente tratado em clínicas convencionadas é de 307€ (não considerando custos com transportes).

O tratamento em telereabilitação, com a solução em fase piloto, tem um custo médio 275€, já considerando todos os encargos. Este diferencial representa uma redução direta em mais de 10% do custo atual, sem considerar encargos com transportes, aos quais deve acrescentar uma poupança significativa adicional de mais 10%.

A análise preliminar dos custos em doente ambulatorio que realiza a sua reabilitação nos cuidados locais de MFR hospitalar, caso muito comum em pós-cirurgia, tem um custo estimado de 929€ (Anca), 1272€ (Joelho) e 1300€ (Ombro). Neste sentido, e considerando o preço médio da solução de telereabilitação de 275€, representaria uma poupança entre 70% a 80% nestes doentes.

Próximos passos

A telereabilitação visa não só melhorar o acesso e a eficiência dos cuidados de reabilitação, mas também garantir uma gestão de recursos mais sustentável e uma resposta mais rápida e eficaz às necessidades dos utentes.

Através de um modelo que integra tecnologia, gestão de qualidade e uma política de cuidados baseada em valor, propõe-se uma abordagem que não só amplia o alcance dos serviços de reabilitação, mas também reforça a sua eficácia, estabelecendo novos padrões de cuidados de saúde no SNS.

Assim, mediante os resultados finais do projeto piloto em curso, deverá ser ponderado o desenvolvimento de um modelo integrado e sustentável de telereabilitação que aumente o acesso e a eficiência dos serviços de reabilitação, melhorando a qualidade de vida dos utentes e otimizando recursos do SNS.

Através desta disseminação de boas práticas, será possível impactar a qualidade de vida dos utentes, garantindo que todos os cidadãos, independentemente da sua localização geográfica, tenham acesso a serviços de reabilitação de alta qualidade, superando assim as disparidades regionais.

A implementação abrangente da telereabilitação não só aumentará a cobertura e o acesso aos serviços de saúde, mas também contribuirá significativamente para a eficiência global do sistema de saúde.

Finalmente, deverá ser ponderado o desenvolvimento de uma plataforma centralizada que integra serviços existentes, facilitando o processo de referência para telereabilitação. Este sistema permitirá aos utentes, médicos e outros profissionais de saúde ter acesso e encaminhar informações de forma mais rápida e eficiente, garantindo que os utentes recebem os cuidados necessários de forma oportuna.

A integração deste canal digital não apenas otimiza os fluxos de trabalho e a comunicação dentro do sistema de saúde, mas também reforça a continuidade dos cuidados ao permitir um acompanhamento mais consistente e coordenado dos utentes ao longo do seu percurso de vida.

Acesso a Evidência Científica

Contextualização

Assiste-se, atualmente a um crescimento exponencial do conhecimento na área da saúde impulsionado pelo avanço tecnológico, pela investigação científica e pela crescente disponibilidade de dados. Esta evolução tem impactado significativamente a prática clínica, a prestação de serviços de saúde e as abordagens terapêuticas. Um dos principais impulsionadores desta evolução é o surgimento de técnicas de diagnóstico, tratamento e monitorização, em contínuo desenvolvimento, muitas das quais dependem de avanços em áreas como inteligência artificial, genómica, robótica, nanotecnologia e tele saúde.

Neste sentido, é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com esta evolução, adotando uma abordagem de desenvolvimento profissional e colaboração interdisciplinar, para garantir que os benefícios das inovações sejam maximizados e que sejam prestados cuidados de saúde de elevada qualidade.

As plataformas de apoio à decisão clínica são sistemas informáticos projetados para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisões relacionadas com a sua atividade clínica. Estas plataformas são baseadas em algoritmos e normas de orientação clínicas, e fornecem informações relevantes, baseadas na evidência, para a prestação de cuidados de saúde.

Estas plataformas podem assumir diferentes formas, desde simples sistemas de alerta e lembretes até sistemas mais sofisticados que integram dados clínicos do doente, evidência científica e algoritmos de tomada de decisão. Elas são projetadas para serem acessíveis por profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

A investigação tem demonstrado que as plataformas de apoio à decisão clínica proporcionam aos profissionais de saúde o acesso rápido e fácil a informações atualizadas e baseadas em evidência. O uso destas plataformas pode melhorar a precisão diagnóstica e a seleção de tratamentos, resultando em melhores resultados clínicos para os doentes. Além disso, essas ferramentas têm sido eficazes na harmonização da prática clínica e na promoção da adesão a normas de orientação clínica atualizadas. Uma revisão sistemática realizada por *Kawamoto*, mostrou que o uso de plataformas de apoio à decisão pode reduzir a variabilidade na prática clínica, levando a uma prestação de cuidados mais consistente e de maior qualidade. Outro benefício importante é a capacidade das plataformas de apoio à decisão de auxiliar na tomada de decisões complexas e na gestão de casos difíceis. Um estudo conduzido por *Kortteisto et al.* evidenciou que essas ferramentas podem ajudar os clínicos a identificar opções de tratamento personalizadas com base nas características individuais de cada doente, resultando em uma melhor adaptação do tratamento às necessidades específicas de saúde.

Adicionalmente, as plataformas de apoio à decisão clínica têm demonstrado ser eficazes na prevenção do erro médico e na promoção da segurança do doente. Um estudo publicado no *"Journal of the American Medical Informatics Association"* destacou que essas ferramentas podem reduzir significativamente a incidência de eventos adversos relacionados com o uso de fármacos, ao alertar os profissionais de saúde sobre potenciais interações medicamentosas e alergias.

Por outro lado, as plataformas de apoio à decisão clínica têm-se tornado parte integrante da prática clínica dos diferentes grupos de profissionais de saúde. No entanto, a falta de harmonização das políticas de acesso, subscrição e utilização deste tipo de ferramentas a nível nacional, e entre as instituições do SNS em específico, tem constituído um potencial fator de iniquidade interinstitucional e interpares. Adicionalmente, pelo seu comprovado impacto no aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, as plataformas de apoio à decisão clínica deverão começar a ser consideradas enquanto instrumentos essenciais à prática clínica e, nesse sentido, asseguradas pelas entidades empregadoras, nomeadamente, as ULS.

De referir que algumas ULS já avançaram com processos de aquisição de acessos a este tipo de plataformas para os seus profissionais. No entanto, a ausência de uma política transversal a todo o SNS implicou, por um lado, encargos económicos superiores para cada uma das entidades, que poderiam ser mitigados através de compras centralizadas para todo o SNS e respetivas economias de escala, e por outro, a utilização de ferramentas diferentes, que implicam processos de aprendizagem e metodologias de trabalho diferentes, para instituições pertencentes a uma rede comum.

No contexto do SNS, investir em plataformas de apoio à decisão clínica pode ser uma estratégia crucial para otimizar os recursos disponíveis, reduzir custos e melhorar os resultados em saúde. Adicionalmente, a disponibilização desta ferramenta aos profissionais de saúde poderá ser uma forma de motivar os profissionais através do suporte da sua formação e atividade profissional. Ao integrar essas ferramentas nos sistemas de informação e promover a sua adoção entre os profissionais de saúde, o SNS pode fortalecer sua capacidade de fornecer cuidados de saúde de alta qualidade e centrados no utente, em todo o país.

Assim, a aquisição centralizada de uma ferramenta única, transversal a todas as instituições do SNS, e acessível a todos os seus profissionais apresenta-se, não só pertinente, como urgente.

A identificação dessa plataforma de apoio à decisão clínica, deve ser baseada num caderno de encargos desenvolvido por profissionais e peritos independentes de reconhecido mérito, cujo procedimento concursal deve ser desenvolvido pela SPMS, de forma a conseguir economias de escala e uniformizar procedimentos transversalmente a todas as ULS e IPO, sendo um objetivo estratégico que estava a ser trabalhado pela DE-SNS.

Abordagem

De forma a dar execução aos objetivos estratégicos acima elencados, a DE-SNS mandou os SPMS para elaboração de um caderno de encargos, com base em especificações técnicas essenciais á rede do SNS, identificadas por um grupo de peritos clínicos, independentes, a exercer funções assistências no SNS.

Os requisitos técnicos a constar do caderno de encargos solicitado, constituiriam a base essencial para o lançamento do concurso público internacional tendo em vista a aquisição centralizada deste serviço para todos os profissionais do SNS, a ter efeitos no segundo semestre de 2024.

Os requisitos técnicos elencados pela equipa de peritos incluíram, em traços gerais: dispor de informação atualizada, completa, detalhada e pormenorizada; dispor de um conjunto de versatilidades no que respeita aos fármacos, seus efeitos laterais e indicações, assim como alterações da prática clínica; transversal para um número alargado de áreas clínicas, contendo a melhor e mais recente informação; abordar todo o espectro da doença, desde o doente crítico ao doente crónico, incluindo situações de urgência e emergência; incluir evidência de eficácia na melhoria dos cuidados de saúde, na redução da mortalidade, redução na duração do internamento e do erro médico; incluir evidência na eficácia da formação de profissionais de saúde; facilidade de utilização e possibilidade de ser usado em dispositivos eletrónicos móveis, idealmente em vários dispositivos em simultâneo; e fornecer informação detalhada da sua utilização pelos profissionais, de forma a permitir adequar o seu uso às necessidades.

Resultados preliminares

Foi estabelecido o conjunto de características que devem ser preenchidas pela plataforma de decisão clínica. A proposta de caderno de encargos base para o lançamento do concurso publico internacional, desenvolvida pela equipa de peritos encontra-se concluída. Os SPMS encontram-se a preparar a abertura do concurso público internacional.

Modernização Tecnológica

Investimento em Equipamentos Pesados

A DE-SNS e a ACSS, desenvolveram um programa de modernização tecnológica, que representa um investimento de 117 milhões de euros e vai beneficiar 29 instituições do SNS. Esta verba está inscrita no PRR.

No âmbito da reprogramação do PRR, foi assegurado que na nova versão deste documento fossem garantidas importantes verbas com vista à modernização tecnológica de equipamentos médicos pesados nas unidades do SNS, assim como a instalação de robots cirúrgicos.

Com um investimento total de mais de 117 milhões de euros, está em causa a operacionalização de duas linhas de investimentos no âmbito do PRR, que são financiadas a 100% por este mecanismo financeiro:

- › i010 – Programa de Modernização Tecnológica do SNS, que permitirá a instalação de 68 equipamentos médicos pesados nas unidades do SNS em todo o país, num valor de 100 milhões de euros;
- › i04 – Aquisição de equipamento médico pesado para as unidades do SNS da Região de Lisboa e Vale do Tejo, contemplando a instalação de equipamentos num valor de mais de 17 milhões de euros e num total de 13 equipamentos.

O levantamento de necessidades resulta de um trabalho conjunto entre DE-SNS e a ACSS, e tem como objetivo modernizar o parque tecnológico do SNS, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde, através de um total de 81 equipamentos, para substituição de 75 aparelhos que se encontravam obsoletos, nomeadamente:

- › Aquisição de 18 Ressonâncias Magnéticas;
- › Aquisição de 25 Tomografias Computorizadas;
- › Aquisição de 13 Angiógrafos;
- › Aquisição de 8 Câmaras Gama;
- › Aquisição de 11 Aceleradores Lineares;
- › Aquisição de 6 Robots Cirúrgicos.

Incluem-se no grupo de instituições beneficiárias, à data, as seguintes unidades hospitalares do SNS:

- › Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.;
- › Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.;

- > Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.;
- > Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.;
- > Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.;
- > Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.;
- > Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.;
- > Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.;
- > Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E.;
- > Hospital de Braga, E.P.E.;
- > Hospital de Loures, E.P.E.;
- > Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.;
- > Hospital Espírito Santo – Évora, E.P.E.;
- > Hospital Garcia de Orta, E.P.E.;
- > Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.;
- > Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.;
- > Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.;
- > Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.;
- > Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.;
- > Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.;
- > Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.;
- > Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E..

ANGIÓGRAFOS

13
EQUIPAMENTOS

11
INSTITUIÇÕES

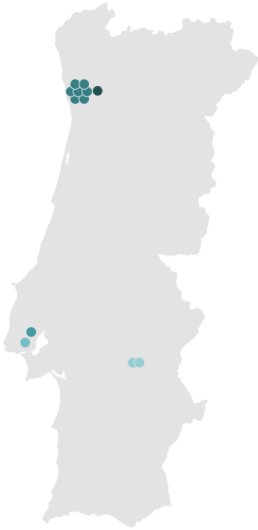


- Hospital de Braga, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
- Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

ACELERADORES LINEARES

11
EQUIPAMENTOS

4
INSTITUIÇÕES

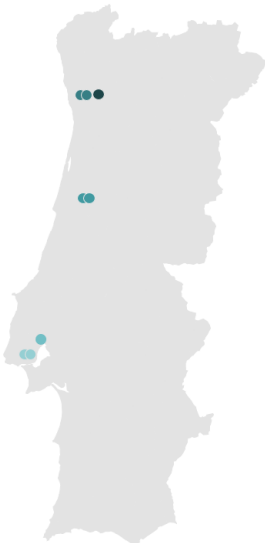


- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

CÂMARAS GAMA

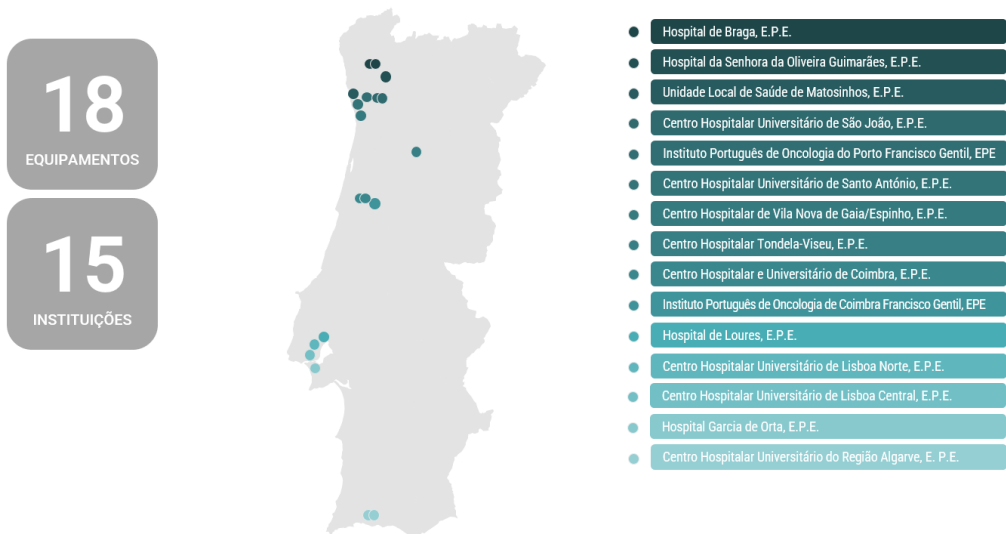
8
EQUIPAMENTOS

5
INSTITUIÇÕES

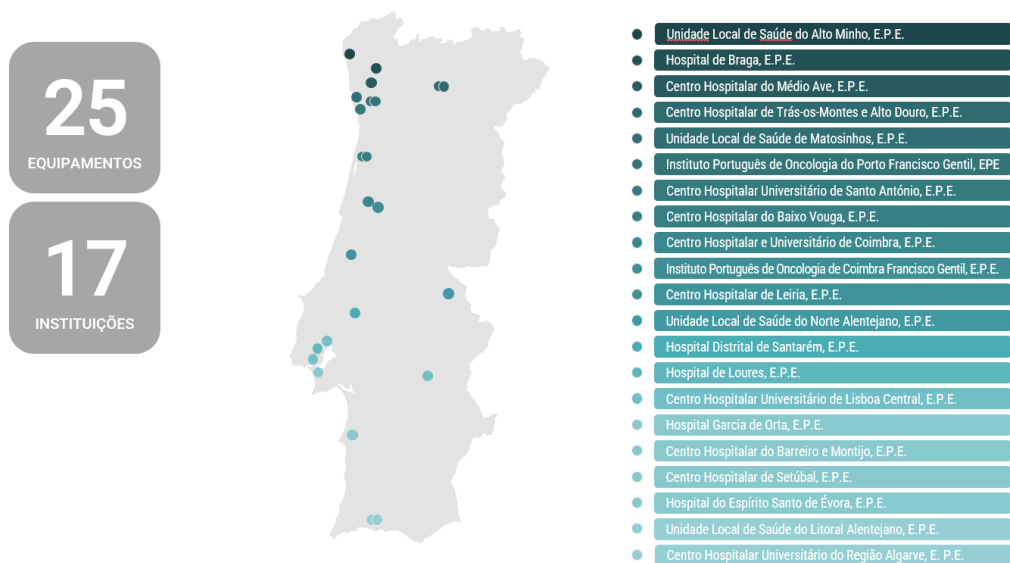


- Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
- Hospital de Loures, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

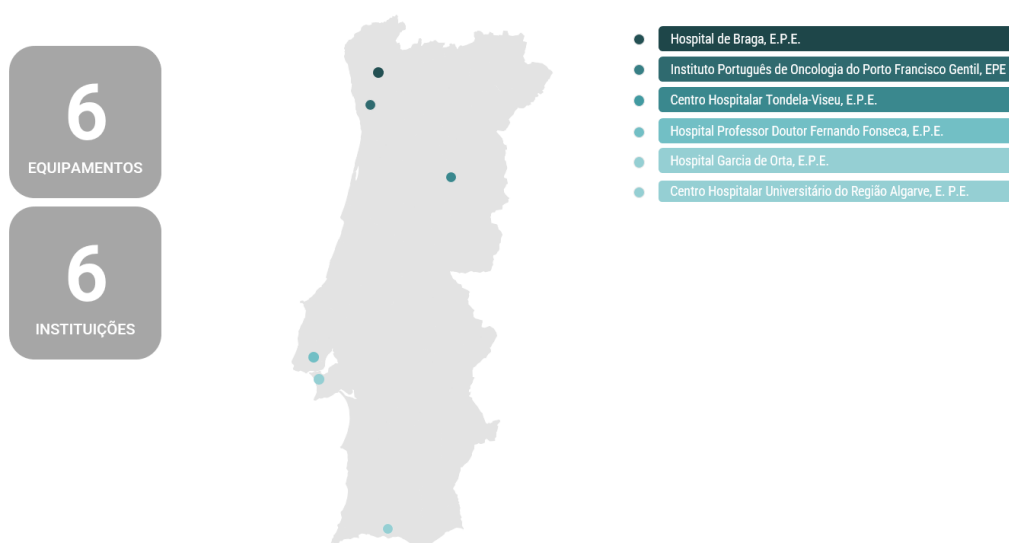
RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS



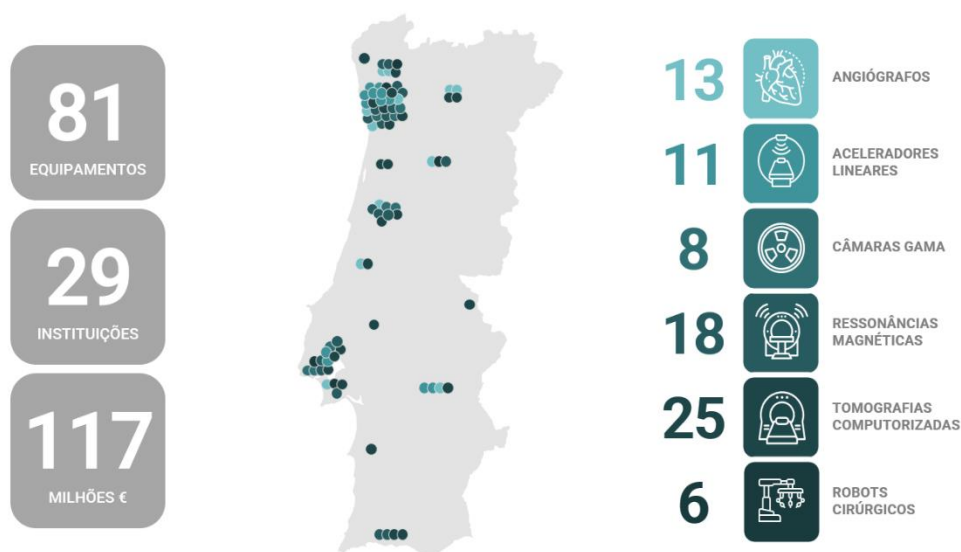
TOMOGRAFIAS COMPUTORIZADAS



ROBOTS CIRÚRGICOS



INVESTIMENTO GLOBAL

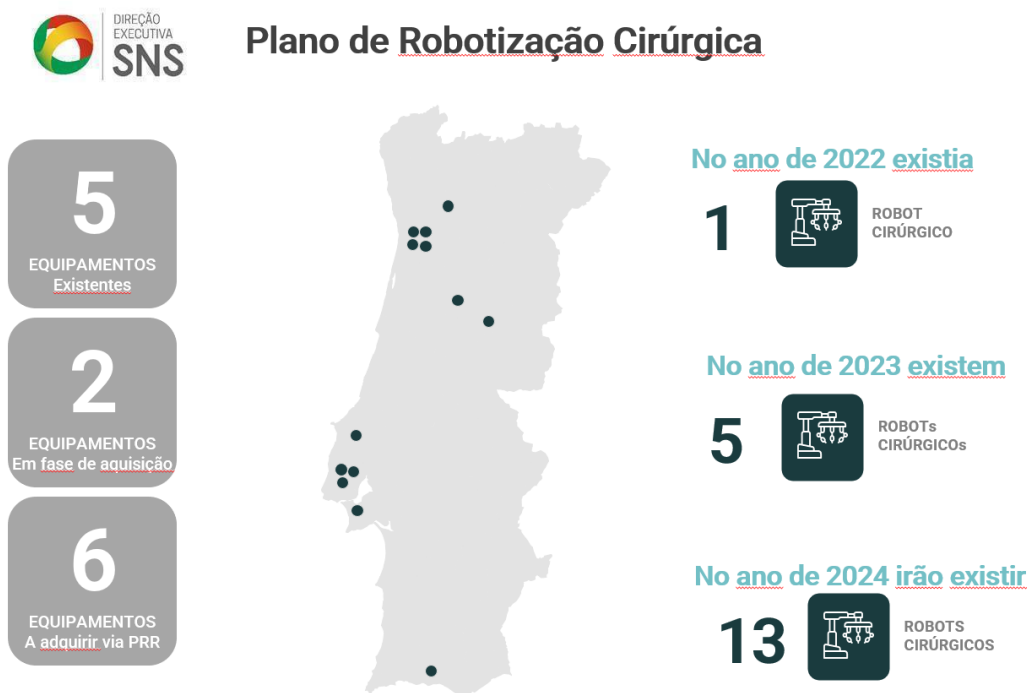


Esta aquisição inovadora de 6 **Robots Cirúrgicos**, permite criar uma rede de robotização cirúrgica no país, com os 5 equipamentos já existentes e os 2 em fase de aquisição, assegurando desta forma que Portugal possa dar um salto tecnológico nesta dimensão. Recorda-se que:

- › em 2022, apenas existia um equipamento deste tipo;
- › em 2023 foram instalados 4;
- › pretende-se que em 2024 sejam instalados 8, 6 via PRR e 2 com verbas próprias;

› criando assim uma rede com 13 equipamentos.

Sublinha-se que esta era uma prioridade da DE-SNS e que está a ser concretizada num espaço de tempo único de dois anos.



Os concursos já foram abertos e as candidaturas submetidas e espera-se que todo o investimento seja realizado no decorrer do ano de 2024, significando eventualmente o maior investimento em equipamentos médicos realizados no nosso país.

Nas últimas décadas, a inovação tecnológica tem vindo a desempenhar um papel fundamental na obtenção de melhores resultados em saúde. Apontada frequentemente como o principal motor para o progresso humano, no setor da saúde ressalta o seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos utentes e no aumento da esperança média de vida da população.

No que respeita aos Equipamentos Médicos Pesados, a integração de tecnologias emergentes tem originado equipamentos mais evoluídos e mais digitais, que permitem novos modelos de diagnóstico médico e de tratamento, com impacto na qualidade dos cuidados prestados, permitindo, não só, alcançar melhores resultados de saúde para os utentes, mas, também, melhorias significativas das condições de prática e atuação para os profissionais de saúde.

Com esta aquisição de equipamento médico pesado nas Unidades do SNS, pretende-se reforçar a modernização do parque tecnológico, contribuindo para a melhoria do serviço prestado aos utentes do SNS.

Permitirá, por um lado, evitar a obsolescência dos equipamentos e, por outro, apoiar o diagnóstico precoce da doença, com impacto na correção de assimetrias geográficas, aumentando o sucesso do tratamento e diminuindo a morbilidade e a mortalidade.

A introdução de inovação tecnológica no SNS consubstanciada na aquisição de novo equipamento médico pesado de última geração, e na robotização cirúrgica, potenciará a atratividade e retenção de profissionais de saúde.

Investimento em Blocos de Parto

O 'Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Parto do Serviço Nacional de Saúde', publicado através do Despacho n.º 557/2023, de 11 de janeiro, consagra que a qualificação dos blocos de parto das unidades de saúde do SNS é uma medida estruturante na criação de condições de qualidade e segurança para grávidas, recém-nascidos e profissionais de saúde, contribuindo para a humanização dos cuidados.

No âmbito das suas atribuições, a DE-SNS propôs a implementação de diversas medidas de melhoria da resposta assistencial do SNS na área da ginecologia/obstetrícia, nomeadamente a necessidades de requalificação de infraestruturas e equipamentos nos blocos de parto das unidades de saúde do SNS, de modo a permitir um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados e a compatibilização com as melhores tecnologias e práticas clínicas.

A própria evolução da sociedade e das expectativas das pessoas, que pretendem um acompanhamento de maior proximidade durante o processo de prestação de cuidados, nomeadamente no período da gravidez e do parto, exige a transformação destas instalações, de modo a permitir a presença de acompanhantes e uma melhoria contínua do serviço.

Importava, por isso, criar condições para que as unidades de saúde do SNS dispusessem de uma linha de financiamento específica para a qualificação das infraestruturas e dos respetivos equipamentos. Esta linha de financiamento, criada pelo referido despacho, contempla incentivos a ser atribuídos mediante candidatura apresentada pelas unidades de saúde do SNS que dispusessem de blocos de partos, e define critérios de forma a permitir uma avaliação uniforme e coerente das várias candidaturas e a garantir transparência na utilização dos recursos financeiros afetos ao SNS.

Foram submetidas candidaturas referentes a projetos de 33 instituições hospitalares com blocos de parto. De notar que, em relação aos hospitais do SNS potencialmente elegíveis, 89% concorreram, o que significa que realmente esta é uma dimensão estrutural e necessária e justificou claramente a opção estratégica (os blocos de partos que não concorreram—possuem projetos já iniciados ou a iniciar, com financiamento associado a partir de outros programas). Os valores das propostas corresponderam a cerca de 36 milhões de euros, metade dos quais para renovação das infraestruturas e o restante para equipamento médico.

Coube à DE-SNS assegurar a avaliação das candidaturas e a definição dos incentivos financeiros a atribuir, numa parceria com a ACSS, nomeadamente em matéria de planeamento e gestão dos recursos financeiros e apreciação técnica das instalações e equipamentos.

O financiamento a atribuir inseriu-se no âmbito do processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS e foi formalizado mediante adenda ao contrato-programa

das unidades de saúde do SNS para 2023, tendo um limite total de 27 milhões de euros (eram inicialmente 10 milhões de euros e foram reforçados, num valor adicional de 17 milhões de euros, de forma a incluir mais projetos e instituições, tendo em consideração de que se trata de uma área emblemática para o SNS) – *Despacho n.º 4045/2023, de 31 de março, que procede à segunda alteração ao Despacho n.º 557/2023, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 8, de 11 de janeiro de 2023, reforçando a dotação prevista para afetar ao Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Parto do Serviço Nacional de Saúde.*

Todas as 33 candidaturas foram consideradas genericamente elegíveis, e foi efetuado um trabalho técnico no sentido de avaliar as despesas elegíveis e, posteriormente, os projetos que sejam estratégicos para a consistência e coerência da rede do SNS.

As despesas elegíveis no âmbito do presente programa foram as seguintes:

- › Aquisição de equipamentos para os blocos de parto, nomeadamente equipamentos médicos considerados indispensáveis para a prestação de cuidados de saúde de qualidade;
- › Aquisição de serviços, nomeadamente:
 - Estudos e projetos de intervenção infraestrutural nos blocos de parto;
 - Intervenções infraestruturais para cumprimento dos programas funcionais aprovados.

As candidaturas foram avaliadas de acordo com os seguintes critérios:

- › Cumprimento dos requisitos técnicos definidos pela ACSS;
- › Coerência entre o diagnóstico de necessidades, a intervenção proposta e os resultados esperados em termos de resposta aos desafios de acesso, qualidade, segurança e humanização dos cuidados pré e pós-natais e dos partos;
- › Adequação do cronograma e do plano orçamental;
- › Capacidade de obter apoios financeiros externos ao Ministério da Saúde;
- › Valorização estratégica da proposta, em função do impacto no SNS.

A ACSS realizou um trabalho exemplar, num período de tempo muito curto, avaliando o mérito técnico das candidaturas, nomeadamente na componente infraestrutural e de equipamentos médicos, de forma que a DE-SNS pudesse aprovar, de forma fundamentada, os projetos que seriam objeto de financiamento.

Esta é uma aposta séria da DE-SNS na qualificação das infraestruturas e dos equipamentos dos blocos de parto, traduzindo-se numa dimensão importante integrada num plano estratégico mais vasto, no sentido de melhorar a segurança e a humanização de cuidados e seguramente cativando mais profissionais para o SNS.

Os projetos que já terminaram e os que estão em fase de conclusão, evidenciam uma qualidade única, quer em termos de humanização de cuidados, quer de segurança para o trabalho dos profissionais, permitindo aumentar a acessibilidade e sensibilizar os casais

para as nossas instituições, bem como cativar profissionais a optarem pelo SNS, em virtude da modernidade e evolução tecnológica dos mesmos.

Investimento em Gastreenterologia

De acordo com o Despacho n.º 3635/2024, de 4 de abril, foi aprovada a realização do 'Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastreenterologia do SNS':

“A gastreenterologia aborda um leque muito vasto de patologias com um grau variável de complexidade, que abrangem o diagnóstico, tratamento, gestão e seguimento de doenças oncológicas do trato digestivo.

Em Portugal, as doenças oncológicas encontram-se entre as principais causas de morte, nomeadamente os tumores do sistema gastrointestinal. O cancro do cólon e reto é o segundo tipo de cancro mais frequente em Portugal, sendo responsável por 9 % dos óbitos por cancro. Por seu lado, o cancro do estômago é o quinto tipo de cancro mais frequente, causando 8 % dos óbitos por cancro. Adicionalmente, a doença hepática crónica mantém-se como causadora de múltiplas complicações que se associam à necessidade de admissão hospitalar frequente e redução da qualidade de vida.

A incidência do cancro digestivo em Portugal merece uma atenção especial, atendendo à elevada frequência do cancro gástrico e do cólon e reto, este último passível de rastreio com elevada eficácia em termos de redução da mortalidade e de melhoria do prognóstico e da sobrevivência nos casos com diagnóstico precoce.

Assim, a prevenção e o rastreio das doenças do foro digestivo assumem cada vez maior importância, tal como plasmado no articulado do Despacho n.º 13227/2023, de 27 de dezembro, que aprova a "Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030", que indica a constituição do "Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de rastreio oncológico de base populacional". Este Núcleo foi criado a 29 de dezembro de 2023 através da Deliberação n.º 212/2023 do diretor executivo do NS, tendo por missão o alargamento do acesso e grau de penetração dos diferentes tipos de rastreio de base populacional em território nacional. Com a implementação nacional destas iniciativas de rastreio, antecipa-se que ocorra uma necessidade proporcionalmente superior de execução de exames complementares de diagnóstico de seguimento, nomeadamente endoscopias digestivas altas e colonoscopias. Atendendo a um histórico de acesso e capacidade de resposta limitada nos procedimentos clínicos acima referidos por parte das instituições do SNS, importa antecipar eventuais aumentos de procura e capacitar os serviços de gastreenterologia para os desafios epidemiológicos futuros. É neste contexto que se torna particularmente relevante a atualização da plêiade de ferramentas de gestão disponibilizadas aos serviços de gastreenterologia, através do alargamento do modelo de gestão dos CRI no SNS, tal como preconizado na Portaria n.º 103/2024/1, de 14 de março.

Adicionalmente, a evolução tecnológica no âmbito das técnicas endoscópicas, nos seus aspetos de diagnóstico e terapêutica levaram à formação de unidades orgânicas de endoscopia com elevada diferenciação técnica associada. No entanto, a rápida evolução científica requer que exista um acompanhamento tecnológico constante que permita o

acesso a cuidados de saúde de excelência e que permita aos profissionais a realização plena das suas capacidades, contribuindo também para a fixação de profissionais no SNS.

O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o novo Estatuto do SNS, criou a DE-SNS, a qual tem por missão coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde, conforme determina o n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS. Nestes termos, são atribuições da DE-SNS, I. P., entre outras, garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS e identificar, em coordenação com a ACSS, os recursos financeiros necessários ao SNS e proceder à respetiva alocação. No âmbito do cumprimento destas atribuições, a DE-SNS, propôs a implementação de diversas medidas de melhoria da resposta assistencial do SNS na área da gastroenterologia, nomeadamente a necessidades de requalificação de infraestruturas e equipamentos nas unidades de saúde do SNS, de modo a permitir um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados e a compatibilização com as melhores tecnologias e práticas clínicas.

Importa, por isso, criar condições para que as unidades de saúde do SNS disponham de uma linha de financiamento específica para a atividade clínica na área da gastroenterologia, nomeadamente para a qualificação das infraestruturas e dos respetivos equipamentos.

Esta linha de financiamento contempla incentivos que serão atribuídos mediante candidatura apresentada pelas unidades de saúde do SNS que disponham de serviços de gastroenterologia, de forma a permitir uma avaliação uniforme e coerente das várias candidaturas e a garantir transparência na utilização dos recursos financeiros afetos ao SNS.

Caberá à DE-SNS assegurar o lançamento do processo concursal, a definição do seu regulamento, a avaliação das candidaturas e a definição dos incentivos financeiros a atribuir, sem prejuízo da intervenção da ACSS, no âmbito das suas atribuições, nomeadamente em matéria de planeamento e gestão dos recursos financeiros e das instalações e equipamentos do Ministério da Saúde e do SNS.

O financiamento a atribuir insere-se no âmbito do processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS e é formalizado mediante adenda ao contrato-programa das unidades de saúde do SNS para 2024, até ao limite de 12 milhões de euros.

Este financiamento dá continuidade ao objetivo de requalificação das infraestruturas e equipamentos do SNS que, em 2023, foi objeto de programa similar relativo às maternidades dos hospitais públicos.”

De acordo com o Despacho nº 3635/2024, de 4 de abril, foi publicado pela DE-SNS o ‘Regulamento do Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastroenterologia do Serviço Nacional de Saúde’ que estabelece os princípios, as regras e os procedimentos a considerar para atribuição de incentivos financeiros às unidades de saúde do SNS, no âmbito do reforço e atualização das infraestruturas e equipamentos integrantes dos respetivos serviços de gastroenterologia.

Os projetos de intervenção contemplados abrangem as infraestruturas e os equipamentos dos serviços de gastroenterologia das unidades do SNS e visam:

- › Melhorar a qualidade, a equidade, a segurança, a eficiência, a prontidão e a centralidade nos utentes;
- › Assegurar a humanização dos cuidados prestados nos serviços de gastroenterologia, de acordo com as melhores práticas clínicas e de serviço às pessoas;
- › Promover a inovação e a rentabilização da capacidade instalada no SNS.

Os projetos suscetíveis de beneficiar de incentivos financeiros devem enquadrar-se numa das seguintes tipologias:

- › Realização de intervenções em infraestruturas dos serviços de gastroenterologia;
- › Aquisição de equipamentos para os serviços de gastroenterologia, com valor individual superior a 15 (quinze) mil euros (IVA incluído).

O financiamento dos projetos pode atingir até 100 % do valor das despesas elegíveis, incluindo o montante relativo ao imposto sobre o valor acrescentado (IVA), sendo valorizadas as candidaturas que obtenham apoios exteriores ao Ministério da Saúde, provenientes, nomeadamente, de autarquias locais, de entidades privadas, ou outras.

Consideram-se elegíveis no âmbito do presente programa as seguintes despesas:

- › Aquisição de equipamentos para os serviços de gastroenterologia, nomeadamente equipamentos médicos considerados indispensáveis para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, de entre a lista de equipamentos a divulgar em circular informativa da DE-SNS;
- › Aquisição de serviços, nomeadamente:
 - Estudos e projetos de intervenção infraestrutural nos serviços de gastroenterologia;
 - Intervenções infraestruturais para cumprimento dos programas funcionais aprovados.

A Circular Informativa n.º DE-SNS 001/2024, de 11 de abril, estabelece a lista de equipamentos elegíveis, bem como requisitos técnicos a cumprir para efeitos de apresentação de candidatura ao Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastroenterologia do SNS.

No âmbito deste processo verificou-se a necessidade de alargar o leque de equipamentos elegíveis constantes da Deliberação n.º DE-SNS 019/2024, passando esta a englobar o equipamento de elastografia hepática (um por cada ULS/IPO e o equipamento de angiografia para unidades de nível II e III, conforme definidas na Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Gastroenterologia e Hepatologia). Assim, procedeu-se à identificação integral dos equipamentos elegíveis para efeitos de apresentação de candidatura ao Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastroenterologia do SNS.

Data: 26/04/2024

Divulgação: Todas as ULS e IPO

Assunto: Regulamento do Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastrenterologia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Lista de equipamentos e Requisitos Técnicos a observar nos termos da alínea a), do artigo 9.º e da alínea a) do n.º 1 do artigo 11.º do Regulamento - Aditamento

As candidaturas já foram remetidas e encontram-se a decorrer a fase de avaliação pela DE-SNS, com o apoio da ACSS. Pensamos que será um investimento efetivo, numa área tecnologicamente avançada, que permitirá mais e melhores resultados em saúde e aumentar a capacidade de captar profissionais para o SNS.

Pareceres para Equipamento Pesado de Angiografia

Nos termos do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio, e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho, em função das:

- › Necessidades em termos de intervenções a utentes da sua área de referência;
- › Capacidade, diferenciação e experiência dos profissionais;
- › Redes de Referência Hospitalar, nomeadamente de cardiologia, cirurgia vascular, radiologia, neurorradiologia e gastroenterologia;
- › Evolução tecnológica, das boas práticas, das normas clínicas que irão aumentar no futuro as indicações para a sua utilização;
- › Articulação entre instituições do Serviço Nacional de Saúde, no sentido da sua complementaridade e integração de cuidados;
- › Plano de Desenvolvimento Organizacional das instituições do SNS.

A DE-SNS, em função da avaliação das condições técnicas, das necessidades e da previsível evolução da medicina, tendo como visão desenvolver um SNS diferenciado e tecnologicamente avançado, que responda às necessidades das pessoas e cativo os profissionais para as instituições, deliberou:

1. Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E.: instalação de dois angiógrafos - parecer favorável da DE-SNS – 14/12/2022;
2. Hospital Braga, E.P.E.: substituição de equipamento médico pesado (angiógrafo) e instalação de novo equipamento - parecer favorável da DE-SNS – 20/02/2023;
3. Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.: instalação de um novo equipamento de angiografia - parecer favorável da DE-SNS – 09/06/2023;
4. Hospital Garcia da Orta, E.P.E.: instalação de dois equipamentos de angiografia digital - parecer favorável da DE-SNS – 06/12/2023;
5. Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.: instalação de dois equipamentos de angiografia digital, sendo um deles para substituição de equipamento similar e correspondendo o segundo a um novo equipamento a instalar - parecer favorável da DE-SNS – 29/04/2024.

Escritório da OMS

De acordo com o trabalho efetuado pela DE-SNS, junto da OMS, foi publicado o Despacho n.º 4702/2023, de 19 de abril, que constitui um grupo de trabalho com a missão de apresentar uma proposta formal de estabelecimento do Centro de Excelência para a Tecnologia da Saúde, Robótica e Empreendedorismo da OMS Europa em Portugal.

As tecnologias da saúde devem ser desenvolvidas e utilizadas de forma eficaz e eficiente, garantindo o equilíbrio entre a qualidade e equidade no acesso e sustentabilidade do sistema de saúde e devem contribuir para a promoção do desenvolvimento médico e científico e para os ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

O recurso às tecnologias da saúde surge como meio natural para alavancar soluções inovadoras que respondam melhor às necessidades das populações com perfis epidemiológicos progressivamente mais complexos e suscetíveis de gerar despesa crescente.

As novas soluções tecnológicas são reconhecidas internacionalmente pelos vários sistemas de saúde como uma oportunidade para fazer face aos grandes desafios na promoção da saúde e na prestação de cuidados.

A inovação em saúde tem, à luz da evidência, impacto na melhoria dos indicadores de saúde, potenciando a elevação da qualidade de vida das populações e do seu estado de saúde, permitindo o controlo de doenças e a diminuição da taxa de mortalidade através do controlo e, em certos casos, da cura de doenças anteriormente fatais.

O século XXI trouxe consigo um inegável impulso transformador da forma como são prestados os cuidados de saúde, quer no contexto da interação entre os pacientes e os prestadores de cuidados de saúde e do impacto que tem nas instituições de saúde e na indústria, quer na influência que tem na definição da política de saúde.

A saúde moderna depende da tecnologia, desde o momento da prescrição médica, passando pelos registos eletrónicos e culminando na engenharia e desenvolvimento de novos equipamentos, entre os quais os robots cirúrgicos e o uso crescente da inteligência artificial.

A inovação tecnológica na área da saúde, o surgimento de novas terapêuticas e de novos meios de diagnóstico são, no entanto, uma das principais causas para o aumento da despesa em saúde, o que suscita questões relevantes no domínio da gestão de recursos escassos, considerando, por um lado, a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e, por outro, o dever de assegurar o direito à saúde, à inovação e o acesso a cuidados de saúde de qualidade através de um SNS universal e tendencialmente gratuito.

Neste contexto, considerando que o Ministério da Saúde e o escritório regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa partilham a ambição comum de alcançar o mais alto nível de bem-estar, saúde e proteção da saúde para todos os cidadãos, a OMS tem o objetivo de intensificar o apoio aos diferentes Estados Membros rumo à

cobertura universal de saúde, garantindo o acesso às mais avançadas tecnologias de saúde a todos os cidadãos, e que a DE-SNS identificou o investimento em tecnologias de saúde, especificamente robótica, como uma prioridade central para o SNS nos próximos três anos, o escritório regional da OMS para a Europa, o Ministério da Saúde e a DE-SNS subscreveram, no dia 7 de fevereiro de 2023, o documento «*Joint Declaration of the Ministry of Health of Portugal and the WHO Regional Office for Europe: Intensifying collaboration on health technology to advance universal health coverage in the WHO European Region*», com vista ao estabelecimento do primeiro escritório da OMS totalmente dedicado às temáticas da tecnologia da saúde, robótica e empreendedorismo, no Porto.



Cerimónia de assinatura da Joint Declaration of the Ministry of Health of Portugal and the WHO Regional Office for Europe: Intensifying collaboration on health technology to advance universal health coverage in the WHO European Region

Reconhecendo-se, por um lado, que o SNS tem potencial para alavancar o empreendedorismo a nível nacional e internacional, e a oportunidade de democratizar o acesso às mais recentes soluções tecnológicas a todos os seus utentes entendeu-se ao nível Governamental ser de desenvolver o processo tendente ao estabelecimento do Centro de Excelência para a Tecnologia da Saúde, Robótica e Empreendedorismo da OMS Europa em Portugal.

Assim, foi constituído um grupo de trabalho com a missão de apresentar uma proposta formal de estabelecimento do Centro de Excelência para a Tecnologia da Saúde, Robótica e Empreendedorismo da OMS Europa em Portugal.

No desenvolvimento da sua missão, o grupo de trabalho deveria produzir um relatório que refletisse a sua análise, estudo e conclusões, considerando, designadamente, os seguintes aspetos:

- › Definição concreta do âmbito da proposta;
- › Contextualização nacional e internacional;
- › Calendário de projeto;
- › Localização e instalações;
- › Modelo de financiamento;
- › Modelo de escritório proposto;
- › Canais de articulação.

O relatório foi produzido e entregue ao Ministério da Saúde, que deverá agora, em nome do Governo de Portugal, articular com a OMS a sua efetiva concretização.

No que concerne o modelo de colaboração formal a estabelecer entre a OMS e o Estado Português, o Grupo de Trabalho recomendou a persecução de um modelo de Delegação Nacional da OMS com projetos internacionais.

Neste caso, os projetos a desenvolver serão na área de tecnologias de saúde, incluindo robótica, inteligência artificial e empreendedorismo. Entende-se que esta opção é aquela que permite a implementação mais rápida e viável do que se pretendia inicialmente para este empreendimento.

Contudo, com o progredir do tempo, recomendou que fosse explorada a passagem para o modelo de *geographically dispersed office* (GDO), de acordo com a evolução e avaliação da implementação do projeto, por trazer maior prestígio, estabilidade e benefícios para Portugal.

Como tal, deverão ser iniciados esforços diplomáticos com vista a aprovação da transição do modelo de Delegação Nacional da OMS com projetos internacionais para GDO, a partir do ano de 2024, de forma a iniciar o mais rapidamente possível.

Relativamente às instalações onde a nova presença da OMS em Portugal se concretizaria, e em linha com o que tinha sido adiantado pelo Despacho do Sr. Ministro da Saúde que criou este Grupo de Trabalho, foi proposto que as instalações do Escritório da OMS/Europa fossem no edifício que acolherá a DE-SNS, no Porto.

Neste contexto foi desenvolvido um trabalho de arquitetura preparatório para acolhimento de um escritório de Delegação Nacional da OMS com projetos internacionais, no seio da estrutura global do novo edifício da sede da DE-SNS, no Porto. Até à conclusão dos trabalhos da referida infraestrutura, os recursos humanos internacionais alocados ao futuro escritório deveriam ser acomodados nas atuais instalações provisórias da sede da DE-SNS.

Com base nas recomendações acima referidas, e como determinado pela tutela a concretização desta iniciativa foi renovada através da assinatura da Carta de Intenções, pelo Diretor Regional da OMS Europa, pelo Ministro da Saúde e pelo Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, em setembro de 2023, no Porto. Dando execução ao superiormente determinado, a DE-SNS iniciou os procedimentos necessários à sua concretização.



Cerimónia de assinatura da carta de intenções entre a OMS, o Ministério da Saúde e a DE-SNS

Em alinhamento com as recomendações do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 4702/2023, de 19 de abril, remetidas e validadas pelo Ministro da Saúde, e após a devida articulação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros e o Ministério das Finanças, foram iniciadas negociações intensas com vista à celebração formal do contrato de colaboração entre as partes visadas no estabelecimento das novas instalações da OMS em Portugal.

O referido contrato vinculativo, denominado *Donor Agreement* foi finalizado e assinado pelas partes em março de 2024.

Menos Burocracia, Melhor SNS

A DE-SNS, no âmbito da sua estratégia de reduzir a burocracia e as tarefas administrativas dos profissionais de saúde, com especial ênfase nos médicos de família, facilitar a vida aos utentes e centrar a atividade nas tarefas que trazem valor, elencou uma dezena de medidas, que deveriam ser realizadas durante o seu mandato de três anos, com o apoio dos SPMS e a abertura do Governo.

Ao fim do primeiro ano do mandato, mais de dois terços das medidas estão implementadas e as restantes devem estar concluídas no final do segundo ano, permitindo a avaliação do impacto da sua implementação e generalização.

A capacidade destas medidas transformarem o SNS é muito profunda. Eram dimensões reclamadas há muitos anos, pelos profissionais e utentes, mas nunca concretizadas.

No final, significa mais acesso, menos burocracia, mais comodidade, melhor serviço e mais satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde.

Importante para algumas das medidas(nomeadamente as primeiras cinco que a seguir se descrevem), o Grupo de Trabalho (GT) que foi constituído no âmbito da Interoperabilidade entre Segurança Social e Saúde, e que tinha como objetivos estratégicos, a desmaterialização de todo o processo de emissão e validação de Certificados de Incapacidade Temporária, bem como de todos os procedimentos associados aos Sistemas de Verificação de Incapacidades Temporárias, com a consequente desburocratização e simplificação de procedimentos para os médicos do SNS e da Segurança Social e para os utentes, otimizando, assim, a utilização dos recursos em cuidados de saúde primários e prestando um melhor serviço à população.

O GT desenvolveu a sua atividade durante um ano, desde março de 2023, reunindo periodicamente. Coordenado pela DE-SNS, integrou médicos de família do SNS, elementos dos SPMS e elementos do Instituto da Segurança Social.

Simultaneamente, a DE-SNS envolveu e auscultou os Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde de todos os ACeS/ULS e recolheu os seus contributos, no sentido de responder às necessidades sentidas pelos Médicos de Família e manifestadas, também, pelos seus utentes.

Organizado no âmbito da atividade deste Grupo de Trabalho, decorreu no dia 19 de maio de 2023, um *webinar* dirigido aos Médicos de Família do SNS, bem como das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Contou com 1030 médicos inscritos, com temas como: o direito à Segurança Social, na proteção na doença – o papel do CIT; a intervenção do Sistema de Verificação de Incapacidades; a peritagem médica na segurança Social.

Foi feita uma auscultação prévia aos Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS/ULS sobre as dúvidas mais frequentes no âmbito dos Certificados de Incapacidade Temporária, bem como sugestões de melhoria de todo o processo. Todos estes contributos serviram de base para adequar o conteúdo do *webinar*, procurando assim,

dar resposta às necessidades sentidas pelos Médicos de Família na sua prática diária. A gravação do *webinar* foi disponibilizada pela Segurança Social.

O plano desenhado, incluía uma listagem de 12 das dimensões mais relevantes, para o processo de desburocratização no SNS, e que deveriam ser trabalhadas durante o mandato de 3 anos da DE-SNS:

1. Autodeclaração de doença

Numa era digital, com uma sociedade cada vez mais informada e instruída, pretende-se que o indivíduo esteja capacitado para a autogestão de problemas simples, nomeadamente relacionados com cuidados de saúde.

Da auscultação feita aos Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS/ULS, verificou-se que são muito frequentes as situações de doença aguda e autolimitada que, apesar de não necessitarem de avaliação médica, desencadeiam incapacidade para a atividade profissional e implicam uma procura de consulta por parte do utente com o médico de família, com a única finalidade de obter a justificação da ausência ao trabalho.

Por outro lado, os serviços de saúde estão cada vez mais preenchidos com atos burocráticos, que consomem tempo ao médico de família e que poderiam ser otimizados na prestação de outro tipo de cuidados.

Estima-se que existam mais de 600 mil consultas por ano agendadas para emissão de Incapacidade Temporária para o Trabalho num período até 3 dias, pelo que se tornava fundamental implementar uma medida que permitisse melhorar o uso de recursos de cuidados de saúde primários e prestar um melhor serviço à população.

A “autodeclaração de doença” pretende colmatar esta problemática, permitindo que o cidadão que por motivo de doença ligeira apresenta incapacidade para a sua atividade profissional, até 3 dias, não necessite de recorrer às instituições de saúde.

De facto, esta medida, em funcionamento desde o dia 1 de maio de 2023 veio permitir que o cidadão, por motivo de doença ligeira que provoque incapacidade para a sua atividade profissional até 3 dias, não necessite de recorrer às instituições de saúde do SNS para solicitar uma justificação para a entidade patronal, mas possa utilizar os meios digitais do SNS24 para esse fim, sob compromisso de honra, otimizando, assim, a utilização dos recursos em cuidados de saúde primários, reduzindo a burocracia e prestando um melhor serviço à população.

Assim, foi necessário proceder à alteração do Código do Trabalho, para incluir a declaração dos serviços digitais do SNS como prova da situação de doença do trabalhador e de vários diplomas legais, no sentido de estender a permissão da

justificação da doença por autodeclaração aos trabalhadores em funções públicas integrados no regime de proteção social convergente.

No portal do SNS está disponibilizada informação, que pode ser consultada em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/08/03/autodeclaracao-de-doenca/>

O portal disponibiliza, ainda, um conjunto de respostas a perguntas frequentes, atualizado a 12 de março de 2024 e que pode ser consultado em <https://www.sns24.gov.pt/guia/autodeclaracao-de-doenca/#o-que-e-a-autodeclaracao-de-doenca>

Para se perceber o que significa no trabalho dos médicos de família, se considerarmos apenas as ADD, terão sido emitidas cerca de 264 mil em 2023 (mais de 99% via digital) – de notar que a medida iniciou-se a 1 de maio e prevê um impacto anual, superior a 600 mil ADD.

Foram consultas médicas evitadas, apenas para a obtenção de um comprovativo para a ausência ao trabalho, em caso de doença ligeira.

Nos 7 meses de funcionamento da medida em 2023, significou o equivalente ao trabalho completo de mais de 66 médicos de família, se estivessem alocados apenas para este fim, permitindo que pudessem por exemplo atender utentes com doença aguda, com maior realização profissional.

2. Emissão de certificados de incapacidade temporária no serviço de urgência

3. Emissão de certificados de incapacidade temporária nos serviços de saúde privados e sociais

De acordo com a experiência clínica, verificou-se a necessidade de se alargar os serviços competentes para a emissão da certificação da incapacidade temporária (CIT) para o trabalho.

Efetivamente, as limitações que existiam neste âmbito revelavam-se desajustadas, obrigando os utentes, em condições de vulnerabilidade e limitação da mobilidade, após serem observados num serviço de saúde privado ou social ou num serviço de urgência do SNS, a deslocar-se ao médico de família apenas para a obtenção do CIT.

Assim, considerou-se fundamental proceder à alteração da legislação, de forma a permitir que a certificação da incapacidade temporária para o trabalho pudesse ser efetuada por entidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, privadas e sociais, neles se incluindo os respetivos serviços de urgência. O portal da DE-SNS disponibiliza a seguinte informação:

- › Manual do Utilizador. Certificado de Incapacidade Temporária SNS. Disponível para consulta, em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/GUIA_CIT_SNS_2.0.pdf;
- › Deliberação n.º DE-SNS010/2024, de 22/02/2024. “Emissão de CIT em contexto de Serviço de Urgência”. Disponível para consulta, em <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/02/DE-SNS-010-Deliberacao-CIT-em-SU.pdf>;
- › Manual do Utilizador. Certificado de Incapacidade Temporária. Sector privado e social. Disponível para consulta em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/GUIA_CIT_Privado_2.0.pdf.

4. Alargamento do período do CIT, em determinadas condições médicas

De acordo com a experiência clínica, verificou-se a necessidade de se proceder a ajustes nos limites temporais estabelecidos, quer para o período inicial, quer para a prorrogação do CIT, em determinadas patologias e situações específicas.

Efetivamente, no que concerne à patologia oncológica, acidentes vasculares cerebrais, doença isquémica cardíaca e situações de pós-operatório, os limites estabelecidos pela Portaria nº 337/2004, de 31 de março, revelavam-se desajustados, obrigando os utentes, em condições de vulnerabilidade e limitação da mobilidade, a ter de se deslocar à sua Unidade de Saúde para ter consulta com o seu Médico de Família com vista à obtenção do CIT, com uma periodicidade desajustada.

Neste conjunto de patologias, os dados demonstraram, numa abordagem de equilíbrio e de exigência, que o alargamento dos períodos simplificaria a vida dos cidadãos, permitindo aos médicos terem mais tempo para realizarem consultas a utentes/doentes, situação que importava corrigir com vista à boa aplicação da lei.

O mesmo princípio foi aplicado às situações de risco clínico durante a gravidez, com o aumento do limite temporal até à data provável do parto, indicada pelo médico.

Assim, considerou-se fundamental proceder à alteração da legislação, de forma a permitir o aumento dos limites temporais de Incapacidade Temporária para situações específicas.

De notar que a lei em vigor limitava o CIT inicial a um máximo de 12 dias e as prorrogações a um máximo de 30 dias. Esta nova legislação, possibilita que por exemplo num caso oncológico, num doente com AVC, ou com EAM, o CIT inicial e as prorrogações possam desde logo ter um máximo de 90 dias (nos três primeiros casos) ou num pós-operatório um máximo de 60 dias.

Evita que os doentes, com problemas de mobilidade, vulneráveis e com limitações, sejam obrigados mensalmente a apresentar-se ao médico de família, apenas por razões burocráticas e por outro lado permite libertar períodos de consulta para avaliar doentes com doença aguda, aumentando a satisfação dos doentes e dos médicos de família.

5. Sistema de verificação de incapacidade temporária, em juntas médicas da segurança social, por via eletrónica

Foram desenvolvidos e implementados os mecanismos de interoperabilidade que permitem que os procedimentos associados ao Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias sejam executados por via eletrónica, em formato digital, otimizando, assim, a utilização dos recursos em cuidados de saúde primários e segurança social, reduzindo a burocracia e prestando um melhor serviço à população.

Este novo fluxo de acesso, para os médicos que integram as juntas da Segurança Social, devidamente indicados por esta entidade, no âmbito do Sistema de Verificação de Incapacidade Temporária e que é gerado pela emissão e/ou prorrogação de um Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, permite que os médicos que exercem funções numa junta médica da Segurança Social tenham acesso à informação clínica do utente.

A definição deste novo procedimento para obtenção de relatórios médicos atualizados para efeitos de Verificação de Incapacidade Temporária para o Trabalho, liberta, assim, o Médico de Família da emissão de relatórios para este fim, que totalizam cerca de meio milhão por ano, ao possibilitar que os médicos da Segurança Social consultem diretamente a informação clínica que motivou a Incapacidade Temporária daquele utente, acedendo ao seu processo clínico eletrónico.

Este pedido recorrente de relatório atualizados ao Médico de Família, feito através do utente, gerava idas evitáveis deste à sua unidade dos cuidados de saúde primários e consumo desnecessário de consultas de Medicina Geral e Familiar, que poderão ser, agora, otimizadas na prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

São aproximadamente 500.000 consultas anuais que ficam, assim, disponíveis para utentes que necessitem realmente de avaliação pelo seu médico de família, aumentando o acesso em tempo útil ao SNS.

No âmbito desta atividade, está elaborado e divulgado o “Manual do Utilizador – Acesso ao RSE” para médicos da Segurança Social; foi realizado um teste de acesso com os médicos SVI/SS e os SPMS, no dia 9 de abril de 2024, com sucesso e foi, ainda, realizado o *webinar* formativo “Acesso à Informação clínica no SNS”, no dia 10 de abril de 2024 (11h/12h30), destinado aos médicos do SVI/ISS.

A medida entrou em vigor no dia 15 de abril de 2024, estando a ser acompanhada pelo Grupo de Trabalho. O portal da DE-SNS disponibiliza a seguinte informação:

- › Comunicado “Desburocratização no Sistema de Verificação de Incapacidade Temporária”. Disponível para consulta em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Comunicado_Imprensa_Desburocratizacao-Juntas-Medicas.pdf;
- › Manual do Utilizador. Acesso ao RSE para Médicos da Segurança Social. Disponível para consulta em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/GUIA_Acesso-ao-RSE-para-medicos-da-Seguranca-Social_26-marco.pdf.

6. Alargamento para 12 meses de validade as receitas médicas e os pedidos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica

De acordo com a Portaria n.º 97/2023, de 31 de março, que procede à quinta alteração à Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, que estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes, e à primeira alteração à Portaria n.º 126/2018, de 8 de maio, que define as regras de prescrição, registo e disponibilização de resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e regula a faturação dos respetivos prestadores ao SNS.

O diploma sublinha que, no âmbito da prossecução das suas atribuições, a DE-SNS, propôs diversas medidas de melhoria da resposta assistencial na área dos cuidados de saúde primários, nomeadamente a desburocratização dos processos, através de abordagens que visam facilitar o acesso ao SNS e reduzir a carga administrativa que recai sobre os médicos de medicina geral e familiar. Uma das dimensões consideradas relevantes pela DE-SNS, foi o alargamento do prazo de validade da prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, para 12 meses, sem prejuízo da posterior implementação de outras medidas tendentes a qualificar o acesso dos cidadãos ao SNS.

Desta forma, as receitas materializadas e manuais passaram a vigorar por 12 meses, e cada linha de prescrição de MCDT, independentemente do respetivo suporte, tem a validade de 12 meses, contados a partir da data de emissão.

7. Dispensa de medicação para patologia crónica, durante 12 meses, em farmácia comunitária

A Portaria n.º 263/2023, de 17 de agosto, pretende, no que respeita à política do medicamento e à dos dispositivos médicos, dar continuidade às medidas de otimização da prescrição eletrónica médica (PEM) e de racionalização da sua utilização, através da consolidação dos processos de desmaterialização.

Trata-se de simplificar o processo aos doentes com patologias crónicas, clinicamente estabilizados, de forma a evitar o recurso aos serviços de saúde apenas para renovação da prescrição médica.

Ao mesmo tempo, as alterações promovidas pela presente portaria visam ainda desburocratizar o acesso do utente aos medicamentos prescritos, nomeadamente através da utilização do Número Nacional de Utente e do recurso a mensagens escritas (SMS) e/ou de outros mecanismos eletrónicos, evitando a apresentação de prescrição médica individualizada.

As alterações introduzidas têm como objetivo essencial garantir uma melhor adaptação da prescrição e dispensa às necessidades dos utentes com patologias crónicas, clinicamente estabilizados, facilitando a sua vida e libertando o médico prescritor de tarefas administrativas. Para tal, são disponibilizados aos médicos e aos farmacêuticos instrumentos que permitam, através do acesso ao histórico de prescrições e de dispensas de cada doente, reforçar o acompanhamento da sua adesão à terapêutica e a monitorização da segurança e efetividade dos tratamentos.

De forma a permitir um melhor acompanhamento do utente, são também disponibilizadas novas ferramentas de comunicação entre o médico prescritor e o farmacêutico.

As alterações introduzidas pretendem, ainda, assegurar o desenvolvimento e aplicação de instrumentos de *business intelligence* que permitam a monitorização da prescrição e da dispensa, bem como o reforço do combate ao desperdício e à fraude.

Neste sentido, a DE-SNS é a entidade responsável pelo acompanhamento do processo de operacionalização das alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023, de 17 de agosto.

A DE-SNS tem promovido e acompanhado a realização de reuniões de trabalho periódicas com médicos de família prescritores do SNS e uma equipa dedicada dos SPMS para análise detalhada do impacto na PEM.

Simultaneamente, a DE-SNS envolveu e auscultou regularmente os Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS e Diretores Clínicos dos CSP de das ULS, na recolha de contributos no âmbito da desmaterialização, desburocratização e simplificação de processos neste contexto, bem como na identificação dos constrangimentos sentidos pelos médicos no ato de prescrever na PEM, na sequência

desta necessária adaptação, com o objetivo de responder, de forma adequada, às suas necessidades em contexto prático bem como às manifestadas, também, pelos seus utentes neste âmbito.

Deste trabalho conjunto, foram realizadas ações formativas, dirigidas aos médicos prescritores do SNS bem como introduzidas medidas corretivas na PEM, para solucionar os constrangimentos identificados, de forma a facilitar e agilizar o ato de prescrever, tornando o processo mais simples, prático e seguro.

Desta forma, a operacionalização das alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023, de 17 de agosto, na Prescrição Eletrónica Médica, tornou-se um processo de melhoria continua da qualidade, partilhado entre a DE-SNS, os SPMS, os médicos prescritores do SNS, que diariamente utilizam a PEM na sua atividade assistencial e os seus utentes.

Foram realizados 5 *webinars*, um de enquadramento teórico e quatro sessões práticas, centrados nas alterações introduzidas pela legislação na PEM, destinados aos médicos de família e hospitalares do SNS, com o objetivo de esclarecer dúvidas, clarificar o enquadramento e as alterações centradas na validade das receitas, sugestão do cálculo de embalagens, consulta de histórico, notas terapêuticas, entre outras questões.

As sessões práticas, preparadas com base nos contributos partilhados pelos Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS/ULS, de forma a serem direcionadas aos reais problemas do “terreno”, tiveram como oradores dois médicos de família do grupo de trabalho, por ter sido considerado que seria mais fácil transmitir a informação e esclarecer dúvidas, sendo pelos pares.

Das questões que iam sendo colocadas por escrito, pelos médicos que assistiam aos *webinars*, algumas eram respondidas na respetiva sessão, outras eram analisadas posteriormente pelo grupo de trabalho, permitindo introduzir melhorias na aplicação PEM que viessem a dar resposta aos constrangimentos identificados. Cada *webinar* tornou-se, assim, um momento de partilha e de aprendizagem partilhada entre todos.

Os *webinars* estão disponíveis para consulta no portal dos SPMS, em <https://www.spms.min-saude.pt/2023/12/pem-alteracoes-da-portaria-n-o-263-2023-esclarecidas-em-webinars/>:

- › PEM – Alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023. Enquadramento e Esclarecimentos. Validade das receitas; sugestão do cálculo de embalagens; consulta do histórico; notas terapêuticas; dúvidas e esclarecimentos. Realizado no dia 13 de novembro de 2023;
- › PEM – Alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023. Sessão Prática 1. Enquadramento da medida da medicação crónica; melhorias a implementar na PEM; exemplos práticos de prescrição. Realizado no dia 23 de novembro de 2023;
- › PEM – Alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023. Sessão Prática 2. Apresentação da funcionalidade de “Esquemas Terapêuticos”. Realizado no dia 30 de novembro de 2023;

- › PEM – Alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023. Sessão Prática 3. Medicação Habitual: melhorias na sincronização da posologia. Realizado no dia 07 de dezembro de 2023;
- › PEM – Alterações introduzidas pela Portaria n.º 263/2023. Sessão Prática 4. Módulo de Medicação Crónica e Esquemas Terapêuticos. Realizado no dia 01 de março de 2024.

8. Alargamento da vacinação sazonal, em farmácia comunitária, sem necessidade de receita médica

Projeto realizado, de forma inovadora, num trabalho conjunto e em parceria com mais de dez entidades públicas e privadas.

Resultados reconhecidos pelos profissionais e pelos utentes, pela facilidade, melhoria do acesso e satisfação pelos resultados obtidos, permitindo a manutenção dos elevados índices de adesão à vacinação, que sempre caracterizaram a população portuguesa.

Processo descrito noutro capítulo.

9. Agendamento de consultas nos cuidados de saúde primários via SNS24

Processo já implementado, nomeadamente no âmbito do projeto 'Ligue Antes, Salve Vidas'.

10. Rastreios oncológicos integrados com os sistemas de informação dos CSP

Em fase de trabalhos preparatórios, na identificação dos processos-chave a serem alterados, pelo Grupo de Trabalho dedicado aos Rastreios, da DE-SNS, em colaboração com os SPMS – prazo para a sua conclusão: 31 de dezembro de 2024.

11. Acesso aos resultados dos MCDT realizados em serviços públicos, privados ou sociais

Pretende-se que um médico que esteja a trabalhar no SNS, numa instituição privada ou social, possa ter acesso aos MCDT que o utente realizou em qualquer instituição (pública, privada ou social), evitando repetições, com custos e impactos clínicos.

Em fase de trabalhos com os SPMS e com entidades privadas, no sentido de identificar os processos e a sua execução; projeto no âmbito do PRR – prazo para a sua conclusão (incluindo acesso aos relatórios de exames imagiológicos): 31 de dezembro de 2024.

12. Centros de avaliação medica e psicológica para a emissão de atestados de robustez física e psíquica

A avaliação médica dirigida à revalidação de carta de condução é um processo que ocupa recursos em saúde, implicando equipas multidisciplinares, muitas vezes com multiplicação de consultas médicas de várias especialidades.

É ainda um fator de potencial conflito deontológico, interferindo com a relação médico – utente, podendo criar até constrangimentos no seguimento dos utentes ao longo do seu ciclo de vida.

O mesmo se aplica a outro tipo de atestados, como os emitidos para licença de uso e porte de arma, carta de caçador, carta para pesca desportiva, etc.

Os Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) contemplam o atendimento de utentes com vista à obtenção de atestados médicos para a renovação da carta de condução, assim como para caçador, uso e porte de arma, desportista náutico, respeitando os pressupostos legais.

Permitem, desta forma, direcionar o Médico de Família para a prestação de cuidados de saúde à população, retirando da sua atividade clínica a responsabilidade de emissão de atestados médicos para obtenção ou revalidação das cartas de condução bem como garantir à população equidade no acesso à emissão de atestados médicos com rigor, qualidade e segurança, por profissionais com competência técnica para o efeito.

Neste sentido, foram implementados dois projetos-piloto, resultantes de um trabalho conjunto entre a DE-SNS e as Unidades Locais de Saúde do Alto Minho e de Matosinhos, com início de atividade em junho de 2023.

A escolha pelo modelo ULS para implementação dos projetos-piloto prende-se com o facto de demonstrar ter vantagens por ser um modelo organizacional e de gestão facilitador da implementação de projetos de proximidade à população, que implicam a integração de cuidados, permitindo a agilidade e simplificação de processos e a otimização de recursos.

A fase do projeto-piloto em que se encontram os dois CAMP implica a monitorização contínua do número de atestados médicos e do número de consultas realizadas no CAMP, do seu tempo de espera para consulta e da satisfação dos utentes e profissionais, de análise de custo benefício, bem como a aferição de procedimentos e introdução de medidas corretivas se necessário, durante um período de 12 meses, com elaboração de relatórios intercalares (mensais, semestrais e de um relatório final).

Após este período de monitorização, irão ser avaliados os resultados e ponderada a viabilidade do projeto-piloto ser consolidado, para poder ser alargado de forma sustentável a todas as ULS do país.

Ambos os CAMP já elaboraram um relatório preliminar relativo aos 10 meses de atividade, em complemento aos relatórios intercalares anteriormente apresentados.

Recursos Humanos afetos ao CAMP

- No CAMP Viana do Castelo – ULSAM estão afetos 1 Médico de Família, 1 Médico de Saúde Pública e 1 TSDT de Ortopédia (partilhada com o serviço de oftalmologia), garantindo, inicialmente, um atendimento de 8 horas por semana, que foi alargado, a partir de outubro de 2023, para um total de 16 horas por semana. O apoio de secretariado é um recurso partilhado com os serviços que funcionam nas mesmas instalações.
- No CAMP – ULSM estão afetos 23 Médicos de Família e 2 Secretários Clínicos, que cumprem uma escala de serviço que garante um atendimento de 60 horas por semana; este CAMP tem, ainda, 1 TSDT de Ortopédia.

Tipo de atestado que pode ser obtido no CAMP

Em ambos os CAMP podem ser obtidos atestados para renovação de cartas de condução (Grupo 1 e Grupo 2), atestados de robustez para caçador, para a concessão de licença de uso e porte de arma e para desportista náutico.

Atividade realizada no CAMP (número de consultas e atestados emitidos)

- No CAMP Viana do Castelo – ULSAM foram realizadas 731 consultas para emissão de atestados para renovação de cartas de condução e licenças de uso e porte de arma.
- No CAMP – ULSM foram realizadas 4556 consultas no CAMP. Os atestados para renovação de carta de condução (grupo I e grupo II) são a grande maioria dos atestados emitidos, representando 99,50% do total de atestados emitidos, sendo

residual a emissão de atestados para carta de caçador, desporto náutico e uso e porte de arma.

Tempo de espera para consulta

O tempo médio de espera desde o pedido de um atestado num destes centros até à realização da respetiva consulta é de 10 dias para o CAMP – ULSM e de 2-3 semanas para o CAMP Viana do Castelo – ULSAM.

Formas de efetuar o pedido de atestado

- Em ambos os CAMP, o utente pode pedir o atestado na unidade de saúde onde está inscrito, presencialmente ou por contacto telefónico, que faz o agendamento no CAMP e informa o utente.
- No CAMP – ULSM, o utente pode, ainda, pedir o atestado pelo Portal do Utente da ULS Matosinhos, recebendo a data do agendamento.
- Encontra-se em desenvolvimento pelos SPMS a possibilidade de este ser feito através do Portal do Utente do SNS.

Satisfação dos utentes e profissionais

Em ambos os CAMP, verifica-se um elevado nível de satisfação dos utentes (sem reclamações quer no CAMP, quer nas unidades de saúde após a criação do CAMP) bem como um elevado nível de satisfação dos profissionais, tanto os que realizam atividade no CAMP, como os médicos de família que deixam de ter que realizar esta atividade.

Forças/Oportunidades

- Mais equidade no acesso; rapidez de resposta; elevado nível de satisfação dos utentes; elevado nível de satisfação dos profissionais; retirar esta atividade das unidades de saúde, permite que as equipas se foquem em melhorar a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.
- O CAMP – ULSM considerou, ainda, a baixa dispersão geográfica do concelho de Matosinhos, uma vez que facilita a concentração da atividade num só local.
- Ambos os CAMP consideraram esta experiência como uma oportunidade para a criação de um serviço isento, especializado, passível de ser auditado, melhorando a qualidade e capacidade de monitorização do processo.

Fraquezas/Ameaças

- Realização da atividade dependente da disponibilidade dos médicos; escassez de recursos médicos.
- O CAMP Viana do Castelo – ULSAM considerou, ainda, que dada a grande dispersão geográfica do distrito, com 10 concelhos, a existência de um único polo pode constituir fator impeditivo para uma resposta equitativa e adequada, pelo que está a equacionar a criação de um segundo polo do CAMP, noutra concelho do distrito de Viana do Castelo.

Investir na Prevenção

Campanha de Vacinação Sazonal

Objetivos estratégicos

No contexto do processo de gestão da mudança do paradigma dos planos de vacinação sazonal, foram diversos os desafios que se colocaram à DE-SNS e aos restantes parceiros, essenciais a esta iniciativa inovadora.

Um desses desafios era o de contrariar as previsões internacionais que antecipavam diminuições importantes das taxas de cobertura vacinal, por motivos dos fenómenos globais de hesitação vacinal e diminuição do sentimento de risco, consequente da declaração de fim da pandemia pela COVID-19. Nesse sentido, um investimento sério no aumento da acessibilidade e da comodidade no processo da vacinação, através da inclusão da rede de farmácias comunitárias, que conferiam proximidade e segurança, foi a estratégia selecionada.

Com a declaração do fim da pandemia pela COVID-19, importava recuperar por completo a gestão do processo vacinal pelas instituições do Ministério da Saúde. Num contexto de escassez de recursos humanos essenciais à prestação de cuidados de saúde, seria importante encontrar soluções que não fizessem o processo de vacinação sazonal depender dos recursos a horas extraordinárias ou à contratação de prestação de serviços. A parceria estratégica estabelecida com as associações de farmácias comunitárias permitiria endereçar não só esse desafio, mas também libertar as equipas dos CSP para a realização de outras tarefas na prestação de cuidados aos utentes.

O estabelecimento de sistemas de informação que permitissem garantir os fluxos de informação necessários a uma adequada implementação e monitorização do novo modelo de organização previsto apresentou-se não só como uma necessidade, mas também como uma prioridade desde o início desta iniciativa de inovação organizacional.

Antecipava-se que o período de transição da organização das instituições do SNS para o modelo de ULS, sobreponível à campanha de vacinação sazonal, implicasse um acompanhamento próximo e constante da DE-SNS.

Abordagem

Foi ainda durante o primeiro trimestre de 2023, que se iniciaram as discussões com vista ao planeamento e definição de metas para a Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2023-2024 contra a gripe e a COVID-19, sob a coordenação operacional da DE-SNS.

Foram envolvidos, também de forma inovadora e complexa, doze parceiros, públicos e privados, nomeadamente a DE-SNS, a DGS, os SPMS, o Infarmed, a SUCH, a ACSS, o INSA, a Ordem dos Farmacêuticos, a ANF, a AFP, e os distribuidores farmacêuticos -

ADIFA e GROQUIFAR. A articulação e a auscultação constante deste número alargado de instituições no planeamento do processo representaram, por si só, um desafio complexo de gestão para a DE-SNS.

No âmbito do contexto legal, ainda em março, por via do Despacho n.º 2819/2023, de 1 de março, a Sra. Secretária de Estado da Promoção da Saúde, à data, determinou que a vacina contra a gripe sazonal seria gratuita, na época 2023/2024, para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, bem como para outros grupos-alvo prioritários, definidos em norma da DGS, sendo mais tarde alargada para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, através do disposto no Despacho n.º 8731/2023, de 29 de agosto.

Os resultados do profícuo e intenso trabalho deste grupo de parceiros, estiveram na base da publicação pelo Sr. Ministro da Saúde da Portaria n.º 264/2023, de 17 de agosto, que estabeleceu o modelo de funcionamento da Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2023-2024 contra a gripe e contra a COVID-19 em farmácias comunitárias, com o objetivo de assegurar elevados padrões de eficiência e efetividade, e respetivos ganhos em saúde.

Como referido na portaria acima mencionada, a experiência prévia da vacinação nas farmácias comunitárias com o contingente de vacinas do SNS, demonstrou vantagens para que a vacinação decorresse de forma mais rápida, o que permitiu atingir, num período mais curto, a proteção populacional. A portaria identifica ainda a distribuição geográfica e o horário de funcionamento das farmácias comunitárias como pontos importantes para permitir maior comodidade para os utentes. Adicionalmente, para o próprio SNS, esta possibilidade de alargamento da vacinação às farmácias comunitárias via-se como algo positivo, por permitir que os serviços de saúde pudessem reafectar os seus recursos para outras ações, no âmbito da vacinação e de acompanhamento dos utentes.

Entre outras responsabilidades, a portaria define que a DGS e a DE-SNS asseguram a avaliação e monitorização do processo, em colaboração com os demais serviços do Ministério da Saúde, as associações representativas das farmácias e dos distribuidores por grosso, nomeadamente no que se refere à capacidade de administração de vacinas nas farmácias comunitárias, face às metas de vacinação definidas pela DE-SNS e DGS. Define ainda que a SPMS deve planear as campanhas de comunicação, em articulação com a DE-SNS, no que respeita às dimensões operacionais.

A colaboração entre as diferentes entidades referidas anteriormente, foi definida por via de uma orientação conjunta emitida pela DE-SNS, a DGS, o INFARMED, os SPMS, o SUCH, a ACSS, a ANF, a AFP, a ADIFA e a GROQUIFAR. Esta orientação, definiu o Grupo Operacional da Vacinação Sazonal, em duas modalidades, a saber: uma mais alargada, com as lideranças de todas as instituições envolvidas e uma mais operacional, que agregava representantes da DGS, DE-SNS, SPMS, Infarmed, SUCH, ANF e AFP e posteriormente também dos representantes da ADIFA e GROQUIFAR.

Ainda na fase de planeamento, no primeiro trimestre de 2023 foram desenhados cenários, por parte da DGS, para a campanha vacinal com base no histórico e nas tendências internacionais. A essa data, de acordo com a DGS, relativamente à COVID-19 *"tendo como pressuposto uma cobertura vacinal estimada de 72,7%, valor da vacinação obtida na campanha de vacinação do Outono-Inverno de 2022-2023 contra a COVID-19, esperava-se que a campanha deste ano alcançasse uma cobertura vacinal estimada entre 52% e 72,7, devido a eventual diminuição da perceção de risco associado à COVID-19. Relativamente à Gripe, tendo como pressuposto uma cobertura vacinal estimada de 74%, valor da vacinação obtida na campanha de vacinação do Outono-Inverno de 2022-2023 contra a gripe, esperava-se que a campanha deste ano alcançasse uma cobertura vacinal estimada entre 51% e 74%. O valor do melhor cenário seria ainda abaixo dos 75%, meta recomendada pela OMS para adultos (≥ 65 anos) e grupos de risco"*. Assim sendo, antecipava-se uma quebra potencial dos níveis de cobertura vacinal anteriores, devido a um fenómeno descrito internacionalmente de diminuição da perceção de risco associado à COVID-19. Este fenómeno teria um impacto em ambas as dimensões, quer na vacinação contra a COVID-19, quer contra a gripe.

Um dos principais desafios identificados foi o aumento da acessibilidade à população. No que diz respeito às farmácias comunitárias, a 28 de setembro de 2023, data de início efetivo da vacinação, existiam 2 454 farmácias aderentes à campanha de vacinação sazonal outono-inverno 2023-2024 (gripe e COVID-19), num total de 2 802 farmácias existentes em Portugal Continental. A lista foi sendo atualizada ao longo da época, sendo que, no final da época, encontravam-se identificadas no site do INFARMED, 2 491 farmácias. Ao nível das unidades do SNS, passou-se dos cerca de 700 pontos de vacinação para mais de 1 000, fruto da inclusão de praticamente todas as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas e Unidades de Saúde Familiar nos pontos de vacinação, em substituição dos antigos Centros de Vacinação COVID-19.

Importa ainda destacar o alargamento das faixas etárias incluídas na vacinação gratuita contra a gripe, passando também a abranger as idades dos 60 aos 64 anos, aumentando assim a acessibilidade da vacinação gratuita para mais de 600 mil portugueses. Este aumento implicou um conjunto de alterações aos planos iniciais, que tiveram resposta atempada por parte do SNS e das suas instituições, para a obtenção das doses adicionais necessárias de vacinas.

Uma das formas usadas para contrariar a hesitação vacinal que se antecipava, para além do aumento do acesso e comodidade, já referidos, foi o planeamento de uma estratégia sólida na área da comunicação, com um projeto disruptivo e inovador.

Tratou-se da primeira de um conjunto de três campanhas que visavam uniformizar a comunicação da saúde como um todo, partindo do princípio de que há uma tendência para a crítica do que é feito. Almejou-se desconstruir esse estereótipo, através do humor e de uma personagem comum a todas as campanhas, Carlos Vidal, médico e humorista. A campanha pretendeu mostrar que, passo a passo, estavam a ser tomadas medidas para melhorar a saúde em Portugal. É com base nesta mensagem que se pretendeu apresentar

a oferta disponível que o SNS tem relativamente à questão da vacinação, bem como responder a alguns comportamentos típicos e pensamentos redutores dos portugueses quando falam do SNS. A linguagem humorística foi utilizada para a desmistificação das ideias generalizadas da população relativamente ao SNS. A campanha começou desde logo nos meios digitais das instituições do SNS (vídeo, *banners*, *post* e outros materiais para as redes sociais) desde o dia 29 de setembro. A partir da semana 42, de forma programada, de acordo com a evolução da campanha, começou também o uso de plataformas externas ao SNS, nomeadamente televisão, rádio, entre outros.



Em relação à comunicação mais individualizada por meios automatizados, é de sublinhar a utilização do envio de SMS à população no âmbito da campanha de vacinação. No início de outubro ocorreram os primeiros envios de mensagens SMS a apelar à vacinação sazonal. No contexto da primeira vaga de envio de mensagens SMS, 318.846 mensagens de texto foram enviadas com sucesso, para doentes crónicos elegíveis abaixo de 60 anos e a partir de 60 anos sem histórico de vacina de mRNA, nos termos da Norma da DGS, a apelar à vacinação nas unidades do SNS.

Posteriormente foram remetidas mensagens com estímulo à vacinação dos utentes que poderiam escolher uma farmácia comunitária para a sua vacinação. Foram enviadas com sucesso 454.131 SMS para utentes com idade igual ou superior a 80 anos, 696.500 SMS para utentes com 70-79 anos, e 939.799 SMS para utentes com idade entre os 60 e 69 anos.

Ao longo da campanha foram sendo enviadas mensagens recordatórias aos utentes que não tivessem sido vacinados para pelo menos uma das duas vacinas. De forma geral, houve sempre uma perceção por parte dos serviços do SNS e da ANF e APF que o envio de mensagens SMS surtiu efeito no estímulo à procura de vacinação por parte da população.

No que diz respeito à organização do SNS, após a definição do modelo de governação do conjunto dos parceiros, iniciaram-se esforços de organização interna ao SNS. Assim, decorreram reuniões periódicas com as ARS, de forma a partilhar alguns dos princípios planeados para esta campanha de vacinação sazonal. Foi ainda pedido que nomeassem um coordenador regional da vacinação sazonal, mediante a estratégia que considerassem mais adequada à sua realidade regional.

Um dos princípios que a DE-SNS manteve ao longo da campanha e nas decisões a tomar foi assegurar a organização intra-SNS, com base numa rede de responsáveis no nível nacional, regional e local, incidindo particularmente numa capacidade de flexibilidade e adaptação às realidades locais. Foram ainda partilhadas informações sobre os cenários desenhados pela DGS para a vacinação durante a campanha e o que se esperava da atualização das normas de vacinação da DGS para a Gripe e para a COVID-19.

Foi também articulado com as equipas regionais balanços, de forma periódica, com todas as equipas locais, de forma a identificar questões que necessitassem de esclarecimentos ou resolução.

De forma adicional foi ainda organizado, com o apoio da equipa da SPMS, *webinar* para esclarecimentos de questões, que ficavam disponíveis para consulta pelos profissionais. Fruto dos vários esclarecimentos que foram partilhados nas reuniões com as equipas locais, foram efetuados resumos das informações gerais a partilhar com as equipas locais, dos quais se destacaram:

- › Princípios gerais e data de início da Campanha de Vacinação Sazonal;
- › Organização da Campanha de Vacinação Sazonal;
- › Comunicação sobre a Campanha de Vacinação Sazonal;
- › A vacinação nas farmácias;
- › A vacinação nas unidades do SNS;
- › A vacinação pelos profissionais do SNS fora das unidades do SNS;
- › A vacinação pelos profissionais do SNS de elegíveis de outras instituições;
- › Informação adicional sobre as vacinas a usar e sobre a vacinação;
- › Objetivo, monitorização e mudanças de estratégias.

Relativamente aos princípios gerais, aproveitando uma estratégia mais abrangente por parte da DE-SNS de aumento de acesso, desburocratização e simplificação de processos para os utentes, far-se-ia uso de uma ampla colaboração com as farmácias comunitárias. Apesar da mudança de paradigma, os princípios orientadores das campanhas de vacinação permaneceram constantes.

Do mesmo modo, em termos organizacionais e de procedimentos internos ao SNS, seria intenção da DE-SNS garantir estabilidade com base no que aconteceu no ano anterior, na generalidade das situações. O princípio geral seria tentar providenciar a maior flexibilidade possível para adaptação de estratégias a nível local, de forma a podermos ser o mais efetivos possível.

A campanha de vacinação sazonal teve início no dia 29 de setembro.

Após a publicação da Portaria n.º 264/2023, de 17 de agosto, que estabeleceu o modelo de funcionamento da Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2023-2024 contra a gripe e contra a COVID-19 em farmácias comunitárias, foi publicada a Orientação Conjunta da DGS e das principais entidades envolvidas neste processo, com

detalhes do novo modelo organizacional. De forma genérica, foi constituído um Grupo Operacional de Vacinação Sazonal (GOVS) com dois modos de funcionamento: um mais alargado, de organização estratégica (envolvendo representantes da DE-SNS e coordenadores regionais de vacinação) e um mais restrito, com foco expressamente operacional.

No contexto da rede SNS, foram definidos coordenadores regionais e coordenadores locais de Vacinação Sazonal, que foram apoiados por equipas.

Conforme o publicado na Norma 005/2023 da DGS, relativa à Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2023-2024, cerca de 80% da população elegível para vacinação poderia vacinar-se em contexto de farmácia comunitária. Em termos gerais, a população com 60 ou mais anos independentemente de comorbilidades e sem histórico de reações alérgicas, poderia ser vacinada contra a COVID-19 e contra a Gripe, em simultâneo. Para tal, só teriam de apresentar o cartão de cidadão, de forma a identificar o utente e comprovar a sua idade, numa farmácia aderente.

O processo de adesão à campanha de vacinação por parte das farmácias comunitárias evoluiu de forma faseada durante as semanas anteriores ao início da campanha de vacinação sazonal. A lista de farmácias aderentes foi disponibilizada à consulta pela população geral no website do Infarmed, tendo atingido o total superior a 2.400.

A população pôde ainda fazer uso da plataforma de agendamento em linha, disponibilizada no portal das farmácias portuguesas. De forma a maximizar a sua capacidade de captação, uma percentagem considerável das farmácias aderentes, alargaram o seu horário de funcionamento. O Infarmed esteve envolvido nos processos de autorização necessários.

Face ao alargamento da vacinação em contexto de farmácia, ocorreram também várias ações para garantir a formação necessária a todos os níveis do processo, incluindo a preparação da resposta a eventuais reações anafiláticas.

Nesse contexto, foi preconizado o preenchimento de um questionário prévio à vacinação para identificar precauções ou contraindicações antes da administração de vacinas aos utentes. Este processo apoiou também a validação da elegibilidade de vacinação no contexto de farmácia comunitária. Sempre que identificada alguma contraindicação, o utente foi referenciado para uma unidade do SNS. Este processo de articulação foi desenvolvido em estreita colaboração com as coordenações regionais de vacinação.

Também a nível de sistemas de informação, e mediante todos os desenvolvimentos e transformações desenvolvidas pelos SPMS, as farmácias puderam consultar o estado vacinal dos utentes e tiveram a capacidade de registar e consultar esses registos de vacinação por via da Plataforma eVACINAS. A importância do registo em tempo real foi sublinhada repetidamente junto de todos os parceiros envolvidos neste processo de forma a evitar constrangimentos informáticos.

A vacinação a ocorrer por via das respostas internas ao SNS (cuidados de saúde primários e hospitalares) focou-se sobretudo a utentes elegíveis abaixo de 60 anos com patologias

de risco, profissionais de saúde e populações elegíveis por contextos específicos (ERPI, RNCCI, mais de 60 anos internados ou em contexto domiciliário, entre outros). Como explanado na Norma 005/2023 da DGS, foi também necessário vacinar no contexto do SNS os indivíduos com mais de 60 anos que não tinham histórico de vacinação com vacinas de mRNA. Nesse contexto, foi realizado um *webinar* em colaboração com a SPMS para esclarecer dúvidas da rede de Coordenadores de Vacinação Sazonal quanto às ferramentas do SClínico para a vacinação.

Da parte da DE-SNS, os representantes locais, em articulação com os respetivos coordenadores regionais, foram instruídos a adotar as estratégias de organização que considerassem mais efetivas, mediante as condicionantes específicas de cada região.

Pretendeu-se que a informação de utentes a vacinar estivesse disponível no SClínico e que a gestão das convocatórias a fazer ocorresse também por essa via. À semelhança da campanha anterior, foram efetuados o mapeamento entre as listas de inscritos de cada unidade e os locais de vacinação disponíveis.

Nos locais onde se identificou, antes ou durante o processo vacinal, capacidade limitada ou inexistente de resposta por parte das farmácias, o SNS a internalizou a vacinação de todos os cidadãos elegíveis.

Quanto à distribuição de vacinas, a mesma ocorreu de forma faseada, tendo em conta o calendário de distribuição de doses de vacinas ao nosso país. Pretendeu-se garantir que, ao longo das semanas fosse disponibilizada uma proporção do total das vacinas previstas às diferentes instituições envolvidas.

No caso específico dos hospitais, que tiveram de vacinar os seus profissionais, doentes elegíveis internados e outros utentes com histórico de reação alérgica grave, também foi previsto o início da vacinação a 29 de setembro de 2023. Em relação às instituições hospitalares definiu-se uma continuidade do que tinha vindo a ocorrer nos anos anteriores, nomeadamente no que concerne a articulação direta com o SUCH no contexto das requisições de doses de vacina e entregas.

Conforme as normas e práticas habituais, para além das ERPI/RNCCI, outras instituições residenciais foram incluídas nestes esforços vacinais fora das unidades do SNS, nomeadamente: casas de acolhimento ou residência de crianças e jovens, e de pessoas com deficiências, independentemente da idade, e respetivos profissionais.

Os residentes em ERPI ≥ 60 anos de idade foram preferencialmente vacinados com a vacina contra a gripe de alta dose. A Norma publicada pela DGS, referente à vacinação contra a COVID-19 e a Norma a publicada referente à vacinação contra a Gripe, forneceram informação em maior detalhe neste contexto. Também neste âmbito a DE-SNS privilegiou a autonomia das equipas do terreno com vista à adoção de estratégias que pudessem ser mais efetivas.

Relativamente à vacinação de outras instituições, tais como estabelecimentos prisionais, hospitais privados ou clínicas de diálise, o processo de articulação foi liderado pela DGS, mediante a identificação da necessidade de colaboração com as unidades do SNS por

essas estruturas externas. Cada solicitação de colaboração do SNS desencadeou a devida articulação com as coordenações regionais respetivas.

Foi realizada uma monitorização com cadência inicialmente bidiária, e posteriormente semanal, por parte do GOVS. Tendo em conta esta nova abordagem, foram devidamente previstos e ativados cenários de contingência e respetivos planos, tendo sido ativado processo de internalização do processo vacinal no SNS, nas regiões e casos em que a baixa adesão evidenciou incapacidade ou desajuste da resposta prestada pelas farmácias comunitárias, face às contingências e determinantes locais.

No que diz respeito aos sistemas de informação, importa destacar alguns temas de maior relevo. Como referido anteriormente, ocorreu um aumento muito importante de pontos de vacinação, assim como a alteração dos CVC existentes.

No âmbito dos sistemas de informação esta alteração implicou um esforço importante de toda a rede de coordenadores da vacinação sazonal e da equipa da SPMS, que também teve de dar apoio aos profissionais nas farmácias comunitárias e todas as suas solicitações.

Resultados Preliminares

A implementação da abordagem acima referida, em alinhamento com as melhores recomendações internacionais, permitiu manter a ambição de cobertura vacinal que caracterizou a sociedade portuguesa ao longo das últimas décadas e contrariar a tendência de redução de cobertura no âmbito da gripe, apesar de ter sido evidente a fadiga vacinal da COVID-19.

A disponibilização de um investimento, especificamente dedicado a uma campanha de vacinação sazonal obteve mais de 200 *spots* televisivos, 400 *spots* de rádio nacionais, regionais e locais, mais de 750 *outdoors* em todos os distritos de Portugal Continental e quase 3,7 milhões de visualizações nas redes sociais.

No que se relaciona à acessibilidade, a estratégia de aumento de pontos de vacinação, com a inclusão das farmácias comunitárias, permitiu aumentar quer a disponibilidade física, quer a proximidade geográfica para todos os cidadãos a vacinar, passando de um número anterior de 700 pontos de vacinação para mais de 3.000. Tal representa um aumento de mais de 300%. A parceria estabelecida com as farmácias comunitárias permitiu ajustar os agendamentos de vacinação às preferências dos cidadãos, aumentando a liberdade de escolha, com horários de funcionamento alargados. Com esta maior diversidade de pontos de vacinação foi também possível terminar com as longas filas para o processo de vacinação, através de um processo de planeamento mais cómodo para os cidadãos, e mais económico para o Estado.

Antes de se endereçar de forma específica os dados mais atuais, importa também destacar alguns momentos do início da campanha que poderão ser importantes para a próxima campanha. Isto porque, com um maior número de pontos vacinais foi possível

que nesta campanha se vacinasse com uma magnitude que nunca antes foi observada em campanhas anteriores, mesmo com Centros Vacinação COVID19 (CVC) com investimentos muito importantes. Se considerarmos a vacinação contra a Gripe, durante três semanas ultrapassámos o máximo de resposta da campanha anterior. Na campanha anterior, o máximo de vacinação contra a gripe numa semana foi de cerca de 212 mil administrações. Nesta campanha, da segunda à quarta semana de campanha, as administrações de vacinas foram superiores a esse valor, tendo chegado a 309 mil na terceira semana de campanha.

Destacam-se agora alguns dos dados provisórios disponibilizados pela DGS, referentes a 31 de março de 2023:

Em termos de vacinação cumulativa, foram administradas até dia 31/03/2024, um total de 1.990.843 vacinas contra a COVID-19 (69% ao nível das farmácias e 31% ao nível do SNS) e 2.493.596 vacinas contra a gripe (70% ao nível das farmácias e 30% ao nível do SNS).

No grupo etário de pessoas com 60 ou mais anos de idade, foram vacinadas 1.991.429 pessoas contra a gripe e 1.686.621 pessoas contra a COVID-19. Estes valores representam uma cobertura vacinal de 66,26% e 56,12%, respetivamente.

No entanto, se considerarmos apenas os elegíveis com 65 ou mais anos de idade, a diferença em relação à época anterior é de cerca de 1 décimo de ponto percentual, o que se considera sobreponível. E, naturalmente, a cobertura vacinal para os elegíveis com 60 anos ou mais é superior à do ano passado. A cobertura este ano deverá ser também superior à do ano passado na faixa etária dos 80 anos ou mais e nos utentes com menos de 60 anos. Nas faixas etárias de 70-79 anos e nos 65-69 anos as coberturas devem ficar sobreponíveis em relação ao ano passado.

Fazendo uso de outros mecanismos de comparação, assinalamos o estudo do Vacinómetro. No contexto português, este estudo apontava, em meados de dezembro, que 73,4% dos portugueses com idade igual ou superior a 65 já teriam sido vacinados contra a gripe. Comparando os resultados deste estudo com os resultados do seu homólogo em Espanha, apenas três regiões espanholas apresentavam resultados alinhados com os obtidos em Portugal continental.

Estas conquistas são particularmente evidentes no que concerne a vacinação contra a gripe, em que, à data de hoje, considerando o alargamento da elegibilidade para vacinação gratuita para a população entre 60 e 64 anos de idade, que não se verificava no ano anterior considerada desde o início da campanha, foi ultrapassada a cobertura vacinal de toda a população com mais de 60 anos da campanha anterior.

Por último, mas não menos importante, destaca-se que a promoção de um estudo de satisfação da população sobre o modelo atual da campanha vacinal por parte da ANF, revelou que 95% dos portugueses concordam com o alargamento da vacinação às farmácias comunitárias.

Segundo o mesmo estudo, a proximidade e a rapidez são os principais motivos apontados para escolha da farmácia como local de vacinação. E cerca de 9 em cada 10 participantes, mais de 85% das pessoas vacinados em outro local que não a farmácia (centro de saúde, local de trabalho, casa ou outro), referiram que também aceitariam ser vacinados na farmácia.

No geral, a média de satisfação reportada foi de 4,77 na vacinação contra a gripe, e de 4,76 na vacinação contra a COVID-19 (numa escala de 1 a 5). De salientar que a satisfação global nesta época vacinal aumentou face à época vacinal passada (2022/2023), apesar desta já recolher uma satisfação muito elevada por parte dos participantes.

Na atual época observou-se uma maior proporção de pessoas muito satisfeitas com a vacinação da gripe (77,9%) face ao ano anterior (50,7%), o que também se verificou no caso da vacinação da COVID-19 (77,4%) face ao ano anterior (47,6%). A maioria da população refere estar globalmente “Muito Satisfeita” com a experiência de vacinação, permitindo concluir que a estratégia de alargamento da campanha às farmácias comunitárias, para a população com 60 ou mais anos, cumpriu os objetivos do Ministério da Saúde de promover uma maior acessibilidade, comodidade e adesão à vacinação.

Os achados positivos que ora se salientam tornam-se, ainda, mais claros quando comparamos a as coberturas nacionais de Portugal face a alguns dos seus congéneres europeus ao longo da campanha. Ainda que um número considerável de países não tenha ainda tornado públicos os seus dados oficiais, a DE-SNS, a DGS e os seus parceiros acreditam que, terminada a Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2023-2024, e graças às medidas inovadoras nela integradas aos profissionais de saúde e aos portugueses que aderem à vacinação, Portugal continuará a manter o seu lugar cimeiro na lista de países que melhor defendem a saúde das suas populações, através do acesso à vacinação.

Próximos Passos

Destacam-se três lições principais deste processo:

- › São possíveis mudanças de grande dimensão no SNS, com ganhos de resultados;
- › Parte da população ainda precisa de ser ativamente envolvida, apesar das campanhas de comunicação;
- › A colaboração com outras entidades produziu melhores resultados, especificamente de velocidade e volume de vacinação, assim como satisfação de utentes.

Como tal, recomenda-se que, de uma forma geral as estratégias adotadas para a campanha de 2023/2024 sejam mantidas.

Considera-se da maior importância envolvimento regular das equipas de coordenação dos diferentes níveis e os profissionais do SNS, de nível local, por via de reuniões

conjuntas e regulares como ocorreu durante esta campanha e/ou por outros mecanismos que demonstrem valorização e consideração pelos profissionais do terreno.

Fruto dos constrangimentos identificados e antecipados sugere-se ainda estudar os motivos que levaram à diminuição da adesão da população à vacinação COVID-19, de forma a desenhar intervenções específicas para este problema. Das percepções das equipas locais a menor adesão à vacina contra a COVID-19 está relacionada com:

- i. Questões de desconfiança da vacina, nomeadamente, receio dos efeitos secundários, por terem tido essa experiência em doses anteriores e/ou conhecerem pessoas que reportaram ter tido reações adversas;
- ii. O facto de algumas pessoas acreditarem que a COVID-19 não é uma doença grave, tendo mais receio da vacinação do que da própria doença;
- iii. O facto de não ser recomendada a vacinação contra a COVID-19 a quem desenvolveu doença/contraiu a infeção nos 3 meses anteriores, situação que não se verifica para a vacina da gripe sazonal;
- iv. O facto de já terem feitas múltiplas doses;
- v. A percepção de algumas pessoas que alegadamente as pessoas têm piorado muito no que respeita a doenças crónicas, após a vacinação;
- vi. Receio relativamente à novidade da tecnologia usada nesta vacina.

Importa também acautelar o acesso de todos os profissionais com ação na vacinação a todas as plataformas necessárias, antes do início da campanha de vacinação. Neste contexto, deverá definir-se um processo que consiga ser célere apesar das diferenças de práticas de identificação entre ULS.

A melhoria dos sistemas de informação e monitorização da campanha de vacinação sazonal reveste-se de importância relevante, nomeadamente a capacidade de incluir mecanismos que possam ser usados no contexto de estruturas residenciais e outros grupos vulneráveis específicos. Sugere-se assim a criação/alteração de alguns indicadores desta ferramenta, possibilitando a monitorização em apreço, sem recurso a suportes de informação em ficheiros avulsos.

Sugere-se ainda que sejam averiguados eventuais pontos de melhoria identificados pela auditoria realizada às normas da vacinação sazonal.

Promoção da Literacia em Saúde

A utilização de elementos de *design* de jogos e uso de estratégias do jogo para melhorar a aprendizagem é conhecida como gamificação ou "aprendizagem gamificada".

Assim, considera-se o uso do formato de "jogo" enquanto ferramenta com grande potencial na sensibilização e aumento da literacia da população, nomeadamente da mais jovem, pois utiliza o lado lúdico do jogo, contribuindo para o aumento do conhecimento sobre uma determinada área e promovendo a mudança do comportamento.

Objetivos Estratégicos

Com vista ao aumento a Literacia em Saúde através da aplicação do jogo "Saúde em Jogo" em professores e crianças do 3º e 4º ano de escolaridade e respetivos Encarregados de Educação do 1º Ciclo do Ensino Básico, da região de Lisboa e Vale do Tejo, foi ponderado o desenvolvimento de materiais lúdicos baseados nos princípios da gamificação.

De forma a poder estabelecer boas práticas, pretendeu-se desenhar uma metodologia de avaliação deste estudo de intervenção que pudesse ser aplicada antes e depois da utilização do jogo e, dessa forma, aferir o impacto do mesmo, na mudança de comportamentos, não apenas das crianças, mas das próprias famílias.

Esse aumento de Literacia em Saúde seria quantificado através da avaliação de conhecimentos sobre as temáticas abordadas no jogo das crianças, Encarregados de Educação (EE) e professores, no momento pré intervenção e no momento pós intervenção.

Abordagem

Com o intuito de promover o aumento da literacia em saúde das crianças e jovens, foi então constituído um Grupo de Trabalho constituído por elementos da SPMS (Dra. Sandra Cardoso) que o coordena, da DGS (Professor Miguel Telo de Arriaga), do INSA (Professora Ana Rito) e do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde (Professor Gonçalo Figueiredo Augusto), à data, em articulação com a DE-SNS.

Este Grupo de Trabalho apresentou à DE-SNS uma proposta de jogo de tabuleiro para crianças – "Saúde em jogo", em que a dimensão lúdica poderia ser utilizada no âmbito da aprendizagem, nomeadamente em termos de determinantes da saúde e gestão de percursos do SNS.

Relativamente ao jogo do tabuleiro, existem várias cartas que abordam diversas temáticas na área da saúde, nomeadamente: Alimentação Saudável, Adições, Atividade Física, Violência no Ciclo de Vida, Prevenção, Saúde Oral, Saúde Mental, Medicamentos e Antibióticos, Venenos e Intoxicações e Profissões no SNS.



Quanto aos vários desafios e atividades previstas no jogo de tabuleiro, estas dividem-se em diferentes categorias: Pergunta de escolha múltipla; Desenho; Mímica, e Palavra proibida.

Em relação ao período temporal de intervenção, ela realiza-se no ano letivo 2023/2024, e compreenderá várias etapas que se propõem executar entre março e julho de 2024.

Em março de 2024, foram realizados os procedimentos iniciais e preparatórios que incluíam a confirmação da participação das escolas em LVT, com as estruturas do Ministério da Educação.

Em abril de 2024, foi realizada Formação "Jogo literacia em saúde" aos profissionais que executarão o estudo e foi criada e plataforma eletrónica para inserção de dados.

Ainda em abril de 2024, foi entregue a carta de apresentação e consentimento informado + Questionário "Saúde em Jogo" Família – momento zero, aos Encarregados de Educação.

Entre abril e maio de 2024 (momento zero) ocorreu a visita às escolas e respetiva Intervenção:

- › Recolha de Questionários “Saúde em Jogo” Família – momento zero;
- › Aplicação de Questionários “Saúde em Jogo” Professores – momento zero;
- › Aplicação de Questionários “Saúde em Jogo” crianças – momento zero;
- › Aplicação do “Jogo literacia em saúde”: entrega do jogo individual aos alunos para entrega aos EE, que acompanha carta com instruções da aplicação do Jogo em Família.

Grupo-alvo

Participam as crianças do 3º ano e 4º ano de escolaridade de escolas que participaram na 6ª ronda do estudo COSI Portugal 2021/2022, da região de LVT.

As turmas onde será aplicado o jogo são consideradas o *grupo de intervenção* e as outras turmas onde não será aplicado o jogo são consideradas o *grupo de controlo*.

Considerações éticas

O presente estudo de intervenção rege-se à luz do Regulamento Geral de Proteção de Dados, no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais. O estudo teve parecer favorável por parte do Encarregado de Proteção de Dados e da Comissão de Ética.

Os Termos de Consentimento Informado enviados aos pais/EE, estarão compreendidos numa carta dirigida às famílias das crianças das turmas participantes e compreendem a informação detalhada sobre os aspetos metodológicos, objetivos do estudo, e a forma confidencial e anónima como os dados serão tratados.

A participação no estudo é voluntária e o EE tem o direito de interromper ou desistir em qualquer momento sem qualquer consequência.

O tratamento da informação contida nas Questionários será realizado exclusivamente pela entidade responsável pelo estudo, em anonimato.

A padronização das condições do estudo será assegurada ao nível da formação dos Profissionais, dos instrumentos de avaliação utilizados e da inserção e análise de dados.

Profissionais de execução do estudo de intervenção

Os profissionais que irão implementar o estudo serão estudantes universitários da área da saúde.

Todos os profissionais foram capacitados para realizar os procedimentos da intervenção, de acordo com as instruções fornecidas nos vários momentos de formação.

Para além da aplicação das fichas, os profissionais de saúde serão responsáveis pela inserção dos dados recolhidos por si na plataforma eletrónica criada pela entidade

responsável do estudo. Durante todo o processo, os Profissionais irão garantir os princípios básicos de confidencialidade, privacidade e objetividade.

Instrumentos de avaliação

Relativamente à literacia em Saúde, das crianças, EE e professores, estes serão avaliados através de Questionários de conhecimentos designados como “Questionário Saúde em Jogo”, aplicados no início (pré-teste) e final (pós-teste) da intervenção, ao grupo participante e ao grupo controlo.

As questões são ajustadas de acordo com as temáticas abordadas no jogo, nomeadamente sobre os comportamentos saudáveis em termos de promoção da saúde e a gestão dos percursos em saúde e na doença, por exemplo através da utilização dos serviços de saúde.

O desenvolvimento do Questionário teve por base todas as temáticas abordadas nas cartas do jogo e nas consequências (serviços de saúde), num total de 45 questões: Adições (3 questões); Violência no ciclo de vida (1 questão); Alimentação saudável (2 questões); Prevenção (6 questões); Atividade física (1 questão); Saúde oral (1 questão); Saúde mental (1 questão); Medicamentos e antibióticos (3 questões); Venenos e intoxicações (1 questão); Profissões no SNS (11 questões); Serviços de Saúde: Linha SNS 24 (1 questão), INEM (2 questões), IPST (Dádiva de sangue) (1 questão), Exames complementares de diagnóstico (2 questões), Hospitais e Cuidados de Saúde Primários (5 questões), Especialidades no SNS (1 questão), e Digitalização no SNS (3 questões).

As questões foram desenvolvidas considerando as mensagens-chave principais que se pretendem transmitir, para tentar compreender se as crianças adquirem ou não esses conhecimentos.

Nos questionários tentou-se adaptar/simplificar a pergunta para que seja de acesso a crianças de 8-9 anos. Os questionários a serem aplicados aos professores e Encarregados de Educação, tiveram como base o questionário das crianças, nos quais a linguagem foi igualmente adaptada para adultos.

Resultados preliminares

A intervenção envolvendo turmas do 3º e 4º anos de escolaridade de 12 Agrupamentos de escolas dos Concelhos do Barreiro e Moita.

No total foram distribuídos mais de 1.000 jogos de tabuleiros aos alunos do 3º e 4º anos de escolaridade.

Próximos Passos

Em maio e junho de 2024, será realizada uma segunda visita às escolas, para realizar a intervenção pós-jogo.

A partir de julho de 2024, será feita a análise e avaliação dos dados recolhidos com redação do respetivo relatório. A equipa de investigação responsável do estudo validará todos os dados inseridos, das três tipologias de Questionários "Saúde em Jogo" pré e pós-intervenção (criança, EE e professor).

No final do estudo, os dados deverão ser analisados, sendo elaborado um relatório pelo "Grupo de Trabalho - Literacia em Saúde (Jogo)", com descrição das atividades desenvolvidas em cada um dos momentos da intervenção.

Será também a avaliado o impacto da implementação do Jogo, nas aprendizagens adquiridas relacionada com a literacia em Saúde, sendo esta avaliação útil para se ponderar no futuro escalar o projeto e alargamento do mesmo.

Pretende-se igualmente publicar dois artigos científicos em revistas internacionais indexadas.

Jornadas Mundiais da Juventude

A 27 de Janeiro de 2019, no final das Jornadas Mundiais da Juventude (JMJ) do Panamá, foi anunciada ao mundo a escolha de Lisboa como a próxima cidade anfitriã. Assim, a edição de 2023 das JMJ foi organizada pelo Patriarcado de Lisboa, através da Fundação JMJ Lisboa 2023. Estava inicialmente prevista uma afluência de mais de 1 milhão de jovens à cidade de Lisboa, local onde decorreriam as atividades da semana das jornadas.

O acolhimento daquele que previsivelmente seria um dos maiores eventos realizados em Portugal implicou a assunção de diversas responsabilidades e compromissos por parte de entidades da área da saúde a nível nacional, regional e local.

O previsível e progressivo aumento da afluência de cidadãos na participação em iniciativas pré-jornada, nomeadamente nos “Dias da Diocese”, desenhados para decorrer em 17 dioceses de Portugal, entre 26 e 31 de julho, e nas cerimónias oficiais a decorrerem de 1 a 6 de agosto, exigiram um reforço da capacidade de resposta dos diferentes níveis de cuidados de saúde locais e nacionais.

A atualização dos planos de contingência de todas as unidades hospitalares de cariz local, pela proximidade aos locais chave de concentração de massas durante o evento, assim como das unidades hospitalares com responsabilidades nacionais pelo seu grau de diferenciação apresentou-se enquanto fator crítico de sucesso do evento.

Além disso, o ajustamento dos processos de inscrição de cidadãos estrangeiros nas unidades do SNS, de forma a agilizá-los, assumiu-se também enquanto estratégico.

Finalmente, dada a data de realização do evento, sobreponível ao período de verão, já habitualmente caracterizado por carências importantes de recursos humanos, foi considerado enquanto desafio de primordial importância a manutenção da capacidade de resposta instalada no SNS, independentemente das circunstâncias sazonais habituais.

Abordagem

De modo a garantir uma resposta atempada, estruturada e eficaz no âmbito da saúde e da gestão dos seus recursos, e reconhecendo a pertinência do evento e dos desafios logísticos e de saúde inerentes à multiplicidade de ações relacionadas com a JMJ, foi constituída pelo Ministério de Saúde, através dos Despacho n.º 4239/2023, de 5 de abril, da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, à data, a Comissão de Gestão do Plano do Ministério da Saúde para a Jornada Mundial da Juventude 2023, com o objetivo de elaborar e acompanhar o plano de resposta do Ministério da Saúde para a JMJ 2023 e para a visita do Papa Francisco, a ter lugar durante o mês de julho e agosto de 2023, na qual se inseriu a DE-SNS, enquanto coordenadora da rede do SNS.

A comissão nomeada trabalhou no âmbito de propor medidas necessárias para a operacionalização dos objetivos de saúde e desenvolver uma planificação estruturada e específica para o evento.

Nesse enquadramento, foi necessário efetuar um levantamento das necessidades e a avaliação de risco, com a respetiva planificação de procedimentos e meios de resposta no âmbito da JMJ 2023, nos quais se incluiu: (i) o reforço e adaptação dos sistemas de vigilância epidemiológica de modo a que permitam a deteção precoce de doenças ou ocorrências com impacto potencial na saúde, antes, durante e na fase imediata após o evento, (ii) a promoção e a otimização da acessibilidade nos diferentes níveis de cuidados, assegurando a correta referência, meios de contacto e orientação de acordo com a gravidade, (iii) a consideração das situações de exceção, potencialmente com múltiplas vítimas, incluindo de natureza traumática, biológica e química, ou outra.

Para além do descrito foi necessário acautelar a abrangência das entidades presentes, incluindo dignitários, chefes de governo e chefes de Estado, nomeadamente no que diz respeito à criação de planos de contingência adaptados aos contextos socioculturais impostos.

Assim, as competências acima descritas implicaram a coordenação e acompanhamento dos diversos trabalhos e iniciativas, a articulação de atividades com várias entidades, da saúde e de outras áreas, a elaboração de plano de contingência da saúde no local e durante o evento, em articulação com os parceiros, a elaboração de uma proposta para a vigilância epidemiológica, a composição de recomendações para divulgação aos participantes, a promoção da atualização de planos de contingência dos maiores hospitais públicos nacionais (à data denominados Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Santo António e Centro Hospitalar Universitário de São João), a promoção de uma ação de formação sobre a elaboração de plano de emergência/catástrofe pré-hospitalar e hospitalar, para os responsáveis do encarregues de atualizar os respetivos planos.

Esta Comissão ficou ainda responsável por apresentar uma proposta de plano, relatórios quinzenais de acompanhamento, e o relatório de avaliação do Plano de Resposta do Ministério da Saúde que incluísse recomendações para preparação e resposta em eventos de massas futuros.

Mediante as suas atribuições legais, a DE-SNS assumiu a responsabilidade de articulação e liderança em todas as atividades relativas à resposta da rede de prestadores de cuidados de saúde do SNS.

Resultados

Os resultados do trabalho desenvolvido pela DE-SNS no âmbito da comissão organizadora das JMJ encontram-se cimentados no Plano de Resposta do Ministério da Saúde ao desafio da JMJ, publicado em maio de 2023, e no Relatório respetivo apresentado após o término das JMJ.

O plano construído assentou objetivamente (i) na elaboração de recomendações prévias dirigidas aos participantes, (ii) a planificação e coordenação das ações de apoio ao longo do país nas estruturas previstas pelas 17 Dioceses participantes na última semana de julho de 2023 e (iii) na mitigação e gestão de risco clínico durante os eventos previstos para a primeira semana de agosto de 2023.

Estes eixos foram explorados levando em conta as seguintes dimensões de ação: (i) doença médica, (ii) trauma, (iii) a situação individual e de exceção e (iv) a resposta às necessidades específicas das populações alvo - participantes nacionais e internacionais, chefes de estado e de governo, e a Sua Santidade, o Papa Francisco.

As intervenções previstas foram idealizadas e refletiram-se na aplicação de medidas que se dispuseram em janelas temporais, condicionadas pelas diferentes necessidades de cada período: tempo prévio aos eventos da última semana de julho; tempo durante os eventos da última semana de julho; tempo durante os eventos da primeira semana de agosto; e tempo após a primeira semana de agosto.

Importa referir que estas medidas foram desenhadas estrategicamente de modo a apresentarem uma atuação sinérgica e aditiva, para serem obtidos os melhores resultados. Quer-se com isto dizer que as medidas desenhadas para o período pré-jornadas não se esgotaram nem se cingiram exclusivamente a esse período, para além de terem sido essenciais ao bom decorrer das JMJ 2023, muitas delas mantiveram-se ativamente nos tempos subsequentes à sua idealização, contribuindo para a saúde de todos os que participaram no evento.

Assim o plano determinou como intervenções para o tempo prévio aos eventos da última semana de julho: ações da saúde pública, nomeadamente no que diz respeito a vistorias das condições de higiene e segurança na rede hoteleira ou de alojamento improvisado oferecido pelas dioceses – podendo estes espaços estar sob alçada de estabelecimentos escolares, Câmaras Municipais, entre outros - e de restauração; reforço e adaptação dos sistemas de vigilância epidemiológica de modo a permitirem a deteção precoce de doenças e ocorrências com impacto potencial na saúde, antes, durante e na fase imediata após os eventos; cooperação com outras entidades na divulgação de recomendações técnicas no âmbito da saúde pública; garantia de apoio clínico para os períodos de estadia dos participante nos diferentes locais, com reforço dos horários de atendimento nas unidades de saúde; otimização de meios de comunicação e articulação entre níveis de cuidados, reforçando-se e otimizando os canais de comunicação entre as diferentes entidades que integram o Sistema Integrado de Emergência Médica; o reforço da linha SNS24 e do CODU, nomeadamente com o fortalecimento da oferta em outros idiomas, especialmente Espanhol e Inglês; reforço do dispositivo da emergência pré-hospitalar, incluindo a aquisição veículos especializados, nomeadamente ambulâncias, viaturas médicas, motos, veículos de transporte de recursos humanos e materiais; reforço do dispositivo da emergência pré-hospitalar e da preparação hospitalar para a situação de exceção, incluindo a nível de hospital de campanha e de postos médicos avançados do INEM; realização de campanhas de promoção da dádiva de sangue.

No tempo durante os eventos da última semana de julho, os “Dias da Diocese”, incluindo-se a disponibilidade dos meios de socorro e prestação direta de cuidados de saúde, pelo INEM, os cuidados de saúde primários e hospitalares, na área de influência das dioceses envolvidas, o envolvimento das coordenações locais e regionais nas medidas previstas.

Durante o tempo da primeira semana de agosto as intervenções previstas basearam-se no fortalecimento das ações de saúde pública e autoridade de saúde, incluindo-se nestas as questões referentes à vigilância epidemiológica, a manutenção da disponibilidade em quantidade adequada dos meios de socorro na prestação direta de cuidados de saúde, pelo INEM, dos cuidados de saúde primários e hospitalares, e dos dispositivos de socorro nos locais dos eventos previstos no calendário oficial da JMJ, em articulação com as áreas de segurança.

Após a primeira semana de agosto, ou seja, após o fecho das atividades da JMJ, foi prevista a realização de uma análise do ocorrido, que incluiu a elaboração de recomendações para o futuro. Para além disso foi mantido o estado de alerta durante o mês de agosto face ao previsível prolongamento da estadia de muitos participantes estrangeiros.

Assim, baseando-se nestas medidas obtivemos os seguintes resultados:

No âmbito da vigilância epidemiológica foi publicado um referencial técnico e de boas práticas, com orientações emitidas pelas Autoridades de Saúde Nacional (DGS), Regionais (ARS), Locais, e articulação com estruturas de proximidade (Grupo Projeto JMJ, Fundação JMJ, Autarquias, Serviços da Proteção Civil, Dioceses) e com informação georreferenciada e atualização partilhada.

Foram realizadas de mais de 150 visitas técnicas aos recintos dos principais eventos JMJ 2023, pelas Autoridades de Saúde e Equipas de Saúde Pública, mais de 700 vistorias aos locais de alojamento coletivos temporários e cerca de 500 vistorias a estabelecimentos comerciais com risco inerente à segurança alimentar, foram elaborados relatórios diários de vigilância epidemiológica na publicação Reunião sobre Observações, Notícias, Dados e Alertas (RONDA), sob coordenação do Centro de Emergências em Saúde Pública (CESP/DGS) e através do SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, com integração de dados no âmbito internacional com o Sistema Europeu de Vigilância Epidemiológica (TESSy), garantindo a monitorização do estado de saúde da população, determinando o risco de transmissão das doenças vigiadas e prevenindo a sua entrada ou propagação em território nacional, e, por fim, foi reforçada a Rede Nacional de Vigilância de Vetores (REVIVE) sob a coordenação do INSA, com a instalação de 24 armadilhas em locais de proximidade aos eventos centrais, o que permitiu identificar atempadamente espécies portadoras de agentes patogénicos para adoção de medidas de prevenção, de controlo da densidade dos vetores.

No que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, foi realizado um *webinar* pré-evento sobre a importância dos Centros de Contato (SNS 24; 112; Linha de Apoio Migrante/Serviço de Tradução Telefónico) em articulação com o Alto Comissariado das

Migrações (ACM) com a participação de mais de 500 elementos de entidades da saúde, sociais, diocesanas e estruturas regionais e locais de apoio a migrantes. Realizaram-se campanhas de promoção da dádiva e colheita de sangue nas 15 dioceses de Portugal Continental, tendo sido colhidas 600 unidades de sangue e realizadas 36 sessões de colheita.

Definiram-se procedimentos de identificação dos participantes JMJ, de acesso às unidades do SNS e faturação dos cuidados de saúde prestados.

Foi emitida a autorização específica para os dias da JMJ, por parte do INFARMED, para o alargamento do horário de funcionamento das Farmácias da zona de Lisboa e Loures, e da possibilidade, em regime excecional, de dispensa da medicação sem a apresentação de receita médica a doentes crónicos, desde que devidamente identificados com o seu cartão de participante inscrito nas JMJ.

Foram reforçados dos horários de atendimento nas unidades de saúde previsto abrangeu 59 centros de saúde, com funcionamento em rede e comunicação com as estruturas locais da Fundação JMJ, o que corresponde a mais de 1.220 unidades de CSP abertas, 225 aos sábados e 190 aos domingos.

Foram reforçados os serviços da linha SNS24 e CODU-INEM em parceria com a Linha de Apoio a Migrantes (LAM) e o Serviço de Tradução Telefónica (STT) do Alto Comissariado para as Migrações (ACM), possibilitando a tradução telefónica em 69 idiomas, tendo sido atendidas mais de 1.200 chamadas pelo SNS 24 no contexto específico JMJ e 260 atendimentos referenciados para o serviço de tradução telefónica (ACM), assegurando-se o atendimento em outros idiomas. Foi reforçado o SIEM num total de mais 117 meios de reforço, operacionalizaram-se 4 hospitais de campanha do *Portuguese Emergency Medical Team* (PT EMT - 2 no Parque Tejo-Trancão, 1 no Parque Eduardo VII e 1 em Fátima), 17 Postos Médicos Avançados (nível suporte avançado de vida), 124 equipas móveis e mais de 100 viaturas de socorro adicionais no terreno, envolvendo cerca de 500 profissionais ao serviço do INEM, 1.200 da Cruz Vermelha Portuguesa e 2.500 das Corporações de Bombeiros,

Para além destes, foram criados em articulação com Comité Organizador Local (COL) da Fundação JMJ, 93 postos de socorro (nível suporte básico de vida), constituído por mais de 1.000 profissionais de saúde que integraram a rede de 30.000 voluntários JMJ e de 7 Tendas da Calma (zonas de apoio para a saúde mental) - parceria entre Fundação JMJ, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), e um centro de atendimento com 25 profissionais a prestar assistência médica no edifício dos Serviços Sociais do Município – Olaias – em colaboração dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa. Foi ainda instalado um posto de saúde com funcionamento em permanência no maior centro de acolhimento coletivo, que contava com 7.000 peregrinos. Para além do descrito, manteve-se um processo de monitorização contínua dos principais indicadores de procura e acesso aos cuidados de saúde, reforçando-se o atendimento de acordo com as necessidades, desde a Sala de Situação no Ministério da Saúde.

No que diz respeito ao plano desenhado para as Altas entidades presentes, o mesmo foi implementado com colaboração do Sistema de Segurança Interna (SSI), e incluiu a formação avançada das equipas do INEM de apoio a Altas Individualidades, em articulação com a *Gendarmerie* do Vaticano e da Guarda Suíça, a partilha de conhecimentos e experiência com os serviços de emergência médica pré hospitalar de Espanha, a participação do INEM nas ações de coordenação, articulação e controlo centralizado das forças e serviços de segurança e dos serviços de proteção civil e de emergência médica, a realização de 5 cursos Suporte Básico de Vida (SBV) e Desfibrilhação Automática Externa (DAE) pelo INEM a cerca de 250 voluntários da Fundação JMJ (nacionais e estrangeiros) e o reforço da estrutura e recursos do PT-EMT, sendo que de 1 a 6 de agosto, o INEM, a única entidade em Portugal detentora de uma EMT certificada OMS, integrou observador externo da OMS Europa.

Já no âmbito da preparação para situações de exceção, realizaram-se ações de acompanhamento e auditoria aos planos de contingência hospitalares pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e atualizaram-se os planos de contingência perante situações de exceção dos 7 hospitais de referência, incluindo os de maior dimensão na região de Lisboa (CHULC; CHULN; CHLO; Hospital de Loures), Coimbra (CHUC) e Porto (CHUSJ; CHUSA) e realizaram-se simulacros e exercícios conjuntos com voluntários JMJ e estruturas locais, incluindo testes dos meios de comunicação entre as unidades de saúde e INEM.

Para além disso, realizaram-se a formação/simulação *Medical Response to Major Incidents*, que contou com a participação de mais de 160 formandos e 34 instrutores, a formação *DIRECT COURSE – Disaster Response Core Training*, no contexto do *Portuguese Emergency Medical Team* e da integração do INEM no Mecanismo Europeu de Proteção Civil, *workshops* de epidemiologia de campo vocacionado para eventos de massas (EpiMassas), com a participação de 230 profissionais de saúde. Ainda, elaborou-se uma Norma de Transusão de Sangue em Emergência, com atualização de protocolos de transusão em emergência a nível nacional.

No que toca a resultados referentes à gestão e acompanhamento da implementação do plano previamente definido, destacam-se a realização de mais de 40 reuniões periódicas - semanais (junho/julho) e diárias (última semana julho e agosto) - promovidas pela Comissão de Gestão do Plano do Ministério da Saúde para a JMJ 2023, com a participação dos representantes de todas as entidades de saúde, promovendo a articulação interinstitucional em 6 visitas aos Centros de Contacto e Unidades Operacionais, foi concluído o processo de integração de dados e reforço da interoperabilidade entre os sistemas de informação pré-hospitalar (*Iteams*/INEM) e os sistemas de informação das unidades hospitalares (serviços de urgência - SClinico/SPMS), permitindo uma melhoria substancial na capacidade de resposta face a integração de informação em tempo real, implementou-se um modelo de monitorização diária com abrangência às 7 unidades hospitalares de referência JMJ e criou-se uma área informativa dedicada às JMJ 2023 no Portal SNS e em recursos associados (App SNS 24,

App Lisboa 2023, redes sociais) com a publicação de conteúdos de saúde acessíveis nos 5 idiomas oficiais JMJ (Português, Inglês, Espanhol, Francês, Italiano).

De uma forma global, a implementação do plano pré-estabelecido para as JMJ 2023 permitiu dar resposta a cerca de 406 episódios de urgência na rede hospitalar, 115 episódios não programados nos CSP e 4.736 ocorrências na fase pré-hospitalar, onde, destas últimas, apenas 3,5% foram encaminhadas para os hospitais.

Durante todo o período que circundou as JMJ, a DE-SNS teve um papel fulcral no que diz respeito à superintendência da rede de prestação de cuidados de saúde, valorizando a doença aguda súbita, o trauma e a descompensação da doença crónica, para além de ter assegurado o seu envolvimento no planeamento e gestão do plano como parte integrante da comissão.

A Comissão de Gestão do Plano de Resposta do Ministério da Saúde para a JMJ 2023 integrou representantes de diversos organismos do Ministério da Saúde, com atribuições no domínio da saúde e da gestão dos seus meios, e peritos nomeados a título individual para coadjuvar nos trabalhos. Estavam representadas, para além da DE-SNS, as seguintes instituições: Comissão de Acompanhamento do Grupo de Projeto para a organização da Jornada Mundial da Juventude Lisboa 2023, Direção-Geral da Saúde (DGS) (incluindo membros da Comissão Técnica de Eventos de Massas da DGS), Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Administração Regional de Saúde do Norte, Administração Regional de Saúde do Centro, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Administração Regional de Saúde do Alentejo, Administração Regional de Saúde do Algarve, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

De forma a concretizar os objetivos definidos pela comissão, foi essencial ainda a articulação com as entidades adstritas aos Ministérios da Administração Interna e da Defesa Nacional.

Próximos Passos

Sendo as JMJ um evento limitado no tempo e tendo a atuação direta sobre as suas condicionantes cessado, os próximos passos relativos a todo o processo de organização que conduziu ao sucesso do evento visado, limitar-se-ão à partilha de experiências e aprendizagens que permitam melhor informar e estruturar futuras edições das JMJ, a nível internacional, e eventuais eventos de massa a acontecer a nível nacional.

É importante ressaltar a importância da atuação e intervenção das entidades de saúde nacionais no planeamento da resposta aos problemas de saúde, na prevenção de

eventos adversos à saúde pública e na criação de planos de contingência associados aos eventos de massa, com especial atenção aos eventos que tomam dimensões como as JMJ ou que se lhe possam assemelhar em ordem de grandeza de procura de cuidados a jusante.

Assim, reconhecendo a importância do conhecimento adquirido, o Relatório de Saúde das JMJ Lisboa 2023 destaca como lições aprendidas, a ter em consideração em edições futuras e no contexto nacional atual, (i) a necessidade de valorizar a especificidade das diversas dimensões da Saúde, nomeadamente no que diz respeito ao trabalho desenvolvido no enquadramento da proteção civil, (ii) a importância de planear em rede, reconhecendo que os ganhos resultam da resposta em rede, de forma articulada entre parceiros, (iii) a importância de implementar políticas coordenadamente sustentadas no tempo, através da criação e sistematização de recomendações técnicas, (iv) especialmente em eventos desta dimensão importa envolver o Agrupamento Sanitário do Exército e o Hospital das Forças Armadas como parte da solução, (v) a importância de sistematizar uma política unificada entre a DGS, os Departamentos Regionais de Saúde Pública, o INSA e outros organismos da Saúde sobre a promoção e o controlo no contexto da segurança em saúde, (vi) a relevância da certificação internacional dos dispositivos de resposta nacional, sendo o PT EMT um bom exemplo de como um processo de reconhecimento promove o investimento em função de um padrão de excelência e qualidade, (vii) as mais-valias de prosseguir com ações de formação e simulacros regulares, de forma integrada, com o envolvimento de entidades interministeriais, (viii) e que importa investir na informação como meio de, a par da comunicação, garantir a melhor comando, controlo e coordenação dos eventos. Em suma, reconhece-se a importância de apostar numa resposta operacional mais articulada e ágil, promovendo o funcionamento em rede e o planeamento e gestão estratégicos das instituições, sempre com o objetivo de otimizar a capacidade de resposta às necessidades em saúde dos cidadãos.

Considerando a pertinência das lições aprendidas no contexto da JMJ Lisboa 2023 e a sua relevância para a promoção do sucesso na organização e gestão de eventos de massas, o relatório final destacou ainda como prioridades para a organização da próxima edição JMJ, Seul 2027, o planeamento atempado, a necessidade de criar uma estrutura de coordenação do plano de saúde a aplicar robusta e de criar canais de comunicação entre as coordenações das diferentes áreas que afetam o evento, o investimento em formação a profissionais multidisciplinar e intersectorial, acoplada a exercícios de simulação e testagem integrados, o investimento em sistemas de informação que valorizem a interoperabilidade dos sistemas e a aplicabilidade de ferramentas de análise e visualização de dados que nos permitam tirar informação de qualidade com brevidade, capacitando resposta cada vez mais precoces, e, por último, a definição de uma estratégia clara e integrada do modelo de comunicação a adotar.

Para o SNS foi um processo de enorme aprendizagem, de trabalho em conjunto e em rede, sob a coordenação nacional da DE-SNS, cuja experiência e conhecimentos serão empregues no desenvolvimento da abordagem destes eventos no futuro.

Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade

O excesso de peso, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, atinge 67,6 % da população adulta portuguesa e a obesidade apresenta uma prevalência de 28,7 %.

De acordo com as projeções da OMS, Portugal, à semelhança dos outros países da região europeia da OMS, está a seguir uma trajetória de evolução que dificilmente irá permitir o cumprimento da meta relativa ao não crescimento do número de pessoas com excesso de peso e obesidade até 2025. Também o excesso de peso infantil atinge proporções elevadas. Em 2022, 31,9 % das crianças dos 6 aos 8 anos apresentava excesso de peso e 13,5 % vivia com obesidade.

A obesidade, enquanto doença crónica e simultaneamente um dos fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças muito prevalentes no nosso país, como a diabetes, as doenças cardiovasculares e as doenças oncológicas, é um dos fatores de risco que mais contribui para a carga da doença em Portugal, para além de condicionar de forma significativa a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas.

O Ministério da Saúde tem, ao longo dos últimos anos, implementado diferentes políticas dirigidas à prevenção da obesidade e as respostas estruturadas dos serviços de saúde têm sido essencialmente asseguradas pelos Cuidados Hospitalares (CH) e dirigidas para fases mais avançadas de progressão da doença, mas, tendo em conta a complexidade da obesidade e do seu tratamento, reconhece-se que a efetividade da intervenção será tanto maior quanto mais precocemente for iniciada.

A utilização de um modelo de identificação, intervenção precoce e de acesso oportuno a cuidados de saúde de qualidade para pessoas com pré-obesidade e obesidade é considerado como custo-efetivo, contribuindo para prevenir a progressão da doença e a necessidade de cuidados de saúde mais diferenciados, e assumindo um papel determinante na qualidade de vida.

Assim, considera-se fulcral a definição e implementação de um novo modelo de cuidados específicos para a pessoa com pré-obesidade ou obesidade, assente na organização dos serviços e profissionais de saúde, bem como em ações específicas para identificação, referenciação e seguimento das pessoas alvo de medidas de promoção da saúde, prevenção de doença, diagnóstico e intervenção precoces, deixando espaço para que as instituições decidam os melhores processos, em face das características das populações às quais prestam cuidados.

A definição de um Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade vem aproveitar as sinergias geradas entre os CSP e os CH, no âmbito das ULS, e é consonante com os objetivos estratégicos definidos no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 e insere-se no conjunto de esforços que Portugal se encontra a desenvolver para intensificar a resposta à obesidade,

no âmbito do *WHO Acceleration Plan to STOP Obesity*, estabelecido na 75.^a Assembleia Mundial de Saúde, e que Portugal integra desde 2022.

Assim, através do Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro, é determinada a implementação de um Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade, com o objetivo de assegurar o acesso oportuno a cuidados de saúde de qualidade para pessoas com pré-obesidade e obesidade, definindo dois âmbitos de intervenção, um ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e outro ao nível dos Cuidados Hospitalares, devendo estes prever o tratamento não cirúrgico e cirúrgico da obesidade.

Neste sentido, foi constituído um Grupo de Trabalho que integra elementos da DE-SNS e da DGS, em atividade desde fevereiro de 2023.

Objetivos Estratégicos

O Grupo de Trabalho tem como objetivo estratégico desenvolver o processo assistencial integrado para a prevenção e tratamento da obesidade que determine a forma de implementação do modelo de cuidados preconizado no Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro, designadamente, o percurso integrado da pessoa com obesidade nas diferentes modalidades de tratamento e níveis de cuidados, as abordagens terapêuticas, bem como todos os instrumentos de apoio à prestação de cuidados para a prevenção e tratamento da obesidade nos CSP e nos CH, nos termos previstos no referido despacho.

O diploma preconiza ainda que o processo assistencial integrado deve aproveitar as sinergias geradas entre os CSP e os CH, no âmbito das ULS, bem como proporcionar o espaço de autonomia necessário para que cada instituição defina, em respeito pelo presente despacho, a estratégia que melhor responde às necessidades da população abrangida, designadamente quanto à constituição e funcionamento das equipas multidisciplinares.

Abordagem

Para a constituição do Grupo de Trabalho, a DGS dirigiu convite à DE-SNS para participar numa primeira reunião, que decorreu no dia 27 de fevereiro de 2024, em formato virtual, dando início aos trabalhos de definição do processo de implementação deste modelo integrado de cuidados nas unidades de saúde do SNS, nos termos previstos no referido despacho.

Integram o Grupo de Trabalho (GT) os seguintes elementos:

- › Maria João Gregório, Diretora do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, DGS;
- › Carla Pereira, Chefe de Divisão Planeamento e Melhoria da Qualidade, DGS;
- › Fátima Fonseca, membro do Conselho de Gestão da DE-SNS.

O GT analisou a proposta de “Percursos de Cuidados Integrados para a pessoa com Obesidade” que o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) coordenou e elaborou juntamente com um grupo de peritos de várias áreas. Este documento tinha sido concluído no início de 2023, antes da publicação do Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro.

Resultados preliminares

Elaborada uma nova versão do Processo Assistencial Integrado para a prevenção e tratamento da obesidade, adaptada ao previsto no despacho e incorporando as alterações da DE-SNS, estando o documento em fase de revisão final pela DGS.

Próximos passos

Publicação da versão final do Processo Assistencial Integrado para a Prevenção e Tratamento da Obesidade, pela DGS.

Convite articulado entre a DGS e a DE-SNS, dirigido a uma ULS, para implementação de um projeto piloto.

Adaptação do SClinico, de modo a permitir a integração dos instrumentos de avaliação e de intervenção no contexto da implementação do Processo Assistencial Integrado para a Prevenção e Tratamento da Obesidade, em articulação com a SPMS, nos termos previstos no Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro.

Acompanhamento e avaliação dos resultados e desempenho assistencial, através de indicadores negociados em sede de contratualização externa das ULS, assegurado pela ACSS em articulação com a DE-SNS, nos termos previstos no Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro.

Proteção de Crianças e Jovens

Despacho n.º 13057/2023, de 20 dezembro

O XXIII Governo Constitucional assumiu o compromisso de aperfeiçoar o modelo de sinalização e acompanhamento das crianças e jovens em risco e os meios e instrumentos à disposição das comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ). A intervenção das comissões de proteção de crianças e jovens tem lugar quando não seja possível às entidades referidas no regime de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovado pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, na sua redação atual, atuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em que se encontram.

A intervenção deve, pois, ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

Nas últimas décadas, houve uma mudança gradual no paradigma da intervenção da Saúde na prevenção da violência, tanto sob o ponto de vista da saúde pública como da prestação de cuidados. De uma ação meramente curativa, passou-se a uma análise mais aprofundada dos determinantes, contextos e fatores de risco da violência, adotando-se modelos de intervenção mais organizados e cooperativos, nos vários níveis da prevenção, com especial enfoque no reforço dos fatores protetores e na capacitação das famílias para os direitos das crianças e jovens.

Na realidade, continua a ser sinalizada a dificuldade dos serviços de saúde, enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude, de prevenirem e intervirem precoce e atempadamente em situações de risco, bem como de afetarem recursos humanos às CPCJ, em conformidade com os critérios de afetação dos tempos definidos pelo Conselho Nacional da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, mantendo -se a necessidade de reforçar os elementos dos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e dos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), bem como assegurar os critérios de afetação horária mínimos e adequados de acordo com o volume processual a estas equipas.

O atual modelo organizativo precisa de dar cumprimento às responsabilidades dos serviços de saúde enquanto entidades de primeira linha de intervenção neste âmbito, assegurando a intervenção mínima e adequada à situação e a prevenção da revitimização das crianças e famílias.

Com o intuito de criar as condições para que o modelo existente possa garantir o cumprimento dos princípios orientadores de atuação consagrados no artigo 4.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, designadamente os da intervenção precoce, intervenção mínima, proporcionalidade e atualidade e subsidiariedade, foi criado pelo Despacho n.º 13057/2023, de 20 de dezembro, um grupo de trabalho para a elaboração

de uma proposta de reforço e otimização do modelo da saúde na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens, bem como no acompanhamento de grávidas em situação de risco, e rentabilização dos meios, do qual a DE-SNS integra e considera de elevada prioridade.

O Relatório foi elaborado no prazo estabelecido tendo sido entregue e aprovado pela Sra. Secretária de Estado da Promoção da Saúde.

Plano de Ação da Garantia para a Infância 2022-2030

Tendo por base as recomendações vertidas na Recomendação do Conselho da União Europeia, relativa à criação de uma Garantia Europeia para a Infância, o Plano de Ação da Garantia para a Infância 2022-2030 (PAGPI 2022-2030) aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 3/2023, de 17 de janeiro, constitui um desafio estratégico e um marco determinante na prevenção e no combate à pobreza e à exclusão social das crianças e dos jovens, na quebra dos ciclos intergeracionais de pobreza e na promoção da igualdade de oportunidades, ao estabelecer um conjunto de medidas para garantir o acesso efetivo a um conjunto de serviços essenciais de acolhimento na primeira infância, educação e atividades em contexto escolar, saúde e alimentação, habitação, emprego e qualificações, proteção e ação social e igualdade.

Levando em linha de conta a quantidade, diversidade e intersectorialidade daquelas medidas, a Resolução do Conselho de Ministros referida, criou um conselho consultivo intersectorial (CCI) com competência para a emissão de pareceres e recomendações sobre questões estratégicas relativas à implementação e desenvolvimento do PAGPI 2022-2030, bem como para a promoção de iniciativas de auscultação junto de famílias e de crianças e jovens.

Ao CCI compete, nomeadamente, pronunciar-se sobre os assuntos que lhe sejam submetidos pelo Coordenador Nacional da Garantia para a Infância, emitindo pareceres, recomendações e sugestões sobre questões estratégicas relativas à implementação e desenvolvimento do PAGPI 2022-2030, bem como garantir a mobilização, a participação e a contribuição de organizações representativas da sociedade civil, das crianças, dos jovens e das famílias.

O CCI é presidido pelo Coordenador Nacional da Garantia para a Infância e integra 19 instituições, nas quais está incluída a DE-SNS, bem como um representante por cada uma das organizações da sociedade civil e da academia, com mérito e experiência de trabalho nas matérias a tratar.

Valorizar os Recursos Humanos

Promover a Autonomia das Instituições do SNS na Gestão de Recursos Humanos

Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho

Apesar do reforço do número de médicos especialistas nos diversos serviços e estabelecimentos de saúde integrados no SNS, a que se assistiu nos últimos anos, tal reforço não permitiu, até agora, muito em resultado das características da atual demografia médica, assegurar a satisfação de todas as necessidades, em especial no âmbito dos serviços de urgência.

Por essa razão, os diversos serviços e estabelecimentos de saúde do SNS têm-se visto na contingência de ter de recorrer, em algumas situações, ao regime de prestação de serviços.

No sentido de mitigar essa dependência, que não permite a desejada e necessária estabilização da constituição de equipas, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, para reforçar a autonomia dos órgãos máximos de gestão dos hospitais públicos, quer em termos de contratação, quer no âmbito da remuneração do trabalho suplementar realizado pelos trabalhadores médicos do seu mapa de pessoal.

Uma vez que se encontravam em negociação, com as respetivas estruturas sindicais, soluções de carácter estrutural, que se reconheciam como essenciais e indispensáveis para a resolução do problema, entendeu-se que, nesta conjuntura, a solução mais adequada passaria por prorrogar a vigência do diploma. Bem assim, aproveitou-se para proceder a alterações ao regime ali previsto, quer em resultado da necessidade de envolver a DE-SNS, quer por forma a resolver alguns constrangimentos que a sua aplicação veio evidenciar.

O Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na redação dada pelos Decretos-Lei n.ºs 15/2023, de 24 de fevereiro, e 65/2023, de 7 de agosto, regulou a matéria relativa à celebração de contratos de aquisição de serviços médicos.

Estabelecia o artigo 5.º do mencionado Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, que:

“1 — A celebração de contratos de aquisição de serviços com pessoal médico apenas é admissível nos casos em que comprovadamente o serviço não possa ser assegurado por médicos do respetivo mapa de pessoal, estando aqueles contratos sujeitos a um valor hora máximo correspondente ao valor hora médio pago, por entidade, a título de trabalho suplementar, em 2019.

2 — Em situações de manifesta necessidade, designadamente suscetíveis de determinar o encerramento dos serviços de urgência externa, quando esteja em causa serviço ou estabelecimento de saúde que diste a mais de 60 km de Lisboa, do Porto ou de Coimbra, após parecer prévio da DE-SNS, I. P., o órgão máximo de

gestão pode autorizar o pagamento a médicos especialistas de um valor até 35 % superior ao previsto no número anterior”.

Objetivos Estratégicos

O desafio que se colocava à DE-SNS foi o de garantir nas instituições, a existência de profissionais médicos em número e qualificações adequadas, para a prestação de serviços aos utentes, com a maior eficiência orçamental possível, o que exigia um tempo de reposta processual reduzido, por parte da DE-SNS, para ter o efeito desejado.

Nesse sentido, e ao invés da abordagem clássica, que pressupunha parecer da ARS competente, da ACSS e posteriormente despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde, e nalguns casos do Sr. Secretário de Estado do Tesouro, a simplificação da decisão reduziu o tempo de avaliação dos processos e consequente resposta, por vezes de meses para, em média, menos de 3 dias úteis, demonstrando claramente a importância da criação da DE-SNS.

Abordagem

Em execução do disposto no artigo 5.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, na sua redação atual, foram elaborados os seguintes pareceres jurídicos em apreciação dos pedidos de majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços:

1. CHBV - parecer prévio de 07/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Ginecologia/Obstetrícia a pagar ao fim de semana;
2. CHBV - parecer prévio de 08/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Cirurgia Geral, e aos médicos especialistas do Balcão Geral da Urgência Médico-cirúrgica de Aveiro e Urgência Básica de Águeda;
3. CHBM - parecer prévio de 09/05/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de anestesia;
4. CHBM - parecer prévio de 29/05/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora no contrato de prestação de serviços médicos com uma médica especialista para reforçar o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos;
5. CHEDV - parecer prévio de 05/05/2023 da DE-SNS, para manter o pagamento do valor/hora aos médicos especialistas prestadores de serviços de Urgência de

Ginecologia/Obstetrícia e manutenção da majoração ao valor hora de referência dos médicos não especialistas;

6. CHEDV - parecer prévio de 30/03/2023 da DE-SNS, para o pagamento a médicos prestadores de serviços especialistas;
7. CHL - parecer prévio de 09/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos nas diversas especialidades necessárias ao funcionamento da Urgência Externa e aos médicos sem especialidade;
8. CHL - parecer prévio 17/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos nas diversas especialidades necessárias ao funcionamento da Urgência Externa;
9. CHLO - parecer prévio de 06/06/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, e para médicos internos da respetiva especialidade;
10. CHLO - parecer prévio de 21/12/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, Anestesia e Ortopedia;
11. CHMT - parecer prévio de 17/03/2023 de autorização da DE-SNS, para o pagamento majorado nos contratos de prestação de serviços médicos, prestado por médicos especialistas em serviços de urgência;
12. CHO - parecer prévio de 29/02/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade Ortopedia;
13. CHO - parecer prévio de 08/03/2023 DE-SNS, para a aplicação da majoração constante do artigo 5.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, aos contratos de prestação de serviços médicos sem especialidade e de médicos internos;
14. CHO – parecer de 16/03/2023 a solicitar o entendimento da DE-SNS sobre a interpretação do artigo 5.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro;
15. CHO – parecer de 31/03/2023 elaborado em apreciação da questão de saber "(...) se os contratos de prestação de serviços médicos celebrados antes de 1 de março pelo Centro Hospitalar do Oeste, com valores hora não calculados nos termos do artigo 5º Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, se poderão manter em vigor após o início da vigência da versão atual do Decreto-Lei nº 50-A de 25 de julho";

16. CHO - parecer prévio de 29/02/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Anestesiologia;
17. CHO - parecer prévio de 02/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Medicina Geral e Familiar;
18. CHO - parecer prévio de 29/02/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Medicina Interna;
19. CHO - parecer prévio de 29/02/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Obstetrícia/Ginecologia;
20. CHO - parecer prévio de 06/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Ortopedia;
21. CHO - parecer prévio 06/03/2023 DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Pediatria;
22. CHPVVC - parecer prévio 06/03/2023 DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Ginecologia/Obstetrícia;
23. CHS - parecer prévio 03/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção de diversos contratos de prestação de serviços médicos;
24. CHS - parecer prévio 08/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de nefrologia e anestesiologia;
25. CHTS - parecer prévio 08/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos especialistas em exercício de funções no Serviço de Urgência e dos médicos sem especialidade;
26. CHTMAD - parecer prévio de 12/04/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos na especialidade de Cirurgia Maxilo-Facial;
27. CHTMAD - parecer prévio de 13/03/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos nas diversas especialidades necessárias ao funcionamento do Serviço de Urgência das Unidades Hospitalares de Chaves e Lamego;
28. CHTMAD - parecer prévio 16/08/2023 da DE-SNS, para o pagamento a médicos prestadores de serviços especialistas em Ginecologia e Obstetrícia da majoração do valor hora constante do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, mantido em vigor pelo Decreto-Lei n.º 65/2023, de 7 de agosto;

29. CHTMAD - parecer prévio de 29/03/2023 da DE-SNS, para o pagamento a médicos prestadores de serviços especialistas nas especialidades de anestesiologia, oftalmologia, pediatria e psiquiatria;
30. CHHCB - parecer de 17/03/2023 da DE-SNS, elaborado em análise das seguintes questões:
- ii. “Qual a legislação a aplicar para os contratos que tiveram o seu início e 01 de janeiro de 2023 e que correspondem a renovação dos celebrados em 2022? Tendo em conta as normas de execução do Orçamento do Estado para 2023, já em vigor, importa saber se o Decreto-Lei n.º 15/2023 prevalece, nos seus efeitos, ao Decreto-Lei n.º 10/2023, que as institui. Relativamente ao valor/hora a atribuir a Médicos não especialistas, é possível aplicar a majoração de 35% prevista no n.º 2 do art. 5.º do Decreto-Lei n.º 15/2023?”;
31. CHUA - parecer prévio de 06/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção/celebração de contratos de prestação de serviços médicos nas diversas especialidades necessárias a garantir o funcionamento dos serviços de urgências no CHUA;
32. CHULN - parecer prévio de 22/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos nas diversas especialidades necessárias ao funcionamento da Urgência Externa;
33. CHUSA – parecer prévio de 18/08/2023 da DE-SNS, para celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções no Serviço de Oncologia Médica;
34. CHUSA - parecer prévio de 22/03/2023 da DE-SNS, para majoração do valor hora de contratos de prestação de serviços médicos com e sem especialidade;
35. CHUSJ - parecer prévio 20/03/2023 da DE-SNS, para o pagamento a médicos prestadores de serviços especialistas de um valor até 35% do valor hora;
36. CHVNGE - parecer prévio 12/05/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos a exercer a sua atividade na urgência geral, urgência pediátrica e urgência de ginecologia / obstetria;
37. HBA - parecer prévio de 10/03/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos nas diversas especialidades necessárias ao funcionamento do Serviço de Urgência;
38. HBA - parecer de 28/12/2023 da DE-SNS elaborado na sequência de dúvidas suscitadas no âmbito de aplicação do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro;

39. HB - parecer prévio de 10/03/2023 DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos especialistas e sem especialidade em exercício de funções no Serviço de Urgência;
40. HB - parecer prévio de 21/12/2023 da DE-SNS, para a o pagamento do valor hora majorado no âmbito de dois contratos de prestação de serviços com médicos especialistas na área da anestesiologia para o exercício de funções no serviço de urgência;
41. HDS - parecer prévio de 11/04/2023 da DE-SNS, para o pagamento para além dos limites estabelecidos no n.º 2 do artigo 5.º, do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, nas especialidades de Cirurgia Geral, Pediatria, Radiologia e Psiquiatria;
42. HDS - parecer prévio de 28/03/2023 DE-SNS, para o pagamento para além dos limites estabelecidos no n.º 2 do artigo 5.º, do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, nas especialidades de Cirurgia Geral, Pediatria, Radiologia e Psiquiatria;
43. HDS - parecer prévio de 16/03/2023 DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos de diversas especialidades médicas;
44. HDFF - parecer prévio de 21/09/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos de anestesiologia;
45. HDFF - parecer prévio de 28/09/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos de cirurgia geral;
46. HES - parecer prévio de 20/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos necessários ao funcionamento do Serviço de Urgência;
47. HGO - parecer prévio de 15/11/2023 da DE-SNS, para majorar até 35% o valor da prestação de serviços para médicos especialistas de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 50/2022, de 25 de julho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro e, Decreto-Lei n.º 65/2023, de 07 de agosto;
48. HGO - parecer prévio 16/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de anestesiologia, obstetria / ginecologia e ortopedia;
49. HGO - parecer de 23/11/2023 da DE-SNS, para a autorização do pagamento da atividade realizada em trabalho extraordinário e prevenção, até 31 de dezembro de acordo com o regime previsto no Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho;

50. HGO - parecer de 29/03/2023 da DE-SNS análise do pedido de autorização excecional para a aplicação do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro;
51. HFF - parecer prévio de 06/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas seguintes especialidades anestesiologia, ortopedia, unidade de cuidados intensivos neonatais, obstetrícia / ginecologia, urgência geral e pediatria;
52. HFF - parecer prévio de 15/03/2023 da DE-SNS, para a celebração dos contratos de prestação de serviços médicos de obstetrícia / ginecologia e pediatria;
53. HFF - parecer prévio de 20/04/2023 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido de autorização para que se "(...) possa aplicar o pagamento aos médicos especialistas que vierem a ser contratados em regime de prestação de serviços para o Serviço de Medicina Intensiva";
54. HFF - parecer prévio de 21/09/2023 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido de autorização para o pagamento a médicos especialistas de um valor superior ao valor hora médio pago a título de trabalho suplementar em 2019, uma vez que está em causa o encerramento do Serviço de Urgência Básica;
55. HFF - parecer prévio de 30/06/2023 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido do pagamento do valor hora aos médicos especialistas que integrarão a escala de urgência do serviço de cirurgia geral;
56. HSOG - parecer prévio de 13/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos necessários ao funcionamento da triagem do Serviço de Urgência e do Serviço de Urgência de Anestesiologia e Medicina Intensiva;
57. IPOCFG - parecer prévio de 20/07/2023 da DE-SNS, para aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos com os médicos especialistas em anestesiologia;
58. ULSBA - parecer prévio de 29/02/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de Imunohemoterapia, medicina intensiva, medicina interna, imagiologia, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, pediatria, ginecologia / obstetrícia;
59. ULSBA - parecer prévio 08/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de medicina intensiva, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, pediatria e ginecologia/ obstetrícia;

60. ULSCB - parecer prévio de 04/03/2023 da DE-SNS, para a aplicação da majoração do valor hora nos contratos de prestação de serviços médicos nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/ Obstetrícia, Imunoalergologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Geral e Familiar, Medicina do Trabalho, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pedopsiquiatria, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia e Urologia;
61. ULSLA - parecer prévio de 07/03/2023 da DE-SNS para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de anestesiologia, cirurgia geral, medicina intensiva, medicina interna, ortopedia e pediatria;
62. ULSNA - parecer prévio de 14/03/2023, da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas seguintes especialidades: anestesiologia, medicina interna, pediatria e unidade de cuidados intensivos;
63. ULSG - parecer P41451 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
64. ULSG - parecer P41478 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
65. ULSG - parecer P41525 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
66. ULSG - parecer P41625 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
67. ULSG - parecer P41629 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
68. ULSG - parecer P41900 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
69. ULSG - parecer P41920 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
70. ULSG - parecer P41963 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
71. ULSG - parecer P41964 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;

72. ULSG - parecer P41274 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
73. ULSG - parecer P41451 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
74. ULSG - parecer P41477 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
75. ULSG - parecer P41489 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
76. ULSG - parecer P41490 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
77. ULSG - parecer P41524 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
78. ULSG - parecer P41982 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
79. ULSG - parecer P41511 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
80. ULSG - parecer P41513 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
81. ULSG - parecer P41916 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
82. ULSG - parecer P41919 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
83. ULSG - parecer P41965 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
84. ULSG - parecer P41967 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
85. ULSG - parecer P41968 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
86. ULSG - parecer P41969 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;

87. ULSG - parecer P41979 da DE-SNS, para a celebração de contrato de prestação de serviços médicos, para exercício de funções na Urgência Externa daquela ULS;
88. ULSG - parecer prévio 29/02/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de anestesiologia, urologia, radiologia, gastroenterologia e obstetrícia;
89. ULSG - parecer prévio de 14/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de anestesiologia, urologia, radiologia, gastroenterologia e obstetrícia;
90. ULSG - parecer prévio de 16/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos nas especialidades de anestesiologia, urologia, radiologia, gastroenterologia e obstetrícia;
91. ULSM - parecer prévio de 07/03/2023 da DE-SNS, para a manutenção dos contratos de prestação de serviços médicos.

Despacho n.º 1757/2024, de 8 de fevereiro

De acordo com o n.º 2 do artigo 62.º do Decreto-Lei n.º 17/2024, de 29 de janeiro, que estabelece as normas de execução orçamental para 2024, o valor/hora a pagar aos médicos em regime de prestação de serviços não deve exceder o valor/hora mais elevado previsto na tabela remuneratória aplicável aos trabalhadores integrados na carreira médica ou especial médica, ou seja, a remuneração correspondente à última posição remuneratória da categoria de assistente graduado sénior, para o regime de 40 horas semanais.

Não obstante, nos termos do n.º 3 do mesmo normativo, admite-se que, em casos excecionais devidamente fundamentados, precedidos de parecer prévio favorável da DE-SNS, e previamente autorizados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, pode o preço hora a pagar pela aquisição de serviços médicos ser superior ao anteriormente referido.

Ora, considerando, por um lado, a missão da DE-SNS, nomeadamente a de coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando a sua gestão em rede, e, por outro lado, o reforço de autonomia introduzido pelo novo modelo de gestão das entidades que integram o SNS, designadamente através da criação do quadro global de referência do SNS e dos planos de desenvolvimento organizacional dos estabelecimentos de saúde, nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, entende-se estarem reunidas as condições para agilizar a cadeia decisória, devendo subdelegar-se a competência para autorizar o pagamento de valor/hora superior.

Objetivos Estratégicos

O desafio que se colocava à DE-SNS era o de garantir a disponibilidade de profissionais médicos para prestar cuidados aos utentes sem pôr em causa o equilíbrio financeiro do SNS, qualificando a autonomia das instituições.

Abordagem

Em execução do Despacho n.º 1757/2024, de 8 de fevereiro, do Sr. Secretário de Estado da Saúde, que procedeu à delegação:

- › Nos órgãos máximos de gestão dos estabelecimentos e serviços integrados no SNS, a possibilidade de em situações excecionais devidamente fundamentadas e desde que cumpram o disposto no parecer genérico favorável da DE-SNS, o pagamento de valor/hora superior ao valor de 33,28 euros até ao limite máximo de 40%, isto é até ao limite máximo de 46,60 euros;
- › Na DE-SNS, a competência para celebrar contratos de prestação de serviços médicos com um valor superior ao referido na alínea anterior.

Exigia-se da DE-SNS a análise e decisão dos processos que lhe fossem submetidos com a celeridade possível, sem colocar em causa a equidade e o equilíbrio financeiro do programa orçamental da saúde.

Nesse sentido, e ao invés da abordagem clássica, que pressupunha parecer da ARS competente, da ACSS e posteriormente despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde e nalguns casos do Sr. Secretário de Estado do Tesouro, a simplificação da decisão, reduziu o tempo de avaliação dos processos e consequente resposta, por vezes de meses, para em média, menos de 3 dias úteis, demonstrando claramente a importância da criação da DE-SNS.

Foram emitidos os seguintes pareceres:

1. Parecer n.º 5/2024, de 23/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 329.2024/CA, de 21 de fevereiro de 2024, complementado pelo ofício 339.2024/CA, de 22 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
2. Parecer n.º 6/2024, de 26/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 2024/CA, de 16 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de Almada – Seixal, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;

3. Parecer n.º 7/2024, de 26/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência CA 057/2024, de 20 de fevereiro de 2024, da Unidade Local do Estuário do Tejo, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
4. Parecer n.º 8/2024, de 26/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência Email/CA, de 12 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de São João, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
5. Parecer n.º 9/2024, de 28/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido efetuado em ofício de 13 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
6. Parecer n.º 10/2024, de 29/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido efetuado em ofício de 08 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
7. Parecer n.º 11/2024, de 29/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência CA-020/2024-01_MP/AC, de 07 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
8. Parecer n.º 12/2024, de 29/02 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência CA-017/2024-01-MP/AC, de 05 de fevereiro de 2024, da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
9. Parecer n.º 13/2024, de 04/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência Email de 3 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde Alto Ave, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;

10. Parecer nº 14/2024, de 04/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência Email/CA de 3 de março de 2024, da Unidade Local Lezíria, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
11. Parecer nº 15/2024, de 12/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 9/2024/PCA, de 08 de março de 2024, da Unidade Local Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
12. Parecer nº 16/2024, de 12/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência Email de 5 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde Loures - Odivelas, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
13. Parecer nº 17/2024, de 12/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência Email de 8 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde Alto Alentejo E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
14. Parecer nº 18/2024, de 12/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 236.ULS RA.2024, de 08 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
15. Parecer nº 19/2024, de 12/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência Email de 8 de março de 2024, da Unidade Local da Região de Leiria, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
16. Parecer nº 20/2024, de 21/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência CA085/2024, de 19 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;

17. Parecer n.º 21/2024, de 21/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência n.º 3302, de 19 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
18. Parecer n.º 22/2024, de 21/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência PC/69/2024, de 18 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
19. Parecer n.º 23/2024, de 25/03 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido de 12 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
20. Parecer n.º 24/2024, de 02/04 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 001673/2024, de 2 de abril de 2024, da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
21. Parecer n.º 25/2024, de 02/04 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 40/2024/SGRH, de 4 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde Póvoa do Varzim / Vila do Conde, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
22. Parecer n.º 26/2024, de 02/04 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido com a referência 33/CA, de 19 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde Arrábida, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
23. Parecer n.º 27/2024, de 02/04 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido de 5 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., solicitando a autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro;
24. Parecer n.º 28/2024, de 01/04 da DE-SNS, elaborado em análise do pedido de 30 de março de 2024, da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E., solicitando a

autorização da DE-SNS para o pagamento do valor / hora nas prestações de serviço médicos ao abrigo do Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro.

Despacho n.º 1376/2024, de 5 de fevereiro

Em execução do disposto no Despacho n.º 1376/2024, de 5 de fevereiro, dos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, que procedeu à delegação na DE-SNS, a competência para autorizar a celebração de contratos de trabalho sem termo para ingresso na carreira médica até ao limite de 250 postos de trabalho, exigia-se da DE-SNS a análise e decisão dos processos de recrutamento de pessoal médico que lhes fossem submetidos pelas instituições do SNS.

Contextualização

Nos termos do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual, que estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, o recrutamento para os postos de trabalho sujeitos ao regime do Código do Trabalho, incluindo mudança de categoria, é feito mediante processo de seleção, sendo os respetivos requisitos de candidatura e a tramitação do processo de seleção regulados por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho e pela Portaria n.º 207/2011, de 24 de maio, na sua redação atual.

Adicionalmente, o Decreto-Lei n.º 46/2020, de 24 de julho, veio estabelecer um regime especial para admissão do pessoal médico à categoria de assistente das carreiras médicas, procedimentos a que podem ser opositores os médicos recém -especialistas da correspondente época final de avaliação do internato médico, bem como outros médicos especialistas que, tendo realizado e concluído o internato médico, não sejam detentores de uma relação jurídica de emprego por tempo indeterminado previamente constituída com qualquer serviço, entidade ou organismo do Estado, incluindo do respetivo setor empresarial.

Neste contexto, e tendo presente a recente conclusão da época especial de avaliação final do internato médico de 2023, o Ministério da Saúde foi autorizado a desenvolver o procedimento simplificado de seleção com vista à constituição de 1054 relações jurídicas de emprego com pessoal médico, conforme o Despacho n.º 12621-A/2023, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 236, de 7 de dezembro de 2023.

Adicionalmente, ao abrigo do disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na sua redação atual, a DE-SNS, emitiu parecer prévio favorável à celebração de 991 contratos de trabalho sem termo, na categoria de assistente da carreira médica, com médicos recém-especialistas, que terminaram a formação especializada na época especial de 2023.

Tratou-se, num e noutro casos, de permitir a abertura de todos os lugares disponíveis de modo a maximizar a capacidade de atrair e reter os jovens especialistas.

Sem prejuízo do que antecede, considerando que as necessidades de pessoal médico são dinâmicas e exigem uma pronta resposta, nos termos previstos no n.º 8 do artigo 132.º do Decreto-Lei n.º 17/2024, de 29 de janeiro, que estabelece as normas de execução orçamental para 2024, procurando salvaguardar as especificidades das entidades públicas empresariais integradas no SNS, adicionalmente à autonomia de gestão conferida pelo n.º 1, e sem prejuízo das disposições constantes do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, admite-se uma autorização excecional de recrutamento, fixada globalmente e por grupo profissional, com desagregação por entidade e por área de especialidade, quando aplicável, a atribuir por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Esta autorização excecional permite que, pelo menos até à abertura do procedimento concursal da época especial de avaliação final do internato médico de 2024, seja assegurada a celeridade dos processos de recrutamento de médicos para o SNS nas situações excecionais que, fundamentadamente, se revelem de manifesta urgência.

Objetivos Estratégicos

O desafio que se colocou à DE-SNS foi o de garantir o recrutamento dos profissionais médicos disponíveis para exercerem funções no âmbito do SNS, de acordo com as necessidades de cada instituição, cumprindo com os pressupostos das redes de referenciação, avaliando os mapas de pessoal correspondentes e as responsabilidades na rede do SNS, evitando processos de concorrência desleais na rede do SNS, e assegurando o efetivo cumprimento do quadro legal em vigor e a tempestividade dos processos.

Neste âmbito, de salientar que, no passado, a aprovação dos contratos individuais de trabalho dos médicos, exigia parecer da ARS competente, da ACSS e posteriormente despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde e do Sr. Secretário de Estado do Tesouro, pelo que a simplificação da decisão, reduziu a burocracia e a carga administrativa do sistema, o tempo de avaliação dos processos e consequente resposta, que era sempre de meses, para em média, ser menor do que três dias úteis, demonstrando claramente a importância da criação da DE-SNS.

Abordagem

Em execução do disposto no Despacho n.º 1376/2024, de 5 de fevereiro, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, que procedeu à delegação na DE-SNS, a competência para autorizar a celebração de contratos de trabalho sem termo para ingresso na carreira médica até ao limite de 250 postos de trabalho, foram aprovadas as seguintes contratações:

1. Processo n.º 001/250 de 13/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para o preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, E.P.E.;
2. Processo n.º 002/250 de 13/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.;
3. Processo n.º 003/250 de 13/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, E.P.E.;
4. Processo n.º 004/250 de 13/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.;
5. Processo n.º 005/250 de 15/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.;
6. Processo n.º 006/250 de 15/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, E.P.E.;
7. Processo n.º 007/250 de 15/02/2024 parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Santo António, E.P.E.;
8. Processos n.ºs 008/250 e 009/250 de 18/02/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de dois postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.;
9. Processo n.º 010/250 de 18/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.;
10. Processo n.º 011/250 de 19/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
11. Processo n.º 012/250 de 19/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.;

12. Processo n.º 013/250 de 19/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Castelo Branco, E.P.E.;
13. Processo n.º 014/250 de 21/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
14. Processos n.º 015/250 de 23/02/2024 e 016/250 de 23/02/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para ocupação de dois postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.;
15. Processo n.º 017/250 de 23/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo com, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.;
16. Processo n.º 018/250 de 23/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Barcelos/Esposende, E.P.E.;
17. Processo n.º 019/250 de 26/02/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.;
18. Processo n.º 020/250 de 01/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para ocupação de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Arrábida, E.P.E.;
19. Processo n.º 021/250 de 01/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;
20. Processo n.º 022/250 de 01/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Alentejo Central, E.P.E.;
21. Processo n.º 023/250 de 01/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Amadora – Sintra, E.P.E.;

22. Processo n.º 024/250 de 01/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Entre-o-Douro-Vouga, E.P.E.;
23. Processo n.º 025/250 de 01/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.;
24. Processos n.ºs 026/250, 027/250 e 028/250, todos de 08/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de três postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
25. Processo n.º 029/250 de 07/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local da Região de Leiria, E.P.E.;
26. Processos n.ºs 030/250, 031/250 e 032/250, todos de 07/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de três postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Almada Seixal, E.P.E.;
27. Processo n.º 033/250 de 07/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO de Lisboa, E.P.E.;
28. Processo n.º 034/250 de 07/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO do Porto, E.P.E.;
29. Processos n.ºs 035/250, 036/250, 037/250, 038/250 todos de 08/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contratos de trabalho sem termo para ocupação de quatro postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.;
30. Processo n.º 039/250 de 10/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO do Porto, E.P.E.;
31. Processos n.ºs 040/250 e 041/250 de 12/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contratos de trabalho sem termo para ocupação de dois postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.;

32. Processos n.ºs 042/250 e 043/250 de 12/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contratos de trabalho sem termo, para preenchimento de dois postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.;
33. Processo n.º 044/250 de 18/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para ocupação de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Arrábida, E.P.E.;
34. Processo n.º 045/250 de 18/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
35. Processos n.ºs 046/250 e 047/250 de 18/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contratos de trabalho sem termo para preenchimento de dois postos de trabalho do mapa de pessoal do IPO do Porto, E.P.E.;
36. Processo n.º 048/250 de 19/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.;
37. Processo n.º 049/250 de 21/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.;
38. Processo n.º 050/250 de 21/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.;
39. Processo n.º 051/250 de 23/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Alto Minho, E.P.E.;
40. Processo n.º 051A/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Matosinhos, E.P.E.;
41. Processo n.º 052/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local da Região de Aveiro, E.P.E.;
42. Processo n.º 053/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Lisboa Ocidental, E.P.E.;

43. Processo n.º 054/250 de 07/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.;
44. Processos n.ºs 055/250 e 056/250 de 31/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contratos de trabalho sem termo, para preenchimento de dois postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.;
45. Processo n.º 057/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.;
46. Processo n.º 058/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.;
47. Processo n.º 059/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.;
48. Processo n.º 060/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo, para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.;
49. Processo n.º 061/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local do Médio Ave, E.P.E.;
50. Processo n.º 062/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local do Médio Ave, E.P.E.;
51. Processo n.º 063/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local do Médio Ave, E.P.E.;
52. Processo n.º 064/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local do Médio Ave, E.P.E.;
53. Processo n.º 065/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Amadora Sintra, E.P.E.;

54. Processo n.º 066/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO de Lisboa, E.P.E.;
55. Processos n.ºs 067/250 e 068/250 de 01/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à celebração de contratos de trabalho sem termo para preenchimento de dois postos de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Alto Ave, E.P.E.;
56. Processo n.º 069/250 de 31/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
57. Processo n.º 070/250 de 01/04/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
58. Processo n.º 071/250 de 02/04/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.;
59. Processo n.º 072/250 de 02/04/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO do Porto, E.P.E.;
60. Processo n.º 073/250 de 02/04/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO do Porto, E.P.E.;

Cumprindo com o Despacho n.º 5410-A/2024, de 15 de maio, foram aprovadas as seguintes contratações:

61. Processo n.º 075/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO de Lisboa, E.P.E.;
62. Processo n.º 076/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Barcelos-Esposende, E.P.E.;
63. Processo n.º 077/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Coimbra, E.P.E.;

64. Processo n.º 078/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Coimbra, E.P.E.;
65. Processo n.º 079/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Coimbra, E.P.E.;
66. Processo n.º 080/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Gaia - Espinho, E.P.E.;
67. Processo n.º 081/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Litoral Alentejano, E.P.E.;
68. Processo n.º 082/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Viseu Dão Lafões, E.P.E.;
69. Processo n.º 083/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Viseu Dão Lafões, E.P.E.;
70. Processo n.º 084/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Nordeste, E.P.E.;
71. Processo n.º 085/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Coimbra, E.P.E.;
72. Processo n.º 086/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Coimbra, E.P.E.;
73. Processo n.º 087/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Coimbra, E.P.E.;
74. Processo n.º 088/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Alentejo Central, E.P.E.;

75. Processo n.º 089/250 de 16/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Baixo Mondego, E.P.E.;
76. Processo n.º 090/250 de 17/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Santa Maria, E.P.E.;
77. Processo n.º 091/250 de 17/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Santa Maria, E.P.E.;
78. Processo n.º 092/250 de 18/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Santa Maria, E.P.E.;
79. Processo n.º 093/250 de 18/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do ULS Santa Maria, E.P.E.;
80. Processo n.º 094/250 de 18/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal do IPO Lisboa, E.P.E.;
81. Processo n.º 095/250 de 18/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à celebração de contrato de trabalho sem termo para preenchimento de um posto de trabalho do mapa de pessoal da ULS Entre Douro e Vouga, E.P.E.

Despacho n.º 2486/2024, de 8 de março

Em execução do disposto no Despacho n.º 2486/2024, de 8 de março, do Ministro das Finanças, da Secretária de Estado da Administração Pública e do Secretário de Estado da Saúde, compete à DE-SNS analisar e autorizar a contratação de pessoal médico aposentado dentro dos limites estabelecidos no Despacho em referência.

Contextualização

Os profissionais de saúde são essenciais para a resposta dos sistemas de saúde às necessidades assistenciais da população e, por isso, ao longo dos últimos anos, o SNS investiu no aumento do seu número de médicos especialistas, que totalizavam cerca de 21500 no final de 2023, um aumento de 26 % face a 2015.

Apesar do caminho percorrido, o volume de aposentação de pessoal médico a que se tem assistido nos últimos anos, em especial nos especialistas da área da medicina geral e familiar, não permite, ainda, colmatar todas as necessidades sentidas pelos diversos estabelecimentos e serviços de saúde integrados no SNS relativamente a este grupo de pessoal.

Neste contexto, a contratação de médicos aposentados através do regime excecional previsto no Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, na sua redação atual, tem-se revelado um instrumento vantajoso para dar resposta às necessidades em saúde da população.

Para a concretização deste regime, compete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública, das finanças e da saúde definir, anualmente, e por despacho, o contingente de médicos aposentados a contratar para os serviços e estabelecimentos de saúde que integram o SNS.

Nesse sentido foi aprovado um contingente de 900 contratos de trabalho a termo resolutivo com médicos aposentados, para o ano de 2024, o maior neste âmbito, bem como efetuada a delegação de competências para a sua efetivação, de forma a tornar o processo simples e célere:

- i. Nos Conselhos de Administração dos estabelecimentos e serviços integrados no SNS, aumentando a sua autonomia, a competência para a contratação de pessoal médico aposentado até ao limite da respetiva quota fixado no do mencionado despacho, ou seja, 675 contratos;
- ii. Na DE-SNS, a competência para autorizar a contratação de pessoal médico aposentado, quando se tenha esgotado a quota de contratação referida na alínea a), até ao limite estabelecido, ou seja, pelo menos 225 contratos.

Desafios/Objetivos Estratégicos

O desafio que se colocava à DE-SNS foi o de garantir o recrutamento dos profissionais médicos aposentados, cujos pedidos lhe fossem submetidos para exercerem funções no âmbito do SNS, com tempestividade na análise dos processos, atenta a fundamentação.

Salienta-se novamente que a simplificação da decisão, reduziu a burocracia e a carga administrativa do sistema, o tempo de avaliação dos processos e consequente resposta, que era longo, para em média, ser menor do que três dias úteis, demonstrando claramente a importância da criação da DE-SNS.

Abordagem

Em execução do disposto no Despacho n.º 2486/2024, de 8 de março, do Ministro das Finanças, da Secretária de Estado da Administração Pública e do Secretário de Estado da Saúde, procedeu-se à análise e emissão de parecer de autorização para a contratação de pessoal médico aposentado nos seguintes termos:

1. Processo n.º 001/225 de 25/03/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à contratação de uma médica aposentada – Medicina Geral e Familiar – pela Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.;
2. Processos n.ºs 002/225, 003/225, 004/225, 005/225 e 006/225, todos de 31/03/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à contratação de cinco médicos aposentados – 3 na especialidade de Medicina Geral e Familiar, 1 em Neurocirurgia e 1 em Anatomia Patológica - pela Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.;
3. Processos n.ºs 007/225, 008/225, 009/225, 010/225 e 011/225, todos de 02/04/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à contratação de 5 médicos aposentados – nas seguintes especialidades: 4 em Medicina Geral e Familiar e 1 em Anestesiologia - pela Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.;
4. Processos n.ºs 012/225, 013/225 e 014/225, todos de 11/05/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à contratação de 3 médicos aposentados, de Medicina Geral e Familiar, pela Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.;
5. Processos n.ºs 015/225, 016/225, 017/225 e 018/225, todos de 11/05/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à contratação de 4 médicos aposentados, 2 de Medicina Geral e Familiar e 2 de Saúde Pública, pela Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.

Cumprindo com o Despacho n.º 5168-B/2024, de 9 de maio, foram aprovadas as seguintes contratações:

6. Processos n.ºs 019/225 e 020/225, de 14/05/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à contratação de dois médicos aposentados de Medicina Geral e Familiar, pela Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.;
7. Processo n.º 021/225, de 14/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à contratação de um médico aposentado de Ginecologia/Obstetria, pela Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;
8. Processos n.ºs 022/225, 023/225, 024/225, 025/225, 026/225, 027/225, 028/225, 029/225, 030/225, 031/225, 032/225, 033/225, 034/225, 035/225, 036/225, 037/225, 038/225, 039/225, 040/225, 041/225, 042/225, 043/225 e 044/225, todos de 16/05/2024 - pareceres favoráveis da DE-SNS, à contratação de médicos aposentados de Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, Cirurgia Geral, Pediatria, Urologia e Medicina Física e Reabilitação, pela Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.;

9. Processo n.º 045/225, de 18/05/2024 - parecer favorável da DE-SNS, à contratação de um médico aposentado de Cirurgia Geral, pela Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.

Artigo 19.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto

De acordo com o artigo 19.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto:

“Artigo 19.º

Regime excecional de mobilidade

1 - O regime de mobilidade dos trabalhadores em funções públicas é aplicável aos profissionais de saúde do SNS, independentemente da natureza jurídica da relação de emprego e dos estabelecimentos ou serviços envolvidos, incluindo em matéria de consolidação.

2 - Para efeitos do disposto no número anterior, os estabelecimentos ou serviços que integram o SNS são considerados unidades orgânicas desconcentradas de um mesmo serviço.

3 - A consolidação da mobilidade que envolva relações de emprego com natureza distinta pode determinar, e sem que implique um aumento da dotação global de cada entidade, a criação dos correspondentes postos de trabalho nos mapas de pessoal residuais da entidade de destino, a extinguir quando vagarem, nos termos seguintes:

a) Nos serviços que não tenham natureza de entidade pública empresarial podem ser criados postos de trabalho destinados à consolidação dos trabalhadores com contrato individual de trabalho, podendo os trabalhadores candidatar-se, após a consolidação, a procedimentos concursais exclusivamente destinados a quem seja titular de uma relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado abertos pelo órgão ou serviço a cujo mapa de pessoal passaram a pertencer e se destinem a preencher um posto de trabalho cuja caracterização coincida com as funções ou atividades que exercem;

b) Nos serviços que tenham natureza de entidade pública empresarial podem ser criados postos de trabalho adequados à consolidação de trabalhadores com vínculo de emprego público.

4 - A mobilidade e a consolidação previstas no presente artigo são autorizadas pelo diretor executivo da Direção Executiva do SNS, I. P.”

Objetivos Estratégicos

O desafio que se colocava à DE-SNS foi o simplificar e agilizar o processo relativo aos pedidos de mobilidade no âmbito do artigo 19.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual.

Neste âmbito, de salientar que a simplificação da decisão, reduziu a burocracia e a carga administrativa do sistema (intervinham na decisão, por vezes, seis entidades), o tempo de avaliação dos processos e consequente resposta, que era muito longo (nalguns casos, superior a um ano), demonstrando claramente a importância da criação da DE-SNS.

Abordagem

Em execução do disposto no artigo 19.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, foram objeto de análise e despacho os seguintes pedidos de mobilidade:

1. Processo PDRH n.º 43081/2024, de 4 de março, relativo ao pedido de mobilidade na categoria de uma técnica superior de diagnóstico e terapêutica / farmácia para a Unidade Local de Saúde de Barcelos / Esposende;
2. Processo 12026/2024, de 2 de abril, relativo ao pedido de consolidação da mobilidade intercategorias na carreira/categoria de Assistente Técnico/Coordenador Técnico – INEM;
3. Processo 121195/2024, de 26 de abril, relativo à prorrogação da mobilidade na categoria de uma técnica superior de diagnóstico e terapêutica para a ACSS, I.P.;
4. Processo 4235/2024, de 24 de abril, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma técnica superior de diagnóstico e terapêutica para a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, I.P.;
5. Processo 37948/2024, de 22 de fevereiro, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica assistente para a Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.;
6. Processo 19357/2024, de 10 de abril, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
7. Processo 40629/2023, de 13 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma técnica superior de saúde para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;

8. Processos 40653/2024 e 41034/2024, de 13 de março, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.;
9. Processo 40859/2024, de 26 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica assistente para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
10. Processo 40982/2024, de 1 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de um assistente técnico para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
11. Processo 41199/2024, de 7 de março, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
12. Processo 41382/2024, de 19 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;
13. Processo 41484/2024, de 7 de março, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
14. Processo 41784/2024, de 11 de abril, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para o Hospital de Braga, E.P.E., atual ULS de Braga, E.P.E.;
15. Processo 41817/2024, de 5 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica (assistente graduada) para a Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.;
16. Processo 41874/2024, de 4 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma farmacêutica para a Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.;
17. Processo 42339/2024, de 5 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de um enfermeiro para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
18. Processo 42655/2024, de 5 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma técnica superior para a Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E.P.E.;

19. Processo 42657/2024, de 12 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.;
20. Processo 42684/2024, de 12 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de um assistente operacional para a Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;
21. Processo 42781/2024, de 12 de fevereiro, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
22. Processo 42783/2024, de 15 de fevereiro, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
23. Processo 42785/2024, de 16 de fevereiro, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
24. Processo 42787/2024, de 13 de dezembro de 2023, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
25. Processo 42789/2024, de 15 de fevereiro, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
26. Processo 42790/2024, de 20 de novembro, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
27. Processo 42791/2024, de 23 de novembro de 2023, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
28. Processo 42799/2024, de 13 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;
29. Processo 42817/2024, de 11 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma técnica superior de diagnóstico e terapêutica para a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.;

30. Processo 42850/2024, de 15 de março, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
31. Processo 42861/2024, de 16 de fevereiro, relativo à ratificação da prorrogação da mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
32. Processo 43035/2024, de 8 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica – assistente de medicina geral e familiar - para a Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.;
33. Processo 43043/2024, de 13 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica – assistente graduada - para a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.;
34. Processo 43065/2024, de 15 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.;
35. Processo 43070/2024, de 13 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma assistente operacional para a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;
36. Processo 43155/2024, de 8 de março, relativo à ratificação da mobilidade na categoria de uma médica – assistente graduada - para a Unidade Local de Saúde da Póvoa do Varzim Vila do Conde, E.P.E.;
37. Processo 43175/2024, de 4 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente - para a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.;
38. Processo 43262/2024, de 12 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente de medicina geral e familiar- para a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.;
39. Processo 43347/2024, de 15 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica – medicina interna- para a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.;
40. Processo 43518/2024, de 18 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de um médico - assistente graduado, medicina interna- para a Unidade Local de Saúde de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.;

41. Processo 43571/2024, de 21 de março, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
42. Processo 43612/2024, de 19 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de um médico - assistente graduado, medicina interna- para a Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.;
43. Processo 43627/2024, de 18 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de um médico - assistente hospitalar, anatomia patológica- para a Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.;
44. Processo 43637/2024, de 24 de abril, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
45. Processo 43661/2024, de 8 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente graduada de medicina geral e familiar - para a Unidade Local de Saúde de Aveiro, E.P.E.;
46. Processo 43773/2024, de 25 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente de medicina geral e familiar - para a Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.;
47. Processo 43773/2024, de 25 de março de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente de medicina geral e familiar - para a Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.;
48. Processo 43789/2024, de 9 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente graduado, neurologista - para a Unidade Local de Saúde de Douro e Vouga, E.P.E.;
49. Processo 43797/2024, de 15 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade de uma enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
50. Processo 43803/2024, de 3 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade de uma técnica superior para a Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.;
51. Processo 43835/2024, de 12 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade de uma assistente técnica para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;

52. Processo 43880/2024, de 30 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade em simultâneos de duas médicas de medicina geral e familiar, uma para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., e a outra para a Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.;
53. Processo 60710/2023, de 13 de março de 2024, relativo à prorrogação de mobilidade de uma enfermeira para a ACSS, I.P.;
54. Processo 43789/2024, de 9 de abril de 2024, relativo à constituição de mobilidade na categoria de uma médica - assistente graduado, neurologista - para a Unidade Local de Saúde de Douro e Vouga, E.P.E.;
55. Processo 5952/2024, de 30 de janeiro de 2024, relativo à constituição de mobilidades na categoria de 39 médicos para as Unidades Locais de Saúde do alto Ave, E.P.E., Barcelos/Esposende, E.P.E., de Braga, E.P.E., de Gaia/Espinho, E.P.E., Matosinhos, E.P.E., Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E., e de Santo António, E.P.E.;
56. Processo 64524/2023, de 16 de fevereiro de 2024, relativo à prorrogação de mobilidade de um enfermeiro para a ACSS, I.P.;
57. Processo 43175, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de uma Médica assistente para a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.;
58. Processo 43518, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Médico Assistente Graduado para a Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.;
59. Processo 43571, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Enfermeiro Especialista para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
60. Processo 43637, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Enfermeira Especialista para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
61. Processo 43754, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Enfermeira para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
62. Processo 43835, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Assistente técnica para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;

63. Processo 43880, de 03 de maio de 2024, relativo a uma mobilidade em simultâneo na categoria de uma médica assistente para passar a exercer funções na ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. e de uma Médica de Medicina Geral para passar a exercer funções na ULS do Alto Ave, E.P.E.;
64. Processo 43789, de 03 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Médica Assistente Graduada para a Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.;
65. Processo 43097, de 10 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Especialista de Informática para a Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.;
66. Processo 43101, de 10 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Assistente Técnica, para a Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.;
67. Processo 41899, de 10 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Técnica Superior para a Unidade Local de Saúde de Barcelos / Esposende, E.P.E.;
68. Processo 43024, de 10 de maio de 2024 relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Técnico Superior para a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.;
69. Processo 43797, de 03 de maio de 2024 relativo à consolidação da mobilidade na categoria de Enfermeira especialista para a Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro. E.P.E.;
70. Processo 42851, de 10 de maio de 2024 relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Técnico Diagnóstico e Terapêutica para a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
71. Processo 43886, de 14 de maio de 2024 relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Enfermeira para a Unidade Local de Saúde Almada Seixal, E.P.E.;
72. Processo 43899, de 14 de maio de 2024 relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de uma Enfermeira para a Unidade Local de Saúde Almada Seixal, E.P.E.;
73. Processo 43873, de 14 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de uma Enfermeira para a Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.;
74. Processo 43874, de 14 de maio de 2024 relativo a uma mobilidade na categoria de Assistente Técnica para a Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.;

75. Processo 43816, de 14 de maio de 2024 relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de um Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica para a Unidade Local de Saúde de Almada Seixal, E.P.E.;
76. Processo 43794, de 10 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria para Médica Anestesiologia para a Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.;
77. Processo 43854, de 14 de maio de 2024, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de Enfermeiro para a Unidade Local de Saúde de Barcelos / Esposende, E.P.E.;
78. Processo 43860, de 15 de maio de 2015, relativo à constituição de uma mobilidade na categoria de– Técnico de Diagnóstico e Terapêutica para a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

Contratação de Médicos Especialistas, nas épocas normal e especial

Circular Informativa Conjunta n.º 1/2023/DE-SNS/ACSS, de 20 de abril (atualizada a 02/05/2023) sobre o “Recrutamento e fixação dos médicos que concluíram com aproveitamento a formação especializada na época normal de 2023”.

Tendo em vista o célere recrutamento e fixação dos médicos que concluíram com aproveitamento a formação especializada na época normal de 2023, que decorreu até ao passado dia 31 de março, importa esclarecer acerca dos termos em que o mesmo se processará:

1. Nas especialidades, que se integrem no âmbito do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, isto é, naquelas especialidades em que os médicos especialistas a recrutar correspondam a necessidades permanentes para assegurar o normal funcionamento dos serviços de urgência, a celebração de contratos de trabalho sem termo é da competência do órgão máximo de gestão do estabelecimento de saúde integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS);

a. Para esta finalidade e nos termos da lei, as especialidades excluídas deste âmbito serão as seguintes:

- 1. Anatomia Patológica;*
- 2. Farmacologia Clínica;*
- 3. Genética Médica;*
- 4. Medicina do Trabalho;*
- 5. Medicina Física e de Reabilitação;*
- 6. Radioncologia.*

b. Para estas especialidades, serão desenvolvidos procedimentos em que os postos de trabalho exigem a posse de condições técnico-profissionais específicas adquiridas, designadamente, no contexto do internato médico, nos termos a especificar nos respetivos avisos de abertura, competindo, nesse caso, a abertura de procedimento concursal e o desenvolvimento do correspondente procedimento, à Administração Regional de Saúde, I. P. territorialmente competente, em função do serviço ou estabelecimento de saúde, mediante autorização a conferir por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área da Saúde, Finanças e Administração

Pública, que fixa as vagas por especialidade e instituição, e cuja publicação deverá ocorrer em breve.

c. Nas restantes especialidades, que abrangem cerca de 90% das vagas hospitalares, poderão os recém-especialistas ser contratados até ao início de maio, o que face aos anos anteriores em que o mapa era fixado em junho-julho, as escolhas em julho-agosto e os contratos realizados no final de agosto-setembro, significa uma aceleração do processo em cerca de três meses (reduz-se para um período de apenas um mês, o tempo entre o encerramento da época de exames e a possibilidade de contratação dos médicos recém-especialistas).

Por outro lado, esta abordagem permite ainda a simplicidade e a desburocratização dos processos, a distribuição equitativa no país, e o reforço da autonomia das entidades públicas de natureza empresarial que integram o Serviço Nacional de Saúde, de acordo com a estratégia definida, assegurando um alinhamento com os perfis específicos que são necessários a cada instituição. Esta dimensão permite ainda aumentar a satisfação dos profissionais pela escolha de projetos de vida nas suas áreas de eleição, constituindo um elemento adicional na fixação de profissionais.

2. No seguimento de levantamento de necessidades de postos de trabalho realizado junto das entidades do SNS, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS), em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), publicita na sua página eletrónica, deliberação contendo parecer genérico favorável à celebração de contratos de trabalho sem termo, por entidade e especialidade;

a. Para estas especialidades e até ao número de vagas fixado na deliberação (um total de 1.620 vagas), é tacitamente emitido o parecer genérico favorável da DE-SNS, não sendo necessária nenhuma solicitação adicional por parte das instituições.

b. No entanto, este enquadramento apenas é consagrado para os médicos recém-especialistas, que terminaram a formação especializada na época normal de 2023.

c. Para todos os outros casos, ou seja, para médicos especialistas que terminaram a formação especializada noutras épocas, mantém-se a necessidade de parecer prévio da DE-SNS, nos termos publicados anteriormente.

3. No que concerne às áreas de medicina geral e familiar e de saúde pública, o recrutamento observará o regime previsto no Decreto-Lei n.º 46/2020, de 24 de julho, mediante procedimento concursal nacional, o qual decorre em conformidade com o previsto na Portaria n.º 207/2011, de 24 de maio, na sua redação atual, com as necessárias adaptações, e a desenvolver pela ACSS, I. P., na sequência da

identificação de necessidades de postos de trabalho nas áreas de medicina geral e familiar e de saúde pública, realizada, respetivamente, pelos Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e Conselhos de Administração das ULS, e pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P..

a. De sublinhar que no caso da medicina geral e familiar, pela primeira vez, serão abertas todas as vagas identificadas pelos Diretores Executivos dos ACeS e Conselhos de Administração das ULS (978 lugares versus 355 potenciais médicos internos que poderão concluir com aproveitamento a formação especializada na época normal de 2023), numa abordagem de transparência, e no sentido de tentar recrutar médicos que não se encontrem vinculados a instituições de saúde do SNS.

b. Neste processo, também de forma inovadora, serão abertos 20 lugares em ACeS com dificuldade em recrutar médicos da medicina geral e familiar, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, mas com o compromisso desde já assumido que, a partir do dia 31 de dezembro de 2025, estes profissionais, se o desejarem, iniciam automaticamente a atividade num ACeS da Região Norte, identificado no procedimento concursal, sem necessidade de realizar concursos de mobilidade ou outros procedimentos administrativos.

c. Ambos os processos serão alvo de monitorização, de forma a avaliar os resultados e desta forma ajudar a definir os próximos concursos.

d. São também abertas 29 vagas para a área de saúde pública e 179 para a área hospitalar, as quais, quanto a esta última, tratando-se de especialidades cujos profissionais não asseguram serviços de urgência (ver ponto 1.a da presente Circular) e que os postos de trabalho exigem a posse de condições técnico-profissionais específicas.

4. No que concerne à identificação de vagas carenciadas, num total de 275 lugares, foi utilizada a seguinte metodologia:

a. Na área da medicina geral e familiar, foram selecionados os ACeS com mais de 25% de utentes inscritos sem médico de família, e atribuídas um total de 83 vagas;

b. Na área da saúde pública foi aplicada a seleção efetuada pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P., num total de 10 vagas;

c. No âmbito hospitalar foram consideradas um total de 182 vagas, identificadas as instituições consideradas em áreas geográficas com maior dificuldade na captação de profissionais, nomeadamente:

1. Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.;

2. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.;

3. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.;

- 4. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.;*
- 5. Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.;*
- 6. Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.;*
- 7. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E.;*
- 8. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.;*
- 9. Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;*
- 10. Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.;*
- 11. Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.;*
- 12. Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.;*
- 13. Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.;*
- 14. Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.;*
- 15. Hospital Garcia de Orta, E.P.E.;*
- 16. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;*
- 17. Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.;*
- 18. Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E.*

5. Sublinha-se que o recrutamento de médicos recém-especialistas para a categoria de assistente da carreira médica e especial médica, só será viável após a homologação da classificação final da época de avaliação normal do Internato Médico, momento a partir do qual os médicos internos adquirem o grau de especialista (cfr. artigo 79.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 79/2018, de 16 de março, conjugado com o disposto no n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual, e do artigo n.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual).

Como a homologação da classificação final da época de avaliação normal do Internato Médico, efetuada pelos respetivos júris, que ocorreu a 24 de abril (em função dos prazos legalmente estabelecidos), tal significa a possibilidade de contratação, nomeadamente dos médicos recém-especialistas hospitalares que efetuam serviço de urgência, no dia seguinte à respetiva homologação da classificação final (a partir do dia 25 de abril de 2023), algo nunca conseguido anteriormente no SNS.

6. Finalmente, as entidades do SNS reportam a informação mensal sobre os contratos de trabalho sem termo celebrados nos termos da presente circular conjunta e ao abrigo do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na sua redação atual, à ACSS, I. P., até ao quinto dia útil do mês seguinte ao que respeita.

Aspetos a evidenciar nesta estratégia da DE-SNS

1. No caso da Medicina Geral e Familiar, pela primeira vez, foram abertas todas as vagas identificadas pelos Diretores Executivos dos ACeS e Conselhos de Administração das ULS (978 lugares *versus* 355 potenciais médicos internos que poderão concluir com aproveitamento a formação especializada na época normal de 2023), numa abordagem de transparência, e no sentido de tentar recrutar médicos que não se encontrem vinculados a instituições de saúde do SNS;
 - i. Neste processo, também de forma inovadora, foram abertos 20 lugares em ACeS com dificuldade em recrutar médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, mas com o compromisso desde já assumido que, a partir do dia 31 de dezembro de 2025, estes profissionais, se o desejarem, iniciam automaticamente a atividade num ACeS da Região Norte, identificado no procedimento concursal, sem necessidade de realizar concursos de mobilidade ou outros procedimentos administrativos.
2. No que concerne às especialidades hospitalares com impacto no serviço de urgência (mais de 90% dos casos), foi efetuado o levantamento de necessidades de postos de trabalho junto das entidades do SNS, e a DE-SNS, em articulação com a ACSS, publicitou na sua página eletrónica, uma deliberação contendo parecer genérico favorável à celebração de contratos de trabalho sem termo, por entidade e especialidade;
 - i. Para estas especialidades e até ao número de vagas fixado na deliberação (um total de 1.620 vagas), foi tacitamente emitido o parecer genérico favorável da DE-SNS, não sendo necessária nenhuma solicitação adicional por parte das instituições;
 - ii. A homologação da classificação final da época de avaliação normal do Internato Médico, efetuada pelos respetivos júris, que ocorreu a 24 de abril de 2023 (em função dos prazos legalmente estabelecidos), significou a possibilidade de contratação, nomeadamente dos médicos recém-especialistas hospitalares que efetuam serviço de urgência, no dia seguinte à respetiva homologação da classificação final (a partir do dia 25 de abril de 2023), algo nunca conseguido anteriormente no SNS.
3. Em resumo, foi a primeira vez na história do SNS que os concursos se desenvolveram de forma tão célere, que existiram mais vagas disponíveis para escolha dos candidatos e em que as instituições hospitalares voltaram a ganhar autonomia na seleção dos profissionais e na sua contratação. Esta é uma estratégia fundamental para conseguir fixar médicos no SNS.

Circular Informativa Conjunta n.º 2/2023/DE-SNS/ACSS, de 1 de dezembro sobre o “Recrutamento e fixação dos médicos que concluíram com aproveitamento a formação especializada na época especial de 2023 do Internato Médico”.

O reforço da política de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem o seu corolário assente na valorização, atração e fixação de trabalhadores dos diversos grupos profissionais, permitindo, nesse sentido, dotar os serviços e estabelecimentos do SNS dos adequados recursos com vista à concretização do direito constitucional de proteção da saúde.

Com efeito, tendo decorrido até ao passado dia 31 de outubro de 2023, a época especial de avaliação do internato médico, torna-se necessário desencadear o célere recrutamento dos profissionais médicos que concluíram com aproveitamento a formação especializada.

Assim, de molde à uniformidade de procedimentos, cumpre esclarecer as condições em que se promoverá o recrutamento destes profissionais:

1. Nas especialidades em que os médicos especialistas a recrutar correspondam a necessidades permanentes para assegurar o normal funcionamento dos serviços de urgência, a celebração de contratos de trabalho sem termo é da competência do órgão máximo de gestão do estabelecimento de saúde integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na sua redação atual, sendo as seguintes especialidades excluídas deste âmbito:

- 1. Anatomia Patológica;*
- 2. Farmacologia Clínica;*
- 3. Genética Médica;*
- 4. Medicina do Trabalho;*
- 5. Medicina Física e de Reabilitação;*
- 6. Radioncologia.*

2. Nas especialidades referidas nos n.ºs 1 a 6 do ponto anterior, e considerando que os respetivos postos de trabalho exigem a posse de condições técnico-profissionais específicas adquiridas, designadamente, no contexto do internato médico, são desenvolvidos procedimentos concursais desenvolvidos pela Administração Regional de Saúde, I. P. territorialmente competente, em função do serviço ou estabelecimento de saúde, mediante autorização a conferir por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área da Saúde, Finanças e Administração Pública, que fixa as vagas por especialidade e instituição, a publicar no prazo a que se refere a parte final do ponto 6 da presente circular conjunta.

3. Nas especialidades em que os médicos especialistas a recrutar correspondam a necessidades permanentes para assegurar o normal funcionamento dos serviços de urgência, situação que corresponde cerca de 90% dos postos de trabalho identificados na área hospitalar, os recém-especialistas são recrutados, mediante a celebração de contrato de trabalho sem termo, antecipando a conclusão do processo de recrutamento de fevereiro do ano seguinte para o início do mês de dezembro, isto é, imediatamente a seguir à homologação da classificação final do Internato Médico, que teve lugar no dia 1 de dezembro de 2023.

4. A metodologia anteriormente referida, já implementada na época normal de 2023, demonstrou introduzir celeridade, simplicidade e desburocratização e eficiência dos processos, sem prescindir da equitativa distribuição dos recursos no território. Por outro lado, a presente metodologia garante, igualmente, a autonomia das entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde.

5. De igual modo ao verificado na época normal de 2023, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS), em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), publicita na sua página eletrónica, deliberação contendo parecer genérico favorável à celebração de contratos de trabalho sem termo, por entidade e especialidade, em que o recrutamento decorre nos termos do ponto 1, a qual tem por base o levantamento de necessidades de postos de trabalho realizado junto das entidades do SNS:

a. Para as especialidades não mencionadas no n.º 1 a 6 do ponto 1 e até ao número de vagas fixado na deliberação (um total de 991 postos de trabalho), é emitido o parecer genérico favorável da DESNS à celebração dos contratos de trabalho sem termo com médicos recém-especialistas que concluíram o Internato Médico na época especial de 2023, sendo dispensada qualquer outra formalidade com vista à autorização do recrutamento;

b. O procedimento referido na alínea anterior não se aplica a médicos especialistas que terminam a formação especializada do internato médico em épocas anteriores, situação em que se mantém a necessidade de obtenção, pelo estabelecimento do SNS, do parecer prévio da DE-SNS, I.P., tramitado de acordo com as orientações em vigor.

6. Relativamente às áreas de medicina geral e familiar e de saúde pública, o recrutamento observa o regime previsto no Decreto-Lei n.º 46/2020, de 24 de julho, isto é, através do desenvolvimento de procedimento concursal, de âmbito nacional, o qual decorre em conformidade com o previsto na Portaria n.º 207/2011, de 24 de maio, na sua redação atual, com as necessárias adaptações, e a desenvolver pela ACSS, I. P., na sequência da identificação de necessidades de postos de trabalho nas áreas de medicina geral e familiar e de saúde pública, realizada, respetivamente, pelos Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e

Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde, E.P.E., e pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P., o que ocorrerá após a publicação do despacho autorizador para a abertura do correspondente procedimento concursal, no prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 55/2018, de 20 de agosto (i.e. de 30 dias após a homologação e afixação da lista de classificação final do Internato Médico).

7. Sublinha-se, ainda, que o recrutamento de médicos recém-especialistas para a categoria de assistente da carreira médica, tem lugar após a homologação da classificação final da época de avaliação normal do Internato Médico, momento a partir do qual os médicos internos adquirem o grau de especialista (cfr. Artigo 79.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 79/2018, de 16 de março, conjugado com o disposto no n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual, e do artigo n.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, na sua redação atual).

8. Cumpre referir que a homologação da classificação final da época de avaliação normal do Internato Médico, ocorreu a 1 de dezembro (atenta a necessidade de observar os prazos garantísticos e de recurso dos médicos internos candidatos à avaliação final), o que significa a possibilidade de contratação, nomeadamente dos médicos recém-especialistas hospitalares que efetuam serviço de urgência, a partir do dia seguinte à respetiva homologação da classificação final, introduzindo celeridade na efetivação das respetivas contratações à semelhança do que se verificou na época normal de 2023, e pela segunda vez no SNS, ambas no ano de 2023.

9. As entidades do SNS devem reportar, obrigatoriamente, a informação sobre os contratos de trabalho sem termo celebrados nos termos da presente circular conjunta e ao abrigo do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho, na sua redação atual, à ACSS, I. P., através do carregamento da informação relativa ao respetivo contrato na aplicação RHV – Recursos Humanos e Vencimentos, até ao quinto dia útil do mês seguinte ao que respeita.

Aspetos a evidenciar nesta estratégia da DE-SNS

1. Manteve-se a metodologia utilizada na época normal de 2023, que demonstrou introduzir celeridade, simplicidade e desburocratização e eficiência dos processos, sem prescindir da equitativa distribuição dos recursos no território. Por outro lado, a metodologia garantiu, igualmente, a autonomia das entidades públicas empresariais integradas no SNS.
2. No caso da especialidade de Medicina Geral e Familiar, manteve-se o princípio da abertura de todas as vagas identificadas pelos Diretores Executivos dos ACeS e Conselhos de Administração das ULS, numa abordagem de transparência, e no

sentido de tentar recrutar médicos que não se encontrem vinculados a instituições de saúde do SNS.

3. No que concerne às especialidades hospitalares com impacto no serviço de urgência (mais de 90% dos casos), foi efetuado o levantamento de necessidades de postos de trabalho junto das entidades do SNS, e a DE-SNS, em articulação com a ACSS, publicitou na sua página eletrónica, deliberação contendo parecer genérico favorável à celebração de contratos de trabalho sem termo, por entidade e especialidade;
 - i. Para estas especialidades, e até ao número de vagas fixado na deliberação, foi tacitamente emitido o parecer genérico favorável da DE-SNS, não sendo necessária nenhuma solicitação adicional por parte das instituições.
 - ii. A homologação da classificação final da época de avaliação especial do Internato Médico, que ocorreu a 1 de dezembro de 2023, significou a possibilidade de contratação, nomeadamente dos médicos recém-especialistas hospitalares que efetuam serviço de urgência, a partir do dia seguinte à respetiva homologação da classificação final, introduzindo celeridade na efetivação das respetivas contratações à semelhança do que se verificou na época normal de 2023.
4. Em resumo, foi a primeira vez no SNS que os concursos da época especial se desenvolveram de forma tão célere, que existiram mais vagas disponíveis para escolha dos candidatos e em que as instituições hospitalares voltaram a ganhar autonomia na seleção dos profissionais e na sua contratação. Esta é uma estratégia fundamental para conseguir fixar médicos no SNS.

Contratação de Médicos para Zonas Carenciadas

O Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, na sua redação atual, que estabelece os termos e as condições da atribuição de incentivos pecuniários e não pecuniários à mobilidade geográfica para zonas carenciadas de trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no SNS, tem-se constituído como um instrumento fundamental para a atração de profissionais para as zonas geográficas carenciadas, em especial, nos territórios do interior, procurando colmatar necessidades e reduzir assimetrias na distribuição de recursos.

Em articulação com a ACSS, a DE-SNS elaborou os mapas com as vagas para a fixação de médicos em zonas geográficas carenciadas, definidas por estabelecimento de saúde e especialidade médica, com posterior despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Privilegiou-se o interior Norte (Nordeste e Trás-os-Montes e Alto Douro), o interior Centro (Guarda, Castelo Branco, Cova da Beira, Viseu, e Leiria de forma excecional), todo

o Alentejo (Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Alentejo Central, Litoral Alentejano), todo o Algarve, as áreas da Península de Setúbal (Setúbal, Garcia da Orta e Barreiro-Montijo) e Médio Tejo, Oeste e Lezíria, da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro de Referência Global do SNS

No quadro legal em vigor, pela primeira vez e aproveitando a existência da DE-SNS, foi aprovado, pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, a constituição de um Quadro de Referência Global do SNS.

O objetivo era dotar o SNS de uma autonomia que nunca teve nestas quatro décadas, possibilitando a negociação com os dois ministérios, nomeadamente de um *plafond* para a contratação dos diversos profissionais e, depois, a sua distribuição pela DE-SNS às várias instituições, em função dos planos de desenvolvimento organizacional submetidos.

Desta forma, as ULS ganham autonomia para poder abrir os concursos de imediato e poderem, ainda este ano, contratar os profissionais que necessitam. Trata-se de uma política inovadora e que vem fortalecer a capacidade de decisão do SNS e a celeridade dos processos.

O Quadro de Referência Global do SNS foi elaborado pela DE-SNS e submetido à Tutela, aguardando uma decisão superior. Na proposta elencada sublinha-se, além da manutenção da possibilidade das instituições substituírem profissionais que saem de forma definitiva (por aposentação, mudança de instituição ou outra razão), um acréscimo efetivo ao mapa de pessoal, no ano de 2024, de cerca de 2.600 enfermeiros, 118 médicos dentistas (que já integrariam a carreira de médico dentista do SNS, visto que se previa a aprovação do diploma da carreira de médico dentista no primeiro semestre de 2024), 44 nutricionistas, 104 psicólogos, 58 assistentes sociais, 72 farmacêuticos, 981 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), 1.150 assistentes técnicos e cerca de 2.400 assistentes operacionais, para além de especialistas e técnicos de informática, técnicos superiores e outros profissionais.

Esta abordagem iria permitir, não apenas colmatar as necessidades mais graves de recursos humanos no SNS, nomeadamente nos CSP, como permitir iniciar a atividade de projetos financiados pelo PRR, seja na área da saúde mental, na RNCCI, nos centros de diagnóstico integrados ou em gabinetes de medicina dentária.

Constituição dos Serviço de Psicologia, Serviço de Nutrição e Serviço Social

A constituição dos Serviço de Psicologia, Serviço de Nutrição e Serviço Social, no âmbito das ULS, constitui uma afirmação da importância destes profissionais nas equipas de saúde e da sua integração em serviços diferenciados, que permitam uma evolução técnico-científica, formação e investigação, bem como uma assistência integrada na ULS, centrando o foco no utente e nos seus percursos, num continuum entre os CSP, os CSH e os cuidados continuados, bem como no domicílio ou noutras estruturas residenciais.

A existência de serviços integrados não constitui uma independência destes grupos de profissionais, mas pelo contrário sublinha uma autonomia responsável e um compromisso na participação das equipas clínicas assistenciais.

De acordo com os despachos de 2017, deve ser garantida a organização de Serviços de Psicologia e de Nutrição com autonomia científica, técnica e funcional, integrados no organigrama da ULS a que pertencem, respeitando deste modo as normas internas e as suas regras de funcionamento.

Os Serviços de Psicologia e de Nutrição inseridos nas ULS devem desenvolver a sua atividade em articulação as unidades funcionais dos CSP e com os restantes serviços hospitalares e demais especialidades (médicas e não médicas), numa perspetiva de cuidados de saúde integrados.

Tendo por missão a prestação de cuidados de saúde, com elevados níveis de qualidade, e considerando a eficiência e a qualidade no contexto do novo modelo organizacional do SNS, cada Serviço de Psicologia e de Nutrição deve dispor de equipas técnicas próprias, compostas por todos os profissionais e incluir também os estágios.

Os profissionais destes Serviços devem estar divididos por tipo de cuidados: profissionais afetos aos CSH e profissionais afetos aos CSP. Pretende-se uma aposta forte na integração de cuidados entre os profissionais dos CSP e CSH, combatendo a fragmentação de cuidados, orientando-se estes para as necessidades dos utentes, com definição de prioridades.

A promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação deverão ser etapas de um processo no qual existe uma contínua comunicação e interligação de cuidados para a promoção e obtenção de ganhos em saúde.

No local onde exercem a sua atividade, os profissionais terão acesso à plataforma SClinico de acordo com o seu perfil específico.

Com as duas Ordens Profissionais, a DE-SNS tentou aproveitar o momento da criação das ULS, de modo a mudar-se de uma lógica de cuidados essencialmente reativos centrados na doença, para uma lógica de cuidados mais proactivos com o objetivo de promover a saúde e, em que os dois níveis de cuidados se articulam em função da pessoa e do que ela necessita.

A prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento e reabilitação deverão ser etapas de um processo no qual existe uma contínua comunicação e interligação de cuidados para a promoção e obtenção de ganhos em saúde.

Se, no caso dos Serviços de Psicologia e de Nutrição, as bases legais já estavam criadas desde 2017, sendo necessário um apoio na sua concretização em termos de ULS, designadamente na constituição destes serviços modernos e inovadores, no caso do Serviço Social, teve de se realizar um trabalho de base, que ainda se encontra a ser implementado, de acordo com uma estratégia que é pública e que foi amplamente participada, em colaboração com a Associação dos Profissionais do Serviço Social e da Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais.

Deliberação n.º DE-SNS 005/2024, de 09 de fevereiro: Nomeação da Equipa Coordenadora Nacional na área do Serviço Social

No âmbito da aprovação do documento 'Orientações para a Organização do Serviço Social nas ULS', efetuada pela DE-SNS em 04/01/2024 e dando cumprimento ao previsto na Fase 1, que tem como objetivo incentivar para as potencialidades do modelo, e facilitar, monitorizar e orientar o processo de mudança, com a constituição das Unidades Locais de Saúde, torna-se necessária a nomeação de uma Equipa Coordenadora Nacional.

Esta Equipa deverá ser constituída por representantes indicados pela Associação dos Profissionais de Serviço Social e pela Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais e, sendo Portugal um dos países europeus com um índice de envelhecimento mais elevado, esta área ganha uma dimensão crítica em termos da saúde, na integração de cuidados e na articulação com a comunidade.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, determino:

1 – A Equipa Coordenadora Nacional na área do Serviço Social (ECNSS) seja constituída pelos seguintes elementos:

- › Enf.ª Filomena Cardoso, da DE-SNS, que Coordena;*
- › Dr.ª Maria Júlia Faria Cardoso, da Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais; Associação dos Profissionais de Serviço Social;*
- › Dr.ª Inês Espírito Santo, da Associação dos Profissionais de Serviço Social;*
- › Dr.ª Ana Alexandra Marques Madeira Alexandre, da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.;*
- › Dr. Cristina Maria Teixeira Costa, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.;*
- › Dr.ª Maria Farçadas Camacho, da Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.*

2 – Compete à ECNSS dar execução à Fase 1 da estratégia constante das “Orientações para a Organização do Serviço Social nas Unidades Locais de Saúde”, que tem como objetivo incentivar as potencialidades do modelo, facilitar, monitorizar e orientar o processo de mudança, com a constituição das Unidades Locais de Saúde.

3 – No exercício das suas atribuições a ECNSS pode consultar outras entidades ou personalidades de reconhecida competência na área.

4 – A ECNSS apresenta um relatório de avaliação do trabalho desenvolvido no final do primeiro semestre de 2024.

Internato aplicável ao período formativo em exercício profissional na especialização em enfermagem

Os profissionais de saúde são, desde sempre, o garante da qualidade da prestação do SNS e, nos últimos anos, o seu papel foi determinante na resposta do país à pandemia, nos hospitais e CSP, na vigilância de casos e contactos, na vacinação e na testagem.

Assim, face ao desgaste associado ao habitual ritmo intensivo de trabalho no setor da saúde, a que se soma o impacto do combate a uma emergência sanitária sem precedentes, justifica-se uma particular preocupação com a motivação e retenção dos profissionais no SNS.

Neste contexto, é essencial continuar a política de reforço dos recursos humanos da saúde, promovendo a motivação pelo trabalho no SNS e, em particular, a contínua evolução científico-profissional, com foco na melhoria das carreiras profissionais como elemento essencial na construção de um projeto profissional, sendo a valorização das carreiras dos enfermeiros um desiderato da DE-SNS.

Deste modo, de forma a aprofundar os mecanismos dos processos formativos e de certificação de competências dos enfermeiros, necessários para a atribuição do título de enfermeiro especialista, foi aprovada a criação de um grupo de trabalho, com dois representantes da DE-SNS, responsável por propor a criação de um modelo de internato aplicável ao período formativo em exercício profissional, numa área clínica de especialização em enfermagem, tendo como finalidade a certificação de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados numa das áreas de especialidade legalmente reconhecidas, no sentido da atribuição do título de enfermeiro especialista.

Técnico Auxiliar de Saúde

Em 1972, através do Decreto n.º 342/72, de 29 de agosto, foi reconhecida a necessidade de existência, no âmbito dos estabelecimentos hospitalares, «(...) de pessoal auxiliar que, sob a orientação do pessoal de enfermagem, execute nas enfermarias um certo número de tarefas elementares, coadjuvantes da enfermagem, de modo a aliviar o pessoal especialmente qualificado para o desempenho de outras funções.», assumindo que, «Para o efeito, é, no entanto, indispensável que esse pessoal seja devidamente preparado mediante aprendizagem adequada.», tendo, desde logo, estabelecido uma duração mínima de trinta e cinco semanas, abrangendo ensinios teórico e prático.

O citado diploma veio então admitir que, por despacho ministerial, os referidos estabelecimentos hospitalares pudessem prever nos «seus quadros a categoria de ajudante de enfermaria», profissionais a quem competia executar «tarefas elementares coadjuvantes da enfermagem que não envolvam responsabilidade profissional própria dos enfermeiros e que deverão ser exercidas sob a orientação deste.», cujo estatuto remuneratório foi posteriormente fixado através da Portaria n.º 553/73, de 14 de agosto, tendo ainda estabelecido que «Em cada estabelecimento ou serviço o número de lugares desta categoria não deverá ultrapassar 25 % do número global de profissionais de enfermagem do quadro de pessoal.»

Se podemos considerar este como o embrião da criação da carreira em causa, a verdade é que, essa opção veio mais tarde a ser alterada, através do Decreto n.º 880/76, de 29 de dezembro, que revogou o Decreto n.º 342/72, de 29 de agosto, e a Portaria n.º 553/73, de 14 de agosto, e determinou que «Os lugares de ajudante de enfermaria constantes dos mapas e quadros de pessoal são extintos à medida que vagarem.»

Porém, quatro anos depois assistiu-se, aí sim, à verdadeira criação das carreiras profissionais do pessoal dos serviços gerais dos estabelecimentos e serviços dependentes da então Secretaria de Estado da Saúde, concretizada pelo Decreto n.º 109/80, de 20 de outubro, de cujo preâmbulo se retira que essa criação se reveste «(...) de grande importância para o funcionamento regular e eficiente das diversas unidades de saúde.», prossequindo, ainda, que «Dessa forma, há que dignificar as funções do pessoal afeto às tarefas de apoio geral, incentivando a sua preparação técnica.»

Passados dez anos desde essa altura, mantendo-se as mesmas áreas de atuação anteriormente previstas - ação médica, alimentação, tratamento de roupas, aprovisionamento e vigilância - foi sentida a necessidade de adaptar «(...) as carreiras de apoio geral na saúde à evolução dos serviços e às renovadas exigências que a intenção programada de melhoria de cuidados postula, mantendo, contudo, a estrutura geral que enformou o Decreto n.º 109/80, a qual continua a revelar-se, globalmente, adequada.», o que se materializou através do Decreto-Lei n.º 231/92, de 21 de outubro.

Pese embora a reestruturação posteriormente operada pelo Decreto-Lei n.º 413/99, de 15 de outubro, que reconheceu a «(...) necessidade de se proceder ao reenquadramento de alguns dos efetivos, nomeadamente por força do esvaziamento do respetivo

conteúdo funcional (...)», as carreiras do pessoal dos serviços gerais dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde perduraram enquanto carreiras especiais até 1 de janeiro de 2009.

Quando entraram em vigor os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, com a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, e o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, aprovado em anexo à Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, que, em conjunto com outros diplomas, constituem o novo regime aplicável aos trabalhadores da Administração Pública, as carreiras do pessoal dos serviços gerais dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde foram extintas, tendo os trabalhadores nelas integrados, transitado para a carreira geral de assistente operacional.

A experiência colhida desde então demonstra, todavia, a necessidade de reavaliar o processo, não apenas pela especificidade das funções desenvolvidas por estes profissionais, mas em especial, porque o papel fundamental que assumem no processo complexo e muitas vezes imprevisível que caracteriza a atividade que diariamente é desenvolvida nos serviços e estabelecimentos de saúde, requiere a posse de qualificações profissionais específicas para o desempenho dessas funções.

Não podemos deixar de ter presente que estes profissionais fazem parte integrante das várias equipas multidisciplinares que são constituídas em diversos contextos dos serviços e estabelecimentos de saúde, designadamente nos serviços de internamento, blocos operatórios, serviços de radiologia, laboratórios, farmácias, serviços de esterilização, etc., assumindo um papel indispensável para o resultado final dos atos em saúde ali desenvolvidos.

De facto, estamos perante profissionais que não podem ser descontextualizados do todo em que se inserem, o que pressupõe, naturalmente, a existência de um conjunto de conhecimentos e competências que rentabilize não apenas o seu desempenho individual, mas contribua, a final, para o bom funcionamento do conjunto de que fazem parte integrante.

Na verdade, a eficácia do trabalho de equipa exige coordenação entre os diversos elementos, e que cada um saiba o que pode e deve fazer e o que os outros podem e devem fazer. Só desse modo se consegue prestar cuidados de saúde com os desejáveis, necessários e elevados níveis de eficiência e segurança, orientados pela preocupação de, em qualquer ato praticado, assegurar o respeito pela dignidade do utente

Importa também salientar o papel que assumem estes profissionais nos serviços de internamento, auxiliando na prestação de cuidados a uma população cada vez mais envelhecida, com o conseqüente aumento de patologias associadas à idade, bem como de comorbilidades, que tem levado ao incremento da procura de cuidados de saúde e requiere a posse de conhecimentos específicos para o desempenho das respetivas funções.

Acresce que, estes trabalhadores prestam a sua atividade laboral em condições mais exigentes que outros integrados na atual carreira de assistente operacional, auxiliando na prestação de cuidados em condições de particular penosidade, encontrando-se vinculados a trabalhar em qualquer dos dias do ano e período do dia, ou seja, fins-de-semana, feriados, e período noturno.

Não obstante, de entre as atribuições dos assistentes operacionais integrados nas carreiras gerais, há tarefas específicas dos assistentes operacionais que laboram em serviços ou estabelecimentos de saúde integrados no SNS que os diferenciam do conteúdo funcional previsto para a carreira geral de assistente operacional, e que igualmente se traduzem na exigência e cumprimento de deveres específicos.

Neste contexto, e porque as atividades e tarefas realizadas por estes profissionais, que apoiam também outros profissionais de saúde na prestação de cuidados ao utente, nomeadamente no que respeita à sua higiene e alimentação e na preparação para intervenções cirúrgicas – impôs-se a criação de uma carreira especial no âmbito dos serviços e estabelecimentos de saúde integrados no SNS que acomodasse a especificidade das funções desenvolvidas, algumas íntimas e diárias, as quais, de facto, aproximam os correspondentes trabalhadores dos diversos utentes doentes, e que, por essa razão, os distingue dos demais assistentes operacionais que exercem funções em serviços que não estejam integrados no SNS ou conexos com a prestação de cuidados de saúde.

Assim, com a participação ativa da DE-SNS, foi criada, pelo Decreto-Lei n.º 120/2023, de 22 de dezembro, a carreira de regime especial de técnico auxiliar de saúde e estabelecidas as regras relativas à transição dos assistentes operacionais integrados na carreira geral, que exerçam essas funções nos serviços e estabelecimentos de saúde integrados no SNS.

Segurança dos Profissionais de Saúde

O Gabinete de Segurança do Serviço Nacional de Saúde (GSSNS) foi criado pelo Despacho 3769/2024, de 08 de abril. O GSSNS que funciona na dependência do Conselho de Gestão da DE-SNS, tem como objetivo a promoção de ambientes seguros, saudáveis e impulsionadores de confiança, nas instituições do setor da saúde, assegurando a orientação, a coordenação e o acompanhamento das estruturas de segurança das instituições do SNS, cabendo-lhe ainda, a articulação e cooperação com outras instituições com intervenção na área da segurança e proteção civil, visando o aprofundamento das interações intersectoriais e o apoio ao desenvolvimento das boas práticas na atuação em matéria de segurança e prevenção de violência.

A violência afeta a qualidade dos serviços, impedindo que as instituições se tornem devidamente sustentáveis, na medida em que tem repercussões na organização e nas relações de trabalho, assim como, no empenho dos trabalhadores e na sua produtividade, em razão do absentismo por doença, da insatisfação e desmotivação profissional e na diminuição do valor imagético, quer da instituição de saúde em particular, quer do SNS em geral.

De acordo com os dados constantes no Portal da Transparência do SNS (<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>, site consultado no dia 02 de maio de 2024), em 2023 verificaram-se 238.474 dias de trabalho perdidos por doença, dos quais 21.359 por acidente em serviço ou doença profissional e destes, pelo menos, 3.685 dias de ausência (indicador do GSSNS) ocorreram na sequência de episódios de violência sofridos pelos profissionais de saúde.

Atendendo aos dados do mesmo Portal da Transparência, sabemos que em 2023 foram executados 5083,2 milhões de euros em despesa com pessoal, o que corresponde a uma despesa média diária *per capita* de 161,65€ (para um universo de 149.579 profissionais existentes em 31 de dezembro de 2023 e aplicando a fórmula $[(\text{Despesas com pessoal} / \text{número total de profissionais}) / (48 \text{ semanas} \times 35 \text{ horas semanais})] \times 7 \text{ horas diárias}$).

Assim, se nos focarmos nos 3.685 dias de ausência ao serviço devido a episódios de violência, apuramos um custo de improdutividade laboral de, aproximadamente, 595.673€ (161,65€ x 3685 dias), valor que ascende a aproximadamente 3,5 milhões de euros, se considerarmos a totalidade dos dias de ausência enquadrados como acidentes em serviço e a mais de 35 milhões de euros, se centrarmos a nossa atenção nas ausências ao serviço por doença.

Estes valores seriam significativamente agravados, se fossem englobados os custos associados a um conjunto de externalidades negativas resultantes destas ausências ao trabalho, apesar de alguns serem de natureza intangível.

Desta forma, podemos afirmar que, um dos desafios mais significativos dos próximos anos é, porventura, o da segurança das instituições do SNS, em especial, o seu principal ativo, os recursos humanos, mas também os seus equipamentos e instalações, razão pela

qual algumas das instituições do SNS deveriam ser consideradas como infraestruturas críticas nacionais. Para tal desiderato, as fortes exigências atuais obrigam à participação de um vasto conjunto de atores, alguns externos ao SNS (da área governativa da administração interna, da justiça, autarquias locais, entre outros), pois só uma estreita articulação entre eles, possibilitará a adaptação contínua da estratégia de prevenção e combate à violência, tendo em vista aumentar a segurança e, por conseguinte, elevar a satisfação e consequentemente o desempenho dos profissionais de saúde e, desta forma, melhorar o serviço prestado aos cidadãos.

Para além das matérias relacionadas com a prevenção da violência no setor da saúde, importa prestar igual atenção à temática relacionada com a segurança na vertente de *safety*, designadamente, no âmbito da implementação da Estratégia Internacional de Redução do Risco de Catástrofes. Parece-nos absolutamente essencial que de futuro sejam criadas metodologias para a identificação de necessidades de reforço, quer de instalações ou equipamentos, quer de procedimentos, e que de momento não existem em grande parte das instituições.

Em suma, as matérias relacionadas com a segurança representam um impulso no processo de melhorar os ambientes e o bem-estar no trabalho, enquanto fator de satisfação e compromisso afetivo dos trabalhadores com as organizações do SNS e consequente respaldo na qualidade e economia dos cuidados de saúde prestados.

Objetivos Estratégicos

Considerando o objetivo geral da promoção de ambientes seguros, saudáveis e impulsionadores de confiança nas instituições do setor da saúde, propomo-nos a alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

- › Aumentar o sentimento de segurança dos profissionais de saúde;
- › Mitigar as consequências da violência exercida sobre os profissionais de saúde;
- › Diminuir os eventos de violência sobre os profissionais de saúde.

Para alcançar estes objetivos, iremos incidir a atividade nos seguintes eixos estratégicos:

- › Promover uma cultura de segurança no SNS;
- › Reconfigurar o sistema de reporte de violência;
- › Reforçar a segurança;
- › Criar um observatório de segurança do SNS;
- › Reforçar a resiliência em cenário de catástrofe ou emergência.

Promover uma cultura de segurança

A cultura de uma organização traduz um modo de estar, de fazer e de ser, visível nas interfaces de contacto com a população e determinante no equilíbrio entre fatores precipitantes e dissuasores de violência. Uma cultura organizacional pautada pela

transparência e responsabilidade social, respeito e dignidade, alicerçada em práticas valorizadoras das pessoas, tenderá a criar locais de desenvolvimento de boas práticas.

Em particular, a cultura de segurança relaciona-se com três aspetos essenciais: o conhecimento dos profissionais, o comportamento dos profissionais e a organização e ambiente de segurança existente. Uma cultura de segurança robusta assenta, portanto, no alinhamento entre o conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde sobre as temáticas de segurança, a conformação do seu comportamento com o conhecimento adquirido e a implementação e criação de normas e procedimentos de segurança (organização) e de mecanismos, equipamentos e espaços seguros (ambiente).

O objetivo deste eixo passa pela criação e reforço de uma cultura de segurança por via da capacitação e formação das pessoas que trabalham no setor da saúde e a concretização, também, de ações externas, pois são os veículos para a promoção do bem-estar e prevenção da violência no setor da saúde.

Os objetivos específicos deste eixo são os seguintes:

- › Capacitar as lideranças e os trabalhadores do SNS na temática da segurança no local de trabalho;
- › Proporcionar conhecimento sobre fatores de prevenção da violência;
- › Melhorar o bem-estar, o desempenho e a atratividade das instituições do SNS.

Decorrente da presente medida, pretende-se desenvolver as seguintes atividades:

- › Elaborar e implementar um Plano Nacional de Formação para os profissionais do SNS;
- › Criar uma Rede Nacional de Formadores;
- › Elaborar conteúdos pedagógicos para suporte aos cursos definidos no plano de formação;
- › Disponibilizar um Centro Nacional de Recursos de Formação;
- › Contemplar a realização de cursos em formato de e-learning;
- › Efetuar as jornadas da Rede Nacional de Formadores.

A avaliação da presente medida será concretizada pela superação dos seguintes indicadores:

- › Apresentação do Plano de Formação;
- › Disponibilização da rede de formadores nas áreas temáticas definidas no Plano de Formação;
- › Formação, ao nível nacional, da rede de formadores;
- › Criação de um Centro de Recursos Pedagógicos (na área da violência);
- › Criação dos conteúdos para as ações previstas no plano de formação e sua disponibilização no Centro de Recursos;
- › Desenvolver pelo menos um curso em formato de e-learning;
- › Iniciar a implementação do Plano de Formação, ministrando, pelo menos, 5000 horas de formação anuais.

Reconfigurar o sistema de reporte de violência

Perante a ocorrência de episódios de violência as tecnologias móveis e online poderão permitir que os profissionais de saúde participem ativamente no esforço de resposta, através da prestação bidirecional, disseminação, partilha e recuperação de informações essenciais para uma eficaz e eficiente resolução das situações, bem como, para a implementação de medidas preventivas do fenómeno.

Não existe atualmente qualquer sistema fiável que recolha esta informação centralmente a nível nacional. Assim, este eixo estratégico pretende disponibilizar um novo sistema cuja tecnologia permita suportar os processos relacionados com procedimentos de segurança, designadamente, daqueles que têm por missão analisar o fenómeno da violência e apoiar, efetivamente, os profissionais de saúde.

A informação é essencial para suportar os processos de decisão, mas também para publicitar ao cidadão dados relevantes e úteis sobre a sua atividade. Assim, a solução a desenvolver deve potenciar a análise de informação por via de *reporting* operacional e analítico, nomeadamente através do recurso a relatórios estatísticos, indicadores, *dashboards* e *scorecards*, suportando a exploração da informação de forma mais ou menos *ad-hoc*, conforme as necessidades em causa.

Os dados de base ao *reporting* deverão ser registados num repositório único e central, perfeitamente integrado na solução a desenvolver. A centralização da informação para gestão num único local permitirá a obtenção de sinergias ao nível da capacidade de cruzamento de informação dos distintos sistemas e dos custos globais da solução, iniciais e futuros (por exemplo, custos de manutenção, licenciamento e infraestrutura e/ou de equipamento).

O sistema deverá ainda estar desenhado de forma a estar também ao serviço do profissional de saúde, pelo que consideramos que deverá ser composto por um software, acessível em desktop e em mobilidade, de forma a garantir apoio não apenas em contextos formais de trabalho, como ambulatório e internamento, mas também de atuação comunitária, como visitação domiciliária.

O sistema, ainda que possa estar inserido num conjunto de aplicações com a finalidade de controlar a violência no ciclo de vida, deverá ser orientado para os profissionais de saúde, pelo que deverá prever a realização de um registo e validação, contudo, deverá permitir igualmente o anonimato do profissional de saúde, caso este assim o deseje, cumprindo os princípios do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Idealmente, será conveniente a interligação deste sistema com Sistema de Queixa Eletrónica do Ministério da Administração Interna. O Sistema Queixa Eletrónica destina-se a facilitar a apresentação à GNR e à PSP de queixas e denúncias por via eletrónica quanto a determinados tipos de crime, cuja lista se encontra definida na Portaria n.º 1593/2007, de 17 de dezembro.

Os objetivos deste eixo são os seguintes:

- › Aumentar o número de notificações, reportes e denúncias (criminais) de violência;
- › Promover a participação e o envolvimento dos profissionais de saúde nas temáticas da segurança e na respetiva apresentação de soluções;
- › Melhorar a gestão da segurança nas várias instituições.

A implementação de um sistema a este nível é muito mais do que a simples disponibilização e desenho de um software, trata-se de um procedimento que irá ter impacto a vários níveis, desde o próprio modelo de gestão das ocorrências, à sua utilização pelos profissionais, enfim, na globalidade do SNS e na sua interligação com a sociedade.

Tal empreitada, está necessariamente sujeita a um rigoroso planeamento por forma a mitigar os riscos da sua disponibilização, passando por diferentes fases de desenvolvimento e implementação, salientando-se as seguintes atividades:

- › Análise funcional ao atual sistema de notificações;
- › Elaboração dos requisitos para um novo sistema;
- › Avaliar as questões ético-legais relacionados com o sistema;
- › Avaliar a possibilidade de ligação ao Sistema de Queixa Eletrónica ou desenvolvimento autónomo deste;
- › Procedimentos de contratação (se necessário);
- › Desenho funcional do sistema;
- › Construção e desenvolvimento;
- › Avaliação em ambiente de testes;
- › Disponibilização do sistema;
- › Comunicação / Apresentação pública do sistema.

A avaliação da presente medida será considerada concretizada pela apresentação em ambiente real do sistema.

Reforçar a Segurança

A implementação de um modelo de segurança para o setor da saúde é um objetivo de charneira. Para o efeito é imprescindível ajustar e consolidar toda a estrutura de gestão entretanto criada, nomeadamente, os Pontos Focais Institucionais e respetivos Grupos Operativos Institucionais, os Pontos Focais Locais e respetivos Grupos Operativos Locais, bem como, a rede colaborativa das Forças de Segurança (Pontos Oficiais de Contacto da PSP e da GNR).

Toda esta estrutura tem um papel crucial em sede de prevenção e gestão de conflitos, na identificação de comportamentos desviantes, como ainda, no acompanhamento das vítimas de violência. Os Pontos Focais Institucionais têm ainda a responsabilidade de promover a realização das avaliações do risco de violência nas várias instituições, sendo este um processo que irá permitir, em tempo útil, a introdução de fatores corretivos e de se “providenciar segurança”, mas também, “sentimento de segurança” ao universo dos profissionais de saúde. Assim, é importante que se proceda à criação ou atualização das

cartas de risco das várias unidades de saúde, à difusão de orientações de atuação e que se criem mecanismos de articulação entre todos os envolvidos. Neste sentido é fundamental criar doutrina para apoiar as várias instituições, pelo que se propõe a elaboração de um manual de segurança que facilite a criação de planos de segurança e prevenção da violência (PSPV) em todas as instituições.

A elaboração de um manual de segurança constitui-se como um instrumento fundamental, para apoiar e despertar os responsáveis das várias instituições que compõem o SNS, para a necessidade de haver um alinhamento securitário que promova ambientes de trabalho seguros e instalações de saúde protegidas, pelo que se pretende o seguinte:

- › Apoiar e auxiliar na elaboração de planos de segurança institucionais;
- › Desenvolver os conteúdos funcionais das instalações (em matéria de segurança);
- › Promover a identificação de responsabilidades organizacionais e individuais em matéria de segurança;
- › Fomentar a partilha de boas práticas de segurança e incentivar e apoiar na avaliação do risco;
- › Promover uma maior cultura de segurança;
- › Contribuir para o reforço da notificação e monitorização de incidentes e respetiva análise, como forma de prevenir novos episódios;
- › Estimular o desenvolvimento de parcerias com autoridades locais, designadamente com as forças de segurança e aprofundar as já existentes (Polícia de Segurança Pública – PSP e Guarda Nacional Republicana – GNR).

Após a elaboração do Manual de Segurança é importante que cada instituição concretize uma autoavaliação sobre as necessidades de investimento em matéria de segurança, seja relacionado com equipamento, seja relativo a obras de adequação dos espaços por forma a tornar os mesmos mais seguros.

O propósito desta ação é alcançar padrões elevados de eficácia e segurança de todos os profissionais de saúde e de todos os utentes do SNS. Assim, no âmbito das avaliações de risco, devem ser elencadas as seguintes necessidades: implementação de sistemas de videovigilância; colocação de botões de pânico; criação e identificação física de circuitos com controlos de acesso e portas de fuga; colocação de barreiras físicas em balcões de atendimento; implementação de sistemas de alarme diretamente para as forças de segurança; mecanismos de alarme para as visitas domiciliárias dos profissionais de saúde; realização de obras de reconversão dos espaços de espera e de atendimento; etc.

Reconhecendo-se a importância da segurança dos profissionais de saúde na prestação de cuidados, importa transportar esta preocupação para o processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS, refletindo-se em atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos prestadores de cuidados de saúde. A definição de critérios e metas a alcançar, conjugado com uma monitorização da sua eficiência, eficácia e qualidade irá contribuir para o alinhamento estratégico da gestão dos serviços de saúde, com os níveis

securitários pretendidos para todo o sistema. Pretende-se alcançar um compromisso efetivo, refletido nos critérios da negociação da contratualização e consequentemente, nos respetivos incentivos e penalizações aplicados às instituições.

São objetivos deste eixo os seguintes:

- › Reforçar as avaliações de risco de violência no setor da saúde e, consequentemente, implementar medidas que melhorem o ambiente e o bem-estar no trabalho;
- › Aumentar a literacia de segurança dos profissionais de saúde;
- › Reforçar a resposta às situações de violência, designadamente, na mitigação das suas consequências;
- › Incrementar o compromisso das lideranças no âmbito da segurança e da prevenção da violência.

Decorrente da presente medida, pretende-se desenvolver as seguintes atividades:

- › Elaborar um Manual de Segurança para o SNS;
- › Realizar a apresentação pública do Manual de Segurança;
- › Concretizar o diagnóstico de necessidades de investimentos em equipamentos e obras para reforço de segurança, considerando o manual de segurança, designadamente, os conteúdos funcionais das instalações e as avaliações de risco;
- › Elaborar os mapas/matriz de indicadores de segurança a serem incluídos no processo de contratualização de objetivos das instituições.

A avaliação da presente medida será considerada concretizada pela apresentação do seguinte:

- › Elaboração do manual e sua apresentação pública;
- › Apresentação do plano de investimentos em segurança nas instalações;
- › Apresentação da matriz de indicadores de segurança.

Criar um Observatório de Segurança do SNS

A comunicação é estratégica quando, para além da transmissão da mensagem, conseguimos garantir que todos compreendem o que queremos comunicar. Não basta elaborar e difundir documentos, é preciso saber a melhor forma de comunicar a mensagem, para que todos os destinatários compreendam o que se pretende.

Atualmente, existem vários modos de comunicar e todas as instituições do SNS fazem uso de todas as formas, no entanto, quando a mensagem se reporta a questões de segurança, importa assegurar a coerência da informação, por via da criação de um canal nacional de referência para as questões de segurança no setor da saúde.

O «Observatório de Segurança do SNS» será então a plataforma de comunicação, divulgação de assuntos relacionados com a segurança e violência no setor da saúde e, consequente interação com a sociedade. Servirá como repositório de toda a evidência

que existe sobre o fenómeno e da documentação técnica, normativa e legal importante para a área.

No âmbito do observatório, deve ser promovida a identificação, notificação e análise das situações de violência, cuja informação deve ser tratada e apresentada regularmente.

Diretamente relacionado com o observatório, importa ainda enfatizar que apenas com o incremento de mecanismos de coordenação intersectorial e com a articulação eficaz dos recursos existentes é possível enfrentar os desafios que a segurança nos coloca, em especial, num período em que o SNS está sob forte pressão.

Desta forma, e conforme previsto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, de 5 de janeiro, é imperativo criar uma rede colaborativa entre as áreas da administração interna, da justiça e da saúde, com o objetivo principal de prevenir a violência no setor da saúde. Assim, para além da partilha de informação sobre a temática, pretende-se constituir um grupo *"think tank"* a que se poderão associar, para além de representantes das áreas governamentais referidas, igualmente, representantes das ordens profissionais, bem como, de outras associações que possam ser convocadas ou convidadas.

A presente medida tem os seguintes objetivos:

- › Estimular a criatividade e o pensamento crítico, contribuído para o desenvolvimento de novas soluções no âmbito da prevenção da violência no setor da saúde;
- › Incentivar ao estudo do fenómeno da violência;
- › Apoiar os profissionais do setor da saúde, disponibilizando guias e informação pertinente sobre a temática;
- › Apoiar as instituições com a disponibilização de informação e recursos fundamentais;
- › Estimular o compromisso das instituições no reforço da cultura de segurança, por via da publicação de indicadores de benchmarking;
- › Envolver parceiros estratégicos na prevenção da violência no setor da saúde;
- › Aprofundar a articulação e parcerias existentes.

No âmbito da presente medida devem ser contempladas as seguintes atividades:

- › Definição do local de alojamento do site;
- › Definição dos conteúdos e áreas temáticas;
- › Elaboração dos conteúdos;
- › Disponibilização em ambiente de testes;
- › Disponibilização em ambiente real;
- › Apresentação pública do Observatório;
- › Definição dos representantes da rede colaborativa (MS, MAI, MJ);
- › Elaboração de ata de funcionamento da rede colaborativa (grupo *think tank*);
- › Definição da informação a partilhar rede colaborativa, para efeitos de partilha no observatório;
- › Elaboração de plano anual de atividades da rede colaborativa;

- › Desenvolvimento de um seminário organizado pela rede colaborativa.

A avaliação da presente medida será considerada concretizada pela apresentação do seguinte:

- › Disponibilização do site do observatório;
- › Apresentação do plano anual de atividades da rede colaborativa;
- › Desenvolvimento de um seminário.

Resiliência em cenário de catástrofe ou emergência

A redução dos riscos de catástrofes é uma questão de grande complexidade onde o setor da saúde tem um papel preponderante no âmbito da atuação em articulação com um vasto conjunto de atores.

De futuro, acreditamos que cada vez mais situações terão de ser enfrentadas pelas nações, sendo chamados a intervir de modo mais premente as instituições do SNS.

Para tal, é fundamental que as mesmas tenham a necessária capacidade, não só de resistir em cenários de catástrofe, mas também, estejam preparadas para dar a resposta necessária, em articulação com outros agentes de proteção civil.

Assim, o objetivo deste eixo passa pela identificação de necessidades de reforço, quer físicos, quer procedimentais, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre como atuar em cenários extremos, fortalecer a gestão do risco e de preparação para uma resposta efetiva, coordenada e articulada com outros agentes de proteção civil.

Abordagem

Para a prossecução dos objetivos estratégicos, tendo presente as contingências de ordem ambiental (interna e externa), a estratégia a adotar irá assentar nos seguintes pilares essenciais:

- › Adotar uma filosofia de facilitação e uma orientação para a resolução concreta e expedita dos problemas relacionados com violência que afetam, em primeira linha, os profissionais de saúde que exercem a sua atividade no SNS;
- › Criar, aprofundar e fortalecer parcerias com vários atores, articulando formas de intervenção, quer no próprio Ministério da Saúde, quer em outras entidades com um papel central na segurança dos profissionais de saúde e das suas instalações;
- › Desenvolver uma cultura de segurança em todo o sistema, seja por via de formação específica, pela difusão de orientações ou pela capacitação da rede de prevenção da violência;
- › Acompanhar, permanentemente, todas as situações de violência, em contexto laboral, em que estejam envolvidos os profissionais de saúde, desenvolvendo esforços para mitigar as consequências da violência;

- › Contribuir para a definição de políticas de segurança que visem incrementar os níveis securitários do sistema e contribuir para a diminuição dos casos de violência;
- › Articular as atividades em estreita colaboração com o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) e, em especial, com o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), da Direção-Geral da Saúde.

A implementação da estratégia contempla uma abordagem segmentada por 3 grandes eixos: administrativo, comportamental e ambiental.

No eixo administrativo falamos do conjunto de medidas que incidem nas questões relativas à organização de segurança, nomeadamente, a implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, por exemplo, a nomeação dos pontos focais previstos, a existência de circuitos de registo, notificação, referenciação e análise das situações de violência, a verificação de procedimentos definidos para intervenção em situações de violência, designadamente, mecanismos de aceder aos apoios psicológico e jurídico, bem como, outros planos e protocolos de procedimentos, entre os quais, mapas de avaliação de risco ou procedimentos sobre as rotinas de segurança. Insere-se ainda neste âmbito as necessárias medidas de natureza legislativa a desenvolver pela tutela.

O eixo comportamental incide sobre aspetos relacionados com o conhecimento dos profissionais (incluindo hierarquia) sobre a organização de segurança implementada (se conhecem, sabem atuar e conformam o seu comportamento ao esperado), bem como, com atividades de formação, literacia, comunicação e envolvimento da comunidade, que devem ser desenvolvidas.

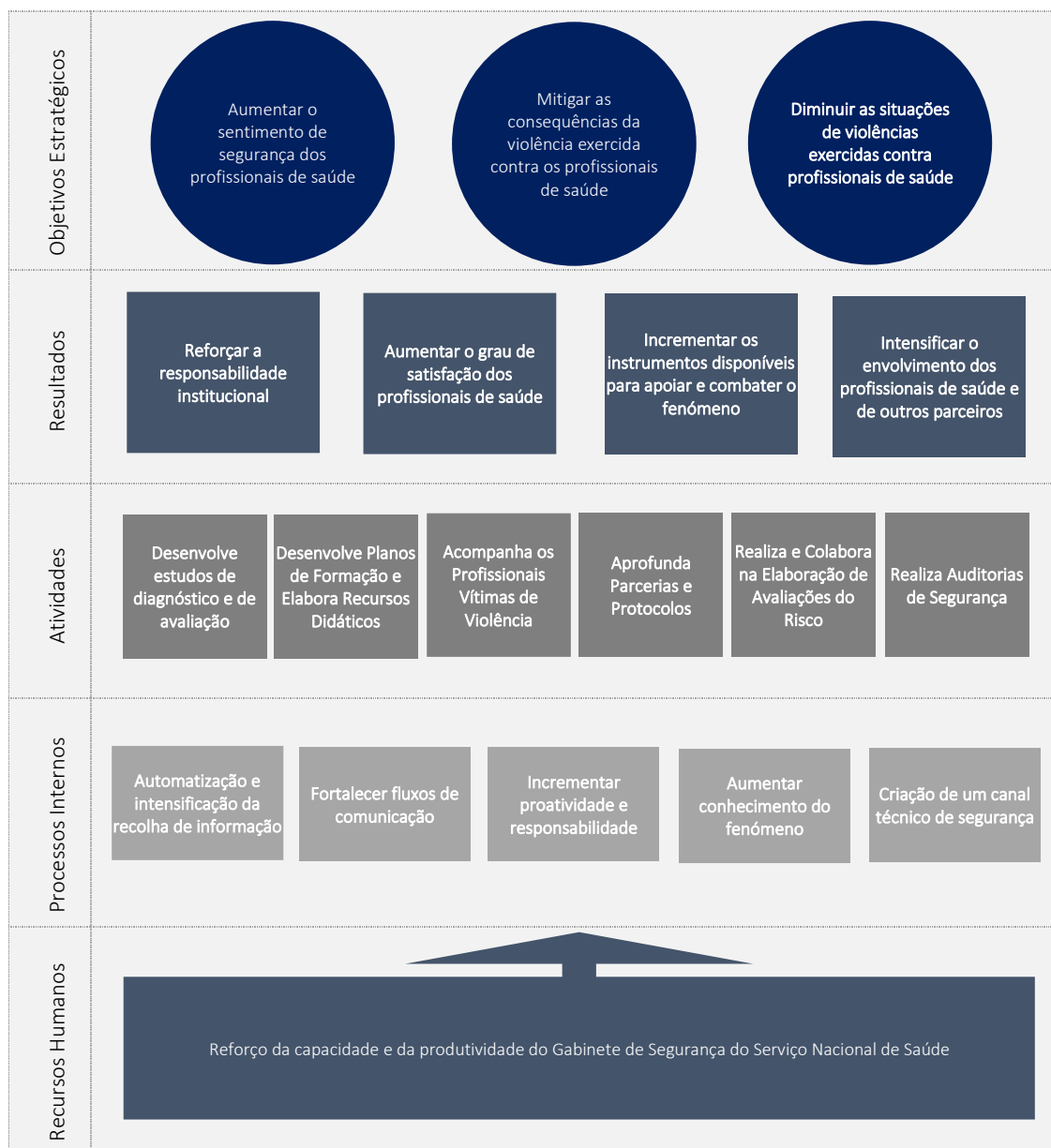
Por fim, na **perspetiva ambiental** é necessária uma abordagem no âmbito do reforço das medidas de segurança física. Estas são essenciais para prevenir o fenómeno da violência contra profissionais de saúde e enquadram intervenções físicas nas próprias instalações, a "estanquização" dos utentes em diferentes salas de espera, os controles de acesso realizados, quer por vigilantes de segurança privada, quer por mecanismos eletrónicos, a delimitação de corredores de circulação, a organização dos vários espaços de espera e de atendimento, a efetiva criação e controlo das áreas de acesso condicionado, etc.

Todas as medidas previstas são precedidas de uma cuidada avaliação do risco, que permite proceder a uma distribuição eficiente dos recursos, por forma a minimizar as vulnerabilidades, controlar as consequências e desta forma, maximizar a segurança. Por outras palavras, prevenir o que pode ser prevenido e controlar as situações que não puderam ser prevenidas. Por conseguinte, o modelo de atuação passará sempre por três tipos de resposta:

- › Eliminar as ameaças antes delas se concretizarem;
- › Diminuir as vulnerabilidades aumentando a segurança;

- › Minimizar as consequências depois das ameaças se concretizarem.

Assim, todas as medidas preconizadas estão alinhadas conforme o seguinte mapa estratégico:



Outras Instituições Envolvidas

Apenas com o incremento dos mecanismos de coordenação intersectorial e com a articulação eficaz dos recursos existentes é possível enfrentar os desafios que a segurança nos coloca. Assim, na implementação desta estratégia, então envolvidas diversas entidades com um papel central na temática, salientando-se os seguintes:

- › Guarda Nacional Republicana (GNR);

- › Polícia de Segurança Pública (PSP);
- › Direção-Geral da Política da Justiça (DGPJ);
- › Procuradoria-Geral da República (PGR);
- › Direção-Geral de Saúde (DGS);
- › Inspeção-geral de Atividades em Saúde (IGAS);
- › Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT).

Acrescem às instituições acima referidas, muitas outras, quer da academia, poder local, ordens profissionais, etc.

Resultados Preliminares

Da avaliação realizada destacamos os seguintes resultados alcançados até final de 2023:

- › Aprovado a inclusão dos crimes cometidos contra os profissionais de saúde, como crimes de prevenção e investigação prioritárias Lei n.º 55/2020, para o biénio 2020-2022 e reforçado na Lei 51 de 2023, para o biénio 2023-2025);
- › Articulação com a DGS para a aprovação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, através da RCM 1/2022, de 5 de janeiro;
- › Implementação do modelo de gestão da segurança e prevenção da violência constituído por mais de 1700 profissionais de saúde (pontos focais) que se inserem em Grupos Operativos (equipas) nas várias instituições do SNS e que contam com o apoio das Forças de Segurança que nomearam 227 polícias e militares que se articulam com os pontos focais.
- › A perceção de segurança dos profissionais de saúde melhorou em 2023, face a 2021. Segundo o Inquérito de Segurança de 2021, cerca de 76% dos profissionais de saúde sentiam-se seguros no seu local de trabalho e, no Inquérito de Segurança de 2023, aproximadamente 82% referiu sentir-se seguro no local de trabalho.
- › Igualmente, em 2021, cerca de 61% dos profissionais considerava as medidas de segurança adequadas e, em 2023, aproximadamente, 69% dos profissionais considerou as medidas de segurança adequadas.
- › Implementação de serviços de apoio:
 - Serviço de Aconselhamento Psicológico para profissionais de saúde no SNS 24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde, dos SPMS;
 - Circuitos de apoio jurídico aos profissionais de saúde;
 - Circuitos de aconselhamento técnico do GSSNS às instituições do SNS, mas também diretamente aos profissionais de saúde;
 - Em articulação com as Forças de Segurança, implementação de um modelo de policiamento de proximidade junto das instituições do SNS: Programa de proximidade “Saúde em Segurança da PSP” e Programa de Proximidade “Profissionais de Saúde em Segurança” da GNR.
- › Atividade relacionada com segurança, monitorização, diagnóstico e resposta à violência:

- Monitorização das situações de violência;
 - Realização de dois inquéritos nacionais de segurança junto das instituições do SNS, nos quais foram emitidas fichas de avaliação de segurança para cada instituição, as quais têm vindo a implementar as recomendações nelas constantes (o inquérito de segurança 2023 está a ser elaborado);
 - Concretização de visitas de segurança a 24 instituições do SNS, envolvendo dezenas de serviços e edifícios, nas quais se promovem avaliações de risco e melhorias ao sistema de gestão de segurança;
 - Acompanhamento direto no Gabinete de Segurança de 270 processos de violência que lhe foram diretamente comunicados;
 - Resulta da monitorização feita a identificação de algumas causas típicas de violência (por exemplo, expectativas dos utentes, divergências, quadro clínico) havendo a preocupação de fazer incluir nos protocolos de atuação das instituições os procedimentos e medidas preventivas necessárias.
- › No âmbito da cultura organizacional, literacia e comunicação,
- Foram realizadas 65 ações de formação em várias instituições do SNS, concretizados vários seminários e publicações.
- › No âmbito das parcerias:
- Foi criada uma rede colaborativa entre as áreas governativas da administração interna e da saúde;
 - Foram concretizados, contactos com a Procuradoria-Geral da República para formação e articulação da intervenção na área da violência sobre os profissionais de saúde;
 - Foram estabelecidos contactos com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde – IGAS para estabelecer uma parceria para formação e execução de auditorias temáticas na área;
 - Articulação com o INA, que se operacionalizou na implementação de várias oficinas de cocriação e resultou na publicação de um livro com projetos piloto que foram concretizados em várias instituições e que tiveram um impacto positivo na prevenção da violência no setor da saúde;
- › No âmbito da articulação com o PAPVSS da DGS, os dados referentes a 2022 e de 2023, explanam-se na tabela seguinte:

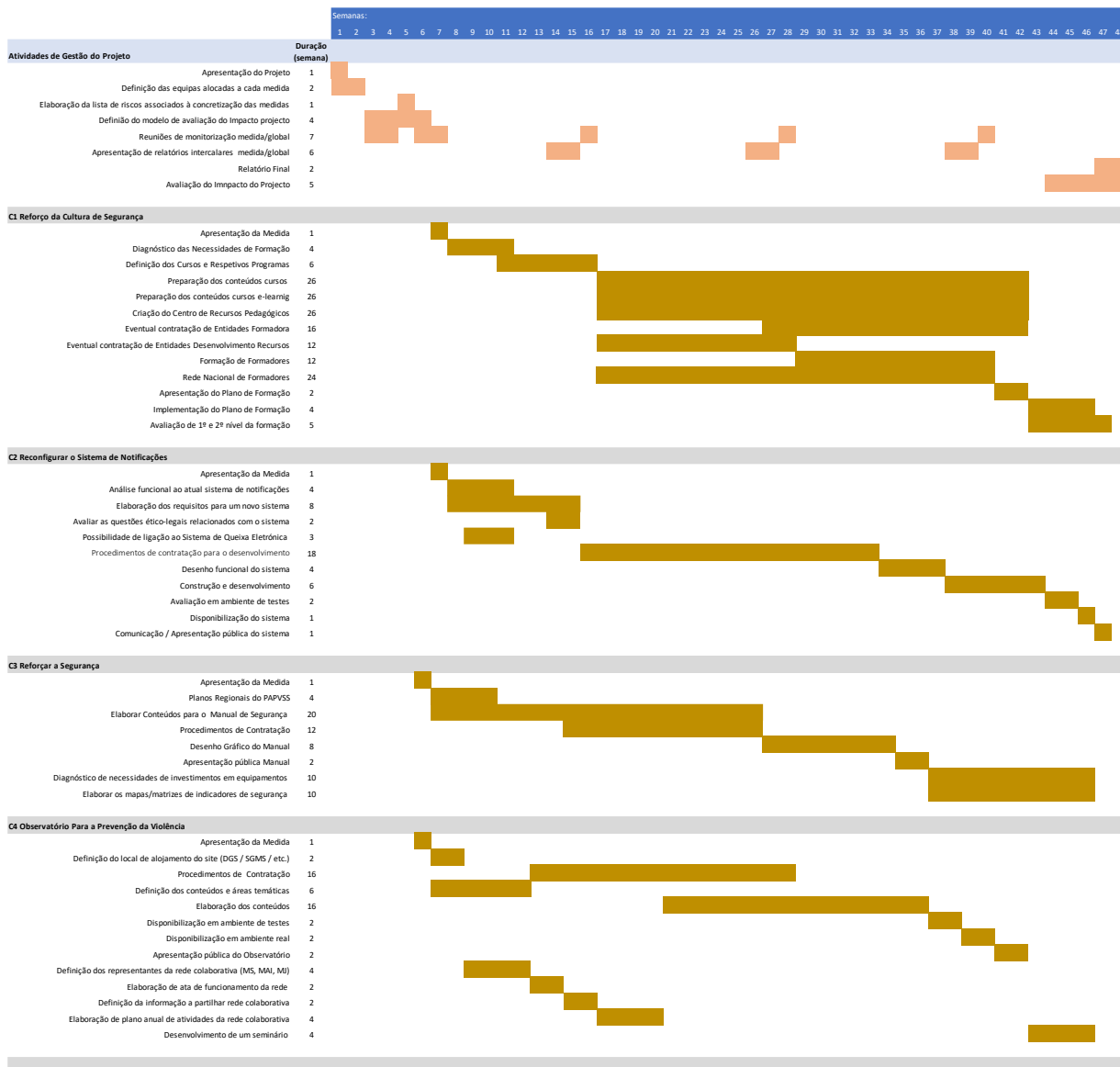
	2022	2023		Acumulado (2022 + 2023)	Variação 2023 / 2022
		Abs.	% (face ao total abrangido)		
Nº de instituições respondentes	97	87	90%		-10%
1. ESTRUTURA					
Grupos Operativos Regionais (GOR) em atividade	5	5		---	0%
Profissionais que integram o GOR	23	23		---	0%
Grupos Operativos Institucionais (GOI) em atividade	84	81	84%	---	-4%
Profissionais que integram o GOI	477	516	---	---	8%
GOI com regulamento de funcionamento	27	59	61%	---	119%
Instituições com Grupos Operativos Locais (GOL) em atividade	44	56	58%	---	27%
Profissionais que integram o GOL	1063	1737	---	---	63%
TOTAL de profissionais que integram a estrutura	1563	2276	---	---	46%
2. ARTICULAÇÃO COM AS FORÇAS DE SEGURANÇA					
Nº de Reuniões Locais com a PSP	139	161	---	300	16%
Sessões ministradas pela PSP	153	175	---	328	14%
Profissionais que participaram nas sessões da PSP	3349	3653	---	7002	9%
Nº de Reuniões Locais com a GNR	44	93	---	137	111%
Sessões ministradas pela GNR	32	88	---	120	175%

Profissionais que participaram nas sessões da GNR	686	2139	---	2825	212%
TOTAL Reuniões Locais com as FS	183	254	---	437	39%
TOTAL Sessões ministradas pelas FS	185	263	---	448	42%
TOTAL Profissionais que participaram em sessões das FS	4035	5792	---	9827	44%
3. MECANISMOS DE APOIO					
Nº de instituições com apoio psicológico	82	77	79%	---	-6%
Nº de profissionais que usufruíram de apoio psicológico	543	409	---	952	-25%
Nº de instituições com apoio jurídico	64	67	69%	---	5%
Nº de profissionais que usufruíram de apoio jurídico	164	286	---	450	74%
Nº de instituições com apoio clínico	n/a	80	82%	---	---
Nº de profissionais que usufruíram de apoio clínico	n/a	324	---	324	---
4. MECANISMOS DE ORGANIZAÇÃO					
Nº de instituições com Plano de Segurança e Prevenção da Violência (PSPV)	46	59	61%	---	28%
Nº de instituições com protocolos de atuação em cenários de violência	59	74	76%	---	25%
Nº de instituições com códigos de conduta e prevenção do assédio	69	73	75%	---	6%
Nº de instituições com avaliação do risco concretizada no ano	46	50	52%	---	9%

5. LITERACIA E COMUNICAÇÃO					
Nº de sessões de capacitação na temática da segurança e prevenção da violência	245	598	---	843	144%
Profissionais que participaram nas sessões de capacitação	8474	9059	---	17533	7%
TOTAL de sessões de capacitação total (incluindo FS)	428	852	---	1280	99%
TOTAL Profissionais que participaram em sessões de capacitação (incluindo das FS)	12509	14851	---	27360	19%
Nº de campanhas de sensibilização e prevenção da violência realizadas	24	97	---	121	304%
6. OCORRÊNCIAS E CONSEQUÊNCIAS					
N.º de Episódios acompanhados pelos PFI	1820	2324	---	4144	28%
N.º de Episódios denunciados criminalmente	202	156	---	358	-23%
N. de Condenações de agressores conhecidas	n/a	16	---	16	---
Nº de processos disciplinares/inquérito iniciados	n/a	120	---	120	n/a
Nº de processos por acidentes em serviço iniciados	329	265	---	594	-19%
Nº de dias de ausência na sequência de episódios de violência	2645	3685	---	6330	39%
Nº de profissionais que necessitaram de apoio clínico	n/a	324	---	324	n/a

Próximos Passos

O desenvolvimento dos objetivos estratégicos previstos adotará uma abordagem de implementação de projeto, prevendo-se um período de dois anos para a sua concretização, conforme cronograma seguinte:



Para avaliação do impacto das medidas iremos sustentar a avaliação na concretização de uma avaliação interna, através da realização dos inquéritos de segurança, e que terá como referência de comparação os inquéritos já realizados (2019, 2021 e 2023, este último a decorrer e cujos resultados serão brevemente conhecidos).

O inquérito de segurança contempla dois eixos de avaliação, um aos responsáveis das instituições que estão a avaliar os vários critérios de segurança e outro questionário respondido por milhares de profissionais de saúde e que procura medir o seu sentimento de segurança. Assim, poderemos aferir o impacto das medidas executadas, por via de uma avaliação diacrónica e até síncrona das várias instituições.

Outros Projetos

Hospitalização Domiciliária

A Hospitalização Domiciliária constitui-se como uma modalidade de resposta assistencial que assegura, no domicílio, a prestação de cuidados de saúde com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar.

Em 2023, a Hospitalização Domiciliária atingiu um novo recorde de doentes tratados, 10.037, representando um aumento de 12,3% face a 2022. A capacidade instalada situou-se nas 352 camas, mais 4,1% face a 2022 e (equivalente a um hospital de média dimensão).

Esta resposta no domicílio, assegurada por equipas multidisciplinares, permitiu reduzir, em 2023, a demora média de internamento de 9,9 para 9,7 dias, estimando-se uma poupança de 97.513 dias de internamento nos hospitais, com ganhos para os doentes em conforto, segurança e autonomia, bem como vantagens na organização do internamento hospitalar. Ao todo, as equipas fizeram 130.136 visitas a casa dos doentes, um aumento de 14% face ao ano anterior. Estes internamentos no domicílio registaram uma taxa de eficiência de 49,73%, representando, assim, metade dos encargos médios com estes doentes em contexto hospitalar.

A DE-SNS trabalhou em colaboração com responsável pela implementação e dinamização das Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) nos estabelecimentos hospitalares do SNS, Dr. Delfim Rodrigues, e com o Gabinete do Sr. Secretário de Estado da Saúde, na dinamização desta dimensão.

Paralelamente, as equipas de Hospitalização Domiciliária do SNS vão poder organizar-se em CRI, com o reforço dos projetos assistenciais e a valorização salarial dos profissionais envolvidos.

O Despacho n.º 2870/2024, de 18 de março, nomeou um grupo de trabalho para o desenvolvimento do modelo de avaliação de desempenho das equipas dedicadas às UHD, o que irá permitir consolidar o trabalho destas equipas, já em funcionamento em 36 unidades do SNS.

A nova geração de CRI do SNS vem mudar o paradigma de organização tradicional dos serviços hospitalares, potenciando a melhoria do acesso, mediante a adoção de lógicas assistenciais colaborativas e participadas, bem como aproveitamento de sinergias e complementaridade de funções e especialidades.

As equipas podem focar-se no desenvolvimento da atividade assistencial numa determinada área e o desempenho passa a ser associado à remuneração dos profissionais, configurando uma forma de valorização dos recursos humanos, a par de um novo regime de trabalho em dedicação plena para os trabalhadores médicos.

Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde

Despacho n.º 7309/2023, de 11 de julho, designa o presidente e o vice-presidente da Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde.

“Considerando que o Decreto-Lei n.º 43/2020, de 21 de julho, que estabelece o Sistema Nacional de Planeamento Civil de Emergência, define que este é integrado pelo Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência (CNPCE) e pelas comissões de planeamento de emergência;

Considerando que estas comissões de planeamento de emergência são órgãos setoriais de planeamento civil de emergência e representam o sistema nacional nos grupos congéneres no âmbito da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN);

Considerando que se encontra prevista, nos termos da alínea f) do n.º 2 do artigo 13.º do mesmo diploma, a Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde;

Considerando que, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 15.º e no n.º 1 do artigo 17.º daquele diploma, os presidentes e os vice-presidentes das comissões são designados pelo membro do Governo responsável pela respetiva área governativa;

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 15.º e do n.º 1 do artigo 17.º, do Decreto-Lei n.º 43/2020, de 21 de julho, e ao abrigo das competências delegadas pelo Despacho n.º 12167/2022, de 18 de outubro, do Ministro da Saúde, determino o seguinte:

1 — São designados para a Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde:

- a) Presidente: Fernando Manuel Ferreira Araújo, Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, com efeitos a 18 de janeiro de 2023;*
- b) Vice-presidente: Vítor Jaime Pereira Alves, membro do Conselho de Gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, com efeitos à data da publicação deste despacho.*

2 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e tem efeitos nos termos do número anterior.”

Despacho Conjunto n.º 7474/2023, de 18 de julho de 2023, designa os membros da Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde.

“Considerando que o Decreto-Lei n.º 43/2020, de 21 de julho, que estabelece o Sistema Nacional de Planeamento Civil de Emergência, define que este é integrado

pelo Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência (CNPCE) e pelas comissões de planeamento de emergência;

Considerando que estas comissões de planeamento de emergência são órgãos setoriais de planeamento civil de emergência e representam o sistema nacional nos grupos congéneres no âmbito da OTAN;

Considerando que se encontra prevista, nos termos da alínea f) do n.º 2 do artigo 13.º do mesmo diploma, a Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde;

Considerando que, nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 13.º daquele diploma, os membros das comissões são designados por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área da administração interna e pela área governativa do âmbito da respetiva comissão;

Considerando que, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 15.º e no n.º 1 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 43/2020, de 21 de julho, e através do Despacho n.º 7309/2023, de 11 de julho, foram nomeados o presidente e o vice-presidente da Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde:

Assim, nos termos do n.º 4 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 43/2020, de 21 de julho, e ao abrigo das competências delegadas pelos Despachos n.ºs 6606/2022, de 25 de maio, e 12167/2022, de 18 de outubro, respetivamente dos Ministros da Administração Interna e da Saúde, determina-se:

1 - São membros da Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde as seguintes entidades:

- a) Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.;*
- b) Direção-Geral da Saúde;*
- c) Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.;*
- d) Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;*
- e) Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.;*
- f) Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;*
- g) Serviço de Utilização Comum dos Hospitais;*
- h) Associação Portuguesa de Hospitalização Privada.*

2 - São também membros os Governos Regionais da Região Autónoma dos Açores e da Região Autónoma da Madeira.

3 - Todas as entidades devem indicar o seu representante ao presidente da Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde.

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

Laboratórios de Saúde Pública

Deliberação nº DE-SNS 041/2023, de 31/03/2023: Criação do Grupo de Trabalho para o processo de integração do Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

"O XXIII Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, mediante, designadamente, de um reforço da vigilância epidemiológica, da promoção da saúde, da prevenção primária e da prevenção secundária.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, aprovou a orgânica da DE-SNS, e procedeu à alteração da orgânica do Ministério da Saúde e de alguns dos serviços e organismos que o integram.

Neste contexto, foi aditado o artigo 13.º-B, ao Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que contempla a missão e atribuições da DE-SNS. Neste âmbito, avulta a competência de coordenação e gestão da resposta assistencial do SNS, do seu funcionamento em rede e de representação do SNS.

Para a concretização da missão e das atribuições que estão cometidas à DE-SNS, atribui o legislador no artigo 3.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, a competência para emitir regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas que vinculam os estabelecimentos e serviços do SNS.

O Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro, qualificou o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), como laboratório do Estado no sector da saúde, atribuindo-lhe como missão contribuir para a obtenção de ganhos em saúde pública através da prossecução de atividades de investigação e desenvolvimento tecnológico, atividade laboratorial de referência, observação da saúde e vigilância epidemiológica, bem como coordenar a avaliação externa da qualidade laboratorial, difundir a cultura científica e fomentar a capacitação e formação dos recursos.

A Portaria n.º 153/2012, de 22 de maio, que aprovou os estatutos da Administração Regional de Saúde do Norte, IP. (ARSN, I.P.), prevê o Departamento de Saúde Pública onde está integrado o Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga (LRSPB), que apoia os Programas de Vigilância Sanitária que decorrem na área de influência da ARSN, I.P. e, ainda, o Programa Nacional de Rastreio do Cancro do Colon e Reto.

Verificando-se que o INSA, I.P., e a ARSN, I.P., têm, neste domínio, atribuições idênticas, parece-nos aconselhável a adoção de uma solução que permita uma

racionalização dos meios existentes, uma gestão mais coerente, integrada, eficiente e eficaz na utilização de recursos e de ganhos de qualidade na gestão dos laboratórios de saúde pública. A concretização dos objetivos enunciados supra poderá ser concretizada mediante a integração do Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga no INSA, I.P.

A integração do Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga no INSA, I.P., reduz a fragmentação orgânica, com ganhos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, determina-se:

1 – A constituição de um Grupo de Trabalho para elaborar a proposta de integração do Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga no INSA, I.P. (GT).

2 – O GT deverá apresentar à DE-SNS, num prazo máximo de 30 dias, uma proposta para a implementação do processo de integração do Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga no INSA, I.P., devidamente calendarizada e contemplando as tarefas a desenvolver, devendo o término dos trabalhos ocorrer num prazo máximo de 6 (seis) meses a contar da data da presente deliberação.

3 - O grupo de trabalho integra os seguintes membros:

- a) Presidente da ARSN, I.P., que coordena;*
- b) Presidente do INSA, I.P.;*
- c) Diretora do Centro de Saúde Pública Gonçalves Ferreira do INSA, I.P. – Porto;*
- d) Responsáveis pela gestão intermédia do Laboratório Regional de Saúde Pública de Braga;*
- e) Diretora do Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P.;*
- f) Diretor do Departamento de Estudos e Planeamento da ARSN, I.P.*

4 – O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes.

5 - O apoio logístico e administrativo necessário ao funcionamento do grupo de trabalho é assegurado pelo INSA, I.P. e pela ARSN, I.P.

6 - A DE-SNS acompanhará os trabalhos do GT de forma contínua até à apresentação da proposta final.”

Deliberação nº DE-SNS 042/2023, de 20/04/2023: Criação do Grupo de Trabalho para o processo de integração dos Laboratórios de Saúde Pública de Aveiro e Leiria, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

"O XXIII Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, mediante, designadamente, de um reforço da vigilância epidemiológica, da promoção da saúde, da prevenção primária e da prevenção secundária.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, aprovou a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), e procedeu à alteração da orgânica do Ministério da Saúde e de alguns dos serviços e organismos que o integram.

Neste contexto, foi aditado o artigo 13.º-B, ao Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que contempla a missão e atribuições da DE-SNS. Neste âmbito, avulta a competência de coordenação e gestão da resposta assistencial do SNS, do seu funcionamento em rede e de representação do SNS.

Para a concretização da missão e das atribuições que estão cometidas à DE-SNS, atribui o legislador no artigo 3.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, a competência para emitir regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas que vinculam os estabelecimentos e serviços do SNS.

O Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro³, qualificou o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), como laboratório do Estado no sector da saúde, atribuindo-lhe como missão contribuir para a obtenção de ganhos em saúde pública através da prossecução de atividades de investigação e desenvolvimento tecnológico, atividade laboratorial de referência, observação da saúde e vigilância epidemiológica, bem como coordenar a avaliação externa da qualidade laboratorial, difundir a cultura científica e fomentar a capacitação e formação dos recursos e prevê que assegure o apoio técnico-normativo aos laboratórios de saúde pública.

A Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio, que aprovou os estatutos da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC, I.P.), prevê o Departamento de Saúde Pública onde está integrada a gestão dos laboratórios de saúde pública, que apoia os Programas de Vigilância Sanitária que decorrem na área de influência da ARSC, I.P.

Verificando-se que o INSA, I.P., e a ARSC, I.P., têm, neste domínio, atribuições convergentes, parece-nos aconselhável a adoção de uma solução que permita uma racionalização dos meios existentes, uma gestão mais coerente, integrada, eficiente e eficaz na utilização de recursos e de ganhos de qualidade na gestão dos

laboratórios de saúde pública. A concretização dos objetivos enunciados supra poderá ser concretizada mediante a integração dos Laboratórios de Saúde Pública de Aveiro e Leiria na gestão do INSA, I.P.

A integração dos Laboratórios de Saúde Pública de Aveiro e Leiria na gestão do INSA, I.P., reduz a fragmentação orgânica, com ganhos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, determina-se:

1 – A constituição de um Grupo de Trabalho para elaborar a proposta de integração dos Laboratórios de Saúde Pública de Aveiro e Leiria na gestão do INSA, I.P., (GT).

2 – O GT deverá apresentar à DE-SNS, num prazo máximo de 30 dias, uma proposta para a implementação do processo de integração dos Laboratórios de Saúde Pública de Aveiro e de Leiria no INSA, I.P., devidamente calendarizada e contemplando as tarefas a desenvolver, devendo o término dos trabalhos ocorrer num prazo máximo de 6 (seis) meses a contar da data da presente deliberação.

3 - O grupo de trabalho integra os seguintes membros:

a) Presidente da ARSC, I.P., que coordena;

b) Presidente do INSA, I.P.;

c) Responsáveis pela gestão intermédia dos Laboratórios de Saúde Pública de Aveiro e Leiria;

d) Diretor do Departamento de Saúde Pública da ARSC, I.P.;

e) Diretor do Departamento de Planeamento e Contratualização da ARSC, I.P.

4 – O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes.

5 – O apoio logístico e administrativo necessário ao funcionamento do grupo de trabalho é assegurado pelo INSA, I.P., e pela ARSC, I.P.

6 – Aos membros do GT não é devida qualquer remuneração ou abono pelo exercício das suas funções, sem prejuízo do pagamento das ajudas de custo e deslocações a que tenham direito nos termos legais, a serem suportados pelos respetivos serviços de origem.

7 - A DE-SNS acompanhará os trabalhos do GT de forma contínua até à apresentação da proposta final.”

Deliberação nº DE-SNS 052/2023, de 23/05/2023: Criação do Grupo de Trabalho para o processo de integração do Laboratório de Saúde Pública de Évora, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

“O XXIII Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, mediante, designadamente, de um reforço da vigilância epidemiológica, da promoção da saúde, da prevenção primária e da prevenção secundária.

O Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, aprovou a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS), e procedeu à alteração da orgânica do Ministério da Saúde e de alguns dos serviços e organismos que o integram.

Neste contexto, foi aditado o artigo 13.º-B, ao Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que contempla a missão e atribuições da DE-SNS. Neste âmbito, avulta a competência de coordenação e gestão da resposta assistencial do SNS, do seu funcionamento em rede e de representação do SNS.

Para a concretização da missão e das atribuições que estão cometidas à DE-SNS, atribui o legislador no artigo 3.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, a competência para emitir regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas que vinculam os estabelecimentos e serviços do SNS.

O Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro, qualificou o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), como laboratório do Estado no sector da saúde, atribuindo-lhe como missão contribuir para a obtenção de ganhos em saúde pública através da prossecução de atividades de investigação e desenvolvimento tecnológico, atividade laboratorial de referência, observação da saúde e vigilância epidemiológica, bem como coordenar a avaliação externa da qualidade laboratorial, difundir a cultura científica e fomentar a capacitação e formação dos recursos e prevê que assegure o apoio técnico-normativo aos laboratórios de saúde pública.

A Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria 210/2013, de 27 de junho, que aprovou os estatutos da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSA, I.P.), prevê o Departamento de Saúde Pública e Planeamento, onde está integrada a gestão dos laboratórios de saúde pública, que apoia os Programas de Vigilância Sanitária que decorrem na área de influência da ARSA, I.P.

Verificando-se que o INSA, I.P., e a ARSA, I.P., têm, neste domínio, atribuições convergentes, parece-nos aconselhável a adoção de uma solução que permita uma racionalização dos meios existentes, uma gestão mais coerente, integrada, eficiente e eficaz na utilização de recursos e de ganhos de qualidade na gestão dos

laboratórios de saúde pública. A concretização dos objetivos enunciados supra poderá ser concretizada mediante a integração do Laboratório de Saúde Pública de Évora na gestão do INSA, I.P.

A integração do Laboratório de Saúde Pública de Évora na gestão do INSA, I.P., reduz a fragmentação orgânica, com ganhos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS, determina-se:

1 – A constituição de um Grupo de Trabalho para elaborar a proposta de integração do Laboratório de Saúde Pública de Évora na gestão do INSA, I.P. (GT).

2 – O GT deverá apresentar à DE-SNS, num prazo máximo de 30 dias, uma proposta para a implementação do processo de integração do Laboratório de Saúde Pública de Évora no INSA, I.P., devidamente calendarizada e contemplando as tarefas a desenvolver, devendo o término dos trabalhos ocorrer num prazo máximo de 5 (cinco) meses a contar da data da presente deliberação.

3 – O grupo de trabalho integra os seguintes membros:

a) Presidente da ARSA, I.P., que coordena;

b) Presidente do INSA, I.P.;

c) Responsável pela gestão intermédia do Laboratório de Saúde Pública de Évora;

d) Diretor do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARSA, I.P.

4 – O GT pode consultar outras entidades ou peritos que entenda por convenientes.

5 – O apoio logístico e administrativo necessário ao funcionamento do grupo de trabalho é assegurado pelo INSA, I.P. e pela ARSA, I.P.

6 – Aos membros do GT não é devida qualquer remuneração ou abono pelo exercício das suas funções, sem prejuízo do pagamento das ajudas de custo e deslocações a que tenham direito nos termos legais, a serem suportados pelos respetivos serviços de origem.

7 – A DE-SNS acompanhará os trabalhos do GT de forma contínua até à apresentação da proposta final.”

Projetos Conjuntos com a Segurança Social

Circular Informativa Conjunta - Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, I.P. e a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. – Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares - 09/08/2023

“O planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da continuação do tratamento e da recuperação dos utentes, seja através do regresso ao domicílio com ou sem suporte formal, ou sempre que a situação de dependência e/ou a situação de incapacidade não o permita, ser integrado em resposta social.

No entanto, pese embora existam utentes com capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução na continuidade de cuidados no pós-alta, outros por seu turno limitados pela situação de doença, dependência, insuficiência financeira ou ausência de rede de suporte familiar ou social, não reúnem condições para sair do hospital em segurança.

É neste contexto que importa assegurar a cooperação entre as entidades com competências de saúde e de apoio social para proporcionar ao utente a saída do hospital, após a sua alta clínica, e a sua integração numa resposta social.

A regulação da cooperação institucional levou à elaboração, em 2015, do Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares, (doravante “Manual”), pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS), e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., com a participação de elementos designados por instituições hospitalares do SNS, divulgado através da Circular Conjunta n.º 03/2015/CD, de 10/09/2015.

No sentido de redução do protelamento das altas hospitalares, a Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro, estabelece os termos e as condições em que é efetuada a articulação interinstitucional, para efeitos de referenciação e acompanhamento de pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após a alta clínica, em hospital do SNS, através do recurso a um acolhimento temporário e transitório em resposta social, em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) ou lares residenciais (LR) com acordo de cooperação celebrado entre as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas e ISS.

Nesta sequência, procedeu-se à revisão do Manual de 2015, tendo como referência a Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro, assentando os procedimentos previstos numa intervenção multidisciplinar, integrando os profissionais da saúde, da segurança social e das instituições de acolhimento, com planeamento estruturado e personalizado, o que corresponderá melhor às necessidades das pessoas,

potenciando o sucesso da ação e diminuindo a incidência de internamentos sucessivos.

Assim, procede-se à divulgação do Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares, de agosto de 2023, pelos serviços competentes do SNS e da Segurança Social para observação e aplicação dos procedimentos de articulação definidos no Capítulo II e respetivos anexos, que constituem a referência para o processo de articulação conducente à identificação da resposta mais adequada para os utentes que, apesar de reunirem condições para terem alta clínica, não dispõem de forma própria ou com apoio da família /rede de suporte informal, dos recursos necessários e capacidade para o regresso ao domicílio.

O Manual, de agosto de 2023, encontra-se publicado e disponível para download nas páginas da internet da ACSS, da DE-SNS, e do ISS.

A Circular Informativa Conjunta do Conselho Diretivo do ISS e da DE-SNS – Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares, de 9 de agosto de 2023, revoga e substitui a Circular Conjunta n.º 03/2015/CD, de 10 de setembro de 2015.

Mais se refere que os procedimentos de partilha de informação e os fluxos de transmissão de informação para a operacionalização dos processos de referênciação, avaliação, admissão e acompanhamento, bem como de gestão de vagas e monitorização, previstos nos artigos 3º, 5º, e 9º, da Portaria nº 38-A/2023, de 2 de fevereiro, serão definidos em Circular Conjunta do ISS, e DE-SNS.

O modelo de articulação, entre os serviços da Segurança Social e da Saúde operacionaliza o processo de referênciação definindo a partilha de informação efetivada ao abrigo da Portaria supramencionada a saber:

(i) partilha de informação entre os Centros Hospitalares/ Hospitais/ ULS e o ISS, IP/CDist, determinante para sinalização, avaliação e acolhimento em resposta social de pessoas com protelamento de alta hospitalar;

(ii) fluxos de transmissão de informação determinante para a identificação do profissional de referência da Segurança Social e da Saúde;

(iii) monitorização das referênciações e admissões.

A partilha de informação entre os profissionais da Segurança Social e da Saúde efetua-se através da Plataforma que está acessível na extranet da Segurança Social, cuja responsabilidade de gestão e manutenção compete ao ISS, e pelos meios de transmissão eletrónica que se revelem adequados à natureza dos dados a transmitir no âmbito do processo de planeamento de altas hospitalares, em cumprimento do Regulamento Geral da Proteção de Dados – Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do conselho, de 27 de abril de 2016 (RGPD) e da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto (LPDP).

A referida Plataforma permite a identificação dos profissionais envolvidos, integrando os profissionais da Saúde e da Segurança Social, bem como a monitorização a qual é efetuada nos termos do artigo 9.º da Portaria nº 38-A/2023, de 2 de fevereiro, pelo ISS, DE-SNS e pelas organizações representativas do sector social e solidário.

O acesso ao Portal é individual, e carece de autenticação forte. Cada utilizador tem acesso à informação restrita da sua área de intervenção.

Os Centros Distritais do ISS são responsáveis pela identificação dos Profissionais da Segurança Social.

A DE-SNS é responsável pela identificação dos Profissionais da Saúde.

A informação disponibilizada destina-se a ser utilizada no estrito exercício das respetivas atividades e atribuições por todos os intervenientes, encontrando-se os mesmos vinculados ao cumprimento da legislação aplicável em matéria de proteção de informação e de dados pessoais.

Os intervenientes no processo estão ainda obrigados a guardar sigilo da informação cujo conhecimento lhes advenha pelas atividades inerentes às ações estabelecidas no âmbito da Portaria nº 38-A/2023, de 2 de fevereiro, mesmo após o termo das suas funções.

Os meios utilizados para partilha de informação entre a Segurança Social e a Saúde é o correio eletrónico e uma plataforma informática e entre a Segurança Social, a Saúde e as restantes Instituições por correio eletrónico.

A partilha de informação interinstitucional, pressupõe previamente o consentimento informado do cidadão ou quem o representa, sempre que aplicável e é ainda suportada pelo Protocolo de proteção da informação e dados pessoais entre o ISS, e a DE-SNS."

Protocolo relativo ao tratamento automatizado de dados pessoais, do módulo da Segurança Social, no âmbito da RNCCI

Entre a DE-SNS, os SPMS, o ISS, e o Instituto de Informática, I.P., da Segurança Social, foi elaborado a 22/11/2023 um Protocolo que define os termos da colaboração, com vista à troca eletrónica de informação relativa à gestão de episódios e ao cálculo para efeito do processo de apuramento do valor a suportar pelo utente pelos encargos de apoio social e da comparticipação da Segurança Social ao utente no âmbito da RNCCI.

Programa do Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração

O Programa do Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração (FAMI) destina-se a contribuir para a gestão eficaz dos fluxos migratórios e para o reforço das políticas de asilo e de imigração, em consonância com o acervo da União e no pleno respeito das obrigações internacionais da Europeia e dos Estados-Membros.

A DE-SNS integra o Comité de Acompanhamento do FAMI 2030. O Comité de Acompanhamento é o órgão responsável por acompanhar a execução do Programa, sendo constituído por um leque diversificado de entidades, públicas e privadas, fazendo assim cumprir o princípio da parceria que subjaz ao ciclo de vida do Programa FAMI 2030.

O Comité aprova a metodologia e os critérios utilizados na seleção das operações, os relatórios anuais de desempenho, os planos de avaliação e de comunicação, bem como qualquer proposta da Autoridade de Gestão com vista à alteração do Programa FAMI 2030. O Comité analisa os progressos realizados na execução do Programa e na consecução dos seus objetivos, a contribuição do Programa para as recomendações específicas, os progressos alcançados na realização das avaliações, a execução das ações de comunicação e de promoção da notoriedade e, ainda, o cumprimento das condições habilitadoras e a sua aplicação. O Comité pode, ainda, formular recomendações dirigidas à Autoridade de Gestão decorrentes do acompanhamento das várias medidas e intervenções de que são responsáveis visando a melhoria da eficácia e da eficiência do Programa.

Comissão Técnica de Acompanhamento da Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030

A Estratégia Nacional de Combate à Pobreza (ENCP) 2021-2030, que foi aprovada no final de 2021, visa, entre outras medidas, reduzir a taxa de pobreza monetária para o conjunto da população para 10%, até ao final da década. Enquadra-se no âmbito do Pilar Europeu dos Direitos Sociais e concretiza-se através dos seus Planos de Ação, cabendo à Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), entre outras competências, acompanhar a implementação e monitorizar a execução do Plano de Ação da ENCP 2022-2025.

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 126/2023, que aprovou o Plano de Ação da Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2022-2025 (PAENCP 2022-2025), a CTA da ENCP deve reunir quadrimestralmente, ou sempre que convocada pela coordenadora nacional, competindo-lhe:

- a) Acompanhar a implementação e monitorizar a execução do PAENCP 2022 -2025;

b) Coadjuvar a coordenadora nacional na orientação das entidades responsáveis pela implementação das medidas do PAENCP 2022-2025, solicitando, sempre que necessário, informações sobre o respetivo processo de execução;

c) Garantir a monitorização da implementação das medidas e objetivos do PAENCP 2022-2025;

d) Participar na elaboração e conclusão dos relatórios sobre a execução das medidas e objetivo do PAENCP 2022-2025;

e) Participar na elaboração das propostas de revisão ou ajustamento das medidas do PAENCP 2022-2025 que se revelem necessárias.

A DE-SNS integra a Comissão Técnica de Acompanhamento da ENCP 2023-2030.

A ENCP propõe-se atingir, até 2030, as seguintes metas:

- › Reduzir a taxa de pobreza monetária para o conjunto da população para 10%, o que representa uma redução de 660 mil pessoas em situação de pobreza;
- › Reduzir para metade a pobreza monetária no grupo das crianças, o que representa uma redução de 170 mil crianças em situação de pobreza;
- › Aproximação do indicador de privação material infantil à média europeia, em pontos percentuais;
- › Reduzir para metade a taxa de pobreza monetária dos trabalhadores pobres, o que representa uma redução de 230 mil trabalhadores em situação de pobreza;
- › Reduzir a disparidade da taxa de pobreza dos diferentes territórios até ao máximo de 3 pontos percentuais em relação à taxa média nacional.

E encontra-se organizada em torno de seis eixos:

- › Eixo 1 — Reduzir a pobreza nas crianças e jovens e nas suas famílias;
- › Eixo 2 — Promover a integração plena dos jovens adultos na sociedade e a redução sistémica do seu risco de pobreza;
- › Eixo 3 — Potenciar o emprego e qualificação como fatores de eliminação da pobreza;
- › Eixo 4 — Reforçar as políticas públicas de inclusão social, promover e melhorar a integração societal e a proteção social de pessoas e grupos desfavorecidos;
- › Eixo 5 — Assegurar a coesão territorial e o desenvolvimento local;
- › Eixo 6 — Fazer do combate à pobreza um desígnio nacional.

Enquadradas nos seis Eixos, nos 15 objetivos estratégicos e nas 145 medidas, o Plano de Ação da ENCP 2022-2025 inclui 273 atividades.

O Gabinete de Estratégia e Planeamento e o Centro de Competências da Administração Pública - PlanAPP, prestam apoio técnico à Coordenação da ENCP, no âmbito do acompanhamento, monitorização e avaliação dos Planos de Ação da ENCP. Nesta

qualidade, os dois organismos apresentaram nesta reunião da CTA a proposta de Plano de Monitorização e Avaliação da Estratégia.

Comité de Proteção Social

A DE-SNS integra a representação do Ministério da Saúde no Comité de Proteção Social, instância preparatória do Conselho da União Europeia. Trata-se de um Comité de política consultiva destinado a apoiar os então Ministros do Emprego e dos Assuntos Sociais (Conselho Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores - EPSCO), que visa atingir os objetivos da União Europeia no domínio da política social, abrangendo as principais vertentes da política social: proteção social e inclusão social, pensões, cuidados de saúde (*Healthcare*) e cuidados continuados (*Long Term Care*). Entre as atividades, destaca-se:

- › Monitorizar a situação social e o desenvolvimento das políticas de proteção social nos Estados-Membros e na UE;
- › Promover a discussão e coordenação de abordagens políticas entre os governos nacionais e a Comissão;
- › Preparar relatórios, formular pareceres ou realizar outros trabalhos no domínio das suas atribuições, quer a pedido do Conselho, quer da Comissão ou por sua própria iniciativa;
- › Preparar os debates do Conselho sobre a proteção social e as recomendações específicas por país, no contexto do Semestre Europeu.

A representação de Portugal neste Comité é assegurada conjuntamente pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e pelo Ministério da Saúde (MTSSS).

Importa referir que existem duas grandes áreas de responsabilidade do Ministério da Saúde: *Healthcare* e *Long Term Care* (esta segunda partilhada com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social). A área de *Healthcare* tem tratado, ao longo dos últimos quatro anos de várias temáticas das quais se destacam: resiliência dos sistemas de saúde, recursos humanos, saúde mental e telemedicina.

Comissão de Acompanhamento e Monitorização do PNSD 2021-2026

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, define os pilares, objetivos estratégicos e ações e determina as metas a serem atingidas até ao final da sua vigência em 2026.

O Plano tem por objetivo consolidar promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo contextos específicos dos sistemas de saúde atuais, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura, dança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Num trabalho de colaboração com a DGS, foi por esta última elaborado um Despacho de atualização da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no qual a DE-SNS faz parte integrante.

Humanização de Cuidados

Deliberação nº DE-SNS 009/2024, de 22/02/2024: Criação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde.

“O SNS é a garantia do direito fundamental de todos os cidadãos à proteção da saúde, independentemente da condição social, da situação económica ou do local de residência de cada um. Evolutivamente, a organização e o funcionamento dos cuidados de saúde prestados pelo SNS têm vindo a acrescentar à melhoria cumulativa da qualidade técnica e científica, a preocupação com a centralidade da pessoa, sejam os utentes do SNS ou os seus profissionais, e com os espaços destinados à prestação de cuidados de saúde. Esta preocupação impõe a capacitação para o exercício de práticas éticas, deontológicas, técnicas e científicas, para uma consequente melhoria da qualidade, eficácia e eficiência do SNS. E requer o desenvolvimento e aprofundamento da humanização dos cuidados de saúde no SNS.

Uma das respostas do SNS à preocupação com a centralidade da pessoa e o consequente desenvolvimento da humanização, teve lugar em 2019, com a elaboração do “Compromisso para Humanização Hospitalar”, por um Grupo de Trabalho criado pela Coordenação para a Reforma do Serviço Nacional Saúde na Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares. O “Compromisso” foi aprovado pelo Ministério da Saúde e subscrito por todos os hospitais e centros hospitalares portugueses, incluindo as unidades hospitalares privadas. Os termos deste “Compromisso” foram tidos em consideração na definição da missão da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde que é objeto da presente deliberação.

A humanização é um conceito vasto que aborda vertentes tão distintas como as atitudes e comportamentos de utentes do SNS e respetivos familiares, mas também de médicos, enfermeiros, gestores e outros profissionais que exercem funções nos serviços de saúde do SNS, bem como a qualidade e segurança dos espaços físicos das estruturas dedicadas à prestação de cuidados de saúde, entre outros aspetos.

Uma humanização efetiva tem de permear todos os processos de prestação de cuidados nos seus diversos níveis, nos atos de acolher, cuidar, diagnosticar e tratar. Valoriza o ser humano e respeita a dignidade intrínseca da pessoa humana. Expressa-se como atitude que valoriza a individualidade e personalidade do utente ou doente, a sua diferença e o seu momento, para além do cuidar e do tratar, ainda que estes sigam o melhor da técnica, da ciência e da “arte médica”. O tratar e o cuidar humanizados contrapõem-se ao reducionismo que pode exorbitar no cuidado com a doença e passar ao lado da pessoa doente.

A humanização efetiva incorpora a personalização da comunicação, a empatia e a compaixão face à fragilidade e à condição emocional e psicossocial de um doente, do nascer até ao seu morrer. Respeita a autonomia e a autodeterminação do doente através da sua participação esclarecida nas decisões de seguimento que lhe digam respeito, com base em informação certa, dada da forma certa, na hora certa e na quantidade certa. Abrange ainda as dimensões do suporte personalizado e do conforto geral, criando espaços e momentos que os doentes sentem que vão ao encontro das suas necessidades particulares. Em todas as circunstâncias, a humanização contempla uma estreita relação com a família.

Um doente cuidado e tratado em ambiente em que pontifique a humanização, pode ter menos complicações e uma recuperação mais rápida, o que a configura como fator que influencia a qualidade e a eficiência, logo com valor em saúde que recomenda a sua inclusão nas variáveis a ponderar na contratualização e na avaliação dos resultados em saúde.

Tendo em consideração o n.º 2, alíneas e), f) e i) da Base 20 da Lei de Bases do SNS, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, o SNS pauta a sua atuação por princípios em que se incluem: a equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis; a qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa; e a transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

Também o n.º 1 da Base 17 da Lei de Bases, referente às tecnologias da saúde, designadamente os medicamentos e dispositivos médicos, estabelece que estas devem ser desenvolvidas e utilizadas de forma eficaz e eficiente, garantindo o equilíbrio entre a qualidade e equidade no acesso e sustentabilidade do sistema de saúde. E no seu n.º 2 estabelece que a utilização das tecnologias da saúde deve reforçar a humanização e a dignidade da pessoa.

Com o n.º 2 da Base 32, a Lei de Bases, determina que os ministérios responsáveis pelas áreas da saúde, da educação e da ciência e ensino superior, em articulação com as universidades, as unidades de saúde e as estruturas e associações representativas dos profissionais de saúde, coordenam as políticas de formação pós-graduada, com o objetivo de assegurar a todos os profissionais de saúde o acesso à formação pós-graduada de elevado nível científico, técnico e humanista.

Será, pois, através da equidade e transparência, de um agir pautado pela qualidade, eficácia e eficiência, e de uma formação pós-graduada de elevado nível científico, técnico e humanista, que as organizações do SNS prestadoras de cuidados de saúde hão-de reforçar a humanização no relacionamento com os seus utentes e com o cidadão doente.

Por força do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, e nos termos previstos no Estatuto do SNS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, foi adotado o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS), para integrar os hospitais, centros hospitalares e agrupamentos de centros de saúde. Por este decreto-lei, foi também aprovado um modelo de gestão integrado da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, incorporando, na mesma entidade pública empresarial, duas dimensões jurídicas e organizativas, os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.

Esta nova realidade organizativa, gestionária e funcional tem como desiderato final contribuir, de forma mais efetiva, para a organização das respostas em saúde em função das pessoas, ou seja, da centralidade da pessoa como vertente determinante na definição da organização e funcionamento do SNS.

Sendo a humanização dos cuidados de saúde um processo que deve permear as mudanças operadas na organização e no funcionamento dos serviços de saúde, torna-se necessário criar uma estrutura que tenha, como missão primordial, a promoção e valorização da humanização nos cuidados de saúde prestados, no relacionamento das instituições de saúde com os seus profissionais e no relacionamento destes nos níveis interpessoal e interprofissional.

Neste conspecto, nos termos da alínea f) do artigo 9º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, a DE-SNS, a quem compete definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos, cria a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, define as suas atribuições e nomeia os seus membros e o respetivo coordenador.

1. A Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS tem como atribuições principais:

- Promover e dinamizar a reflexão sobre os ganhos de qualidade e eficiência que advêm de uma prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa e no respetivo percurso de saúde e episódios de doença no SNS;
- Promover e dinamizar a reflexão sobre a centralidade dos profissionais de saúde nos processos de mudança conducentes a uma cultura organizacional centrada em práticas clínicas e de relações interpessoais e interprofissionais humanizadas;
- Fomentar ações que estimulem e consolidem o bom relacionamento interpessoal e interprofissional nos locais de trabalho, e o compromisso com uma constante melhoria dos processos e dos resultados em saúde;

- Identificar boas práticas de humanização de cuidados de saúde já em curso no País e promover ações destinadas a ampliar o seu conhecimento e disseminação;
- Fazer um levantamento de necessidades, estabelecer prioridades e definir e apoiar intervenções de melhoria adequadas a cada situação, em interação próxima com os responsáveis das instituições e no respeito pela autonomia que lhes cabe;
- Promover ações de formação no âmbito da humanização em saúde e proporcionar o contacto com experiências e resultados alcançados noutros países;
- Fomentar a criação de canais de comunicação entre as instituições do SNS dedicadas à divulgação e partilha de iniciativas e programas do âmbito da humanização dos cuidados de saúde;
- Criar e manter ativo um “Fórum de Reflexão” sobre a humanização em saúde;
- Apoiar as ULS em iniciativas destinadas a desenvolver e aprofundar a humanização dos cuidados de saúde;
- Fomentar e apoiar iniciativas que congreguem a participação de diversas instituições e patamares de prestação de cuidados de saúde;
- Realizar avaliações periódicas sobre os progressos registados no âmbito da humanização em saúde.

2. Integram a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS:

- Fernando de Jesus Regateiro, médico, professor catedrático jubilado convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que coordena;
- António Filipe das Neves Tavares Calinas, médico hospitalar, da ULS de S. José, E.P.E.;
- Carina Alexandra Peixoto Ferreira, médica de família, ULS de Braga, E.P.E.;
- Fernando Manuel Pinheiro Roques, enfermeiro gestor, Cuidados de Saúde Primários, ULS do Alentejo Central, E.P.E.;
- Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida, médico hospitalar aposentado, professor auxiliar aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- João Manuel Carvalho Pedroso Lima, médico hospitalar aposentado, professor associado convidado aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
- Margarida Rodrigues, psicóloga clínica, ULS do Algarve, E.P.E.;
- Maria Elisabete Chaves dos Reis, enfermeira gestora, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.;
- Mariana Ribeiro Fiadeiro, assistente social, ULS da Cova da Beira, E.P.E.;
- Ana Sampaio, em representação da Direção da Plataforma Saúde em Diálogo.”

Rede de Prescrição Social

A rede de Prescrição Social Portugal é uma rede multidisciplinar, liderada pela ENSP-NOVA, e tem como objetivo impulsionar a Prescrição Social no contexto nacional para a melhoria dos resultados em saúde, bem-estar e qualidade de vida, através da integração de abordagens sociais e de saúde.

A Prescrição Social é uma intervenção inovadora de integração de cuidados em saúde e sociais, centrados na pessoa, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar, otimizar a utilização dos serviços e reduzir as desigualdades.

Permite ligar os utentes dos cuidados de saúde aos recursos disponíveis na comunidade através da cocriação de um plano de ação individualizado que identifica respostas de suporte e ativação social, atividade física, cultura e artes, entre outras.

É uma intervenção consolidada em mais de 20 países. Em Portugal, a ENSP-NOVA, que integra a rede internacional de Prescrição Social, tem vindo a apoiar organizações e municípios no desenho, implementação, monitorização e avaliação desta iniciativa.

A DE-SNS demonstrou a sua disponibilidade para se associar institucionalmente à Rede de Prescrição Social Portugal, assumindo o compromisso de colaborar de forma ativa na implementação da Prescrição Social em Portugal.

O apoio institucional da DE-SNS à Rede de Prescrição Social Portugal bem como o seu envolvimento com todo este projeto, tem como objetivos estratégicos tornar a Prescrição Social uma realidade no SNS, potenciando o atual contexto de ULS, favorável à integração vertical (entre os vários níveis de cuidados de saúde) e intersectorial (entre o sector da saúde e os vários sectores envolvidos na promoção da saúde e de bem-estar) e que permite concretizar, de forma sustentável e efetiva, esta iniciativa, potenciando os seus benefícios e maximizando os seus resultados.

Neste sentido, a DE-SNS apresentou a seguinte proposta de trabalho à ENSP-NOVA, com o propósito de reforçar a intervenção da Prescrição Social, apoiar na construção de parcerias institucionais e na implementação de projetos-piloto e boas práticas:

- › Reunião conjunta entre a DESNS, a ENSP-NOVA e os Conselhos de Administração das 39 ULS, para apresentação da Rede, dos parceiros e do projeto, com o objetivo de sensibilizar para a temática e para a colaboração no mapeamento que se pretende, com o envolvimento de todas as ULS;
- › Mapeamento de iniciativas de Prescrição Social, a nível nacional, no âmbito da Rede, através da elaboração de um questionário, pela ENSP-NOVA, de preenchimento online, a enviar pela DE-SNS aos Conselhos de Administração das 39 ULS;
- › Realização de um diagnóstico de situação da prescrição social em contexto de ULS, pela ENSP-NOVA e DE-SNS, considerando que esta organização de cuidados de saúde permite concretizar a iniciativa de forma sustentável e efetiva no SNS, potenciando os seus benefícios e maximizando os seus resultados;

partindo de um bom diagnóstico de situação, a rede poderá impulsionar de forma estratégica a Prescrição Social no SNS, adequando a sua intervenção à realidade de cada ULS.

Plano Operacional para a Saúde em Contexto de Privação da Liberdade

Em Portugal, em cada ano, cerca de 12.000 pessoas (aproximadamente 1 em cada 1.000 habitantes) vivem privadas de liberdade, em estabelecimentos prisionais.

Esta realidade representa um desafio particular no que respeita à garantia ao direito à saúde, pois apesar das medidas privativas da liberdade elas mantêm a titularidade dos seus direitos fundamentais, previstos na Constituição da República Portuguesa e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos.

Complementarmente, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade (Lei nº 115/2009, de 12 de outubro) garante proteção contra as consequências nocivas da privação da liberdade e a aproximação às condições da vida em comunidade, bem como o acesso aos cuidados de saúde em regime ambulatorio e ao internamento hospitalar não prisional, nas condições de qualidade e de continuidade idênticas às que são asseguradas a todos os cidadãos em meio livre.

Tal como definido para a generalidade dos cidadãos, às pessoas privadas de liberdade devem ser garantidas a promoção da saúde e o acesso a cuidados de natureza preventiva, curativa e de reabilitação, bem como cuidados continuados e paliativos, de acordo com as suas características e necessidades. Internacionalmente, reconhece-se que a população prisional é especialmente vulnerável, apresenta maior carga de doença e maior exposição a riscos. Assim, muitas vezes é nos estabelecimentos prisionais que diversos problemas de saúde são finalmente reconhecidos, é feito um diagnóstico e iniciado o acompanhamento regular.

Ao privar as pessoas da liberdade, o Estado assume a especial responsabilidade de cuidar da sua saúde, tanto no que diz respeito às condições da detenção como na atenção às necessidades identificadas em cada pessoa em particular. Se parece de elementar evidência que os reclusos não devem sair da prisão em condições piores do que as que apresentavam à entrada, espera-se que o tempo de privação de liberdade possa representar um investimento na reinserção na sociedade, indissociável de uma vida com saúde de qualidade para o que contribui certamente não perder oportunidades em termos de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de intervenções atempadas. Por isso, é fundamental um plano nacional que oriente a atuação em saúde de forma clara, integrando os princípios dos normativos legais, as boas práticas e as normas dos cuidados em saúde, sem prejuízo das adaptações a cada realidade local dos estabelecimentos prisionais, sendo capaz de remover barreiras ao acesso, promover a igualdade e ultrapassar iniquidades de forma consistente e continuada além do espaço e do tempo da privação da liberdade.

De acordo com as descrições internacionais, pela sua organização, as prisões são geralmente contextos não promotores de saúde. Antes pelo contrário, constituem um ambiente onde os riscos para a saúde são ampliados por condições adversas como a

maior densidade populacional, padrões desfavoráveis de higiene e maior probabilidade de transmissão de doenças infecciosas. As doenças transmissíveis são mais frequentes em meio prisional do que na população geral, observa-se uma prevalência mais elevada de problemas de saúde mental, e é mais frequente a violência interpessoal ou a dependência de substâncias.

É muito importante ter presente que o espaço da privação de liberdade não é estanque, sendo fundamental compreender os mecanismos e a extensão da permeabilidade entre a comunidade em reclusão e a comunidade em meio livre. A população reclusa apresenta um elevado número de entradas e saídas, promovendo a interação entre estes dois compartimentos. Uma população reclusa saudável contribui para a prevenção de doenças na comunidade geral, mas intervenções que promovam a saúde das pessoas privadas de liberdade e o facto de elas viverem com mais saúde tem o efeito adicional de reduzir a reincidência após a libertação e promover a justiça social. Também por isso é marcante a importância que a saúde nas prisões tem para a saúde das populações no seu conjunto, pelo que deve ser reconhecido como orientador o princípio geral que a OMS lembra ao considerar que a saúde prisional é saúde pública.

Assim, a elaboração e implementação de um Plano para a Saúde em Contexto de Privação da Liberdade constitui uma ferramenta essencial de saúde pública, que servirá os direitos e a dignidade tanto da população em reclusão, quanto da comunidade de onde ela provém e para a qual voltará.

O plano visa garantir de forma universal e equitativa as condições para a promoção da saúde, a prevenção da doença e o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais e nos centros educativos, contribuindo para melhorar o nível de saúde das pessoas em privação de liberdade e preparar a sua transição para a vida na comunidade.

Este plano abrange estratégias e ações que visam garantir ambientes saudáveis dentro das instituições prisionais, ações continuadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso a cuidados de saúde adequados, idênticos aos prestados à população geral. Atuando sobre a saúde nas suas múltiplas dimensões tem o objetivo de contribuir para ultrapassar a dupla carga de desvantagem social e moral associada à privação da liberdade, que se traduz em discriminação e estigmatização que persistem para além do tempo de confinamento, e são a longo prazo um importante fator de vulnerabilidade.

Neste sentido, foi criado um Grupo de Trabalho pelo Despacho n.º 4221/2023, de 5 de abril, que integra de forma muito ativa a DE-SNS, como garante da prestação de cuidados da rede do SNS, e que concluiu o seu trabalho com a divulgação a 30 de março de 2024, no portal do SNS, de uma proposta de Plano Operacional para a Saúde em Contexto de Privação da Liberdade para o período de 2023-2030, e que visa a promoção da saúde e prevenção da doença e acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais, nos estabelecimentos destinados a inimputáveis e nos centros educativos para crianças e jovens.

São orientações estratégicas para a construção deste plano:

- › Promover o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- › Incentivar a emancipação pessoal dos reclusos na promoção de estilos de vida saudáveis dentro da comunidade prisional;
- › Reforçar a implementação e a sustentabilidade de estratégias que visem a prevenção de doenças transmissíveis, através de um sistema de vigilância eficaz, em articulação estreita com os Serviços de Saúde Pública;
- › Reconhecer a centralidade da saúde mental na promoção da saúde e na prevenção da doença em meio prisional;
- › Prestar cuidados de saúde de forma integral, resolutiva, contínua e de qualidade, desde a admissão até o retorno ao meio livre;
- › Garantir o acesso universal a cuidados de saúde primários e especializados e incentivar a telemedicina;
- › Incentivar estratégias de educação para a saúde que integrem metodologias baseadas na educação por pares;
- › Consolidar, padronizar e expandir a todas as prisões programas de saúde com eficiência comprovada;
- › Fomentar parcerias com estruturas de proximidade na comunidade que promovam a cocriação de respostas em saúde;
- › Estabelecer um sistema robusto de monitorização e avaliação, tanto dos processos como dos resultados em saúde;
- › Integrar os sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde no sistema prisional e na justiça juvenil;
- › Promover a investigação relevante para a orientação das políticas de saúde em meio prisional e na justiça juvenil.

O grupo de trabalho interministerial apresentou o relatório final ao Governo, propondo uma alteração do modelo de governação da prestação de cuidados de saúde em meio prisional, defendendo a transferência da tutela dos cuidados de saúde prisionais para o Ministério da Saúde e, consequentemente, a integração da saúde prisional no SNS, tendo por base territorial, considerando a atual organização da prestação de cuidados de saúde, a ULS a que pertence o Estabelecimento Prisional.

Pretende-se que este Plano venha a constituir uma ferramenta essencial de saúde pública, que servirá os direitos e a dignidade tanto da população em reclusão, quanto da comunidade de onde ela provém e para a qual voltará, realçando que uma continuidade entre o acompanhamento de saúde em meio livre e em meio prisional permitiria melhorar o seguimento de condições crónicas, reduzir custos com novos exames, reduzir a possibilidade de desenvolver resistências a medicamentos e reduzir perdas de seguimento e até reincidência criminal.

Entre as medidas propostas, destaca-se o Plano Individual de Readaptação do Indivíduo Sujeito a Privação da Liberdade que contém uma avaliação personalizada das suas necessidades de saúde, realizada pelos serviços clínicos. Garante-se o acesso a rastreios oncológicos e de doenças transmissíveis, a implementação do programa de vacinação,

bem como de medidas de promoção da saúde e na área da saúde mental. Propõe-se ainda que cada Estabelecimento Prisional, pela excelência das suas práticas, possa ser reconhecido como Estabelecimento Prisional promotor dum ambiente saudável.

O Plano preconiza uma transição faseada de competências do âmbito da gestão da saúde em meio prisional para o Ministério da Saúde, associado a uma monitorização contínua com indicadores que permitam avaliar o custo-efetividade da transição, acompanhado por uma operacionalização desenhada à medida da identidade de cada Estabelecimento Prisional.

Balcões SNS no Sector Social e Solidário

O Balcão SNS24 é um espaço físico de inclusão digital que tem por objetivo garantir o acesso de todos os cidadãos aos canais digitais do SNS.

Gerido por entidades parceiras do SNS, pretende facilitar e mediar o acesso dos cidadãos aos serviços digitais de saúde, pela criação de uma rede nacional de estruturas locais existentes de confiança e de proximidade com os profissionais de saúde. Atualmente, o Balcão SNS 24 encontra-se disponível em Câmaras Municipais, Espaços Cidadão, Juntas de Freguesia, Estabelecimentos Prisionais e Entidades Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) do Montepio e do concelho de Sintra.

No Balcão SNS24 encontram-se disponíveis os seguintes serviços:

- › Consultas (Marcar | Desmarcar | Remarcar);
- › Teleconsultas (Marcar | Realizar);
- › Exames (consultar resultados);
- › Guia de tratamento (Consultar);
- › Receitas de Medicamentos (Renovar | Consultar);
- › Registo de dados de saúde para monitorização;
- › Informação de saúde;
- › Aceder ao Serviço de interpretação de Língua Gestual Portuguesa;
- › Realizar chamada para o SNS24;
- › Agendar Vacinação;
- › Certificado Digital Covid;
- › Informação do utente – Atualização de dados;
- › Pedido de isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica.

Por iniciativa conjunta do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e do Ministério da Saúde (MS), foi celebrado, a 19 de janeiro de 2023, um protocolo de cooperação destes com a União das Misericórdias Portuguesas (UMP), a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS), a União das Mutualidades Portuguesas (UMuP) e a Confederação Cooperativa Portuguesa (CONFECOOP), para implementar os balcões SNS24 em equipamentos das respostas sociais e nas unidades de internamento das entidades do sector social e solidário, sendo constituída uma equipa de coordenação, numa primeira fase, operacionalizá-lo nas Misericórdias Portuguesas, nas áreas geográficas das 8 ULS já existentes.

A Equipa de Coordenação, em funções de 19 de janeiro a 31 de dezembro de 2023, integrou representantes da DE-SNS, do Gabinete do então Secretário de Estado da Saúde, do Gabinete da Secretária de Estado da Inclusão, dos SPMS, da UMP e do ISS.

A implementação do projeto-piloto “Balcões SNS24 no sector social e solidário” constitui uma mais-valia para a sociedade, no sentido em que visa:

- › Salvar a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, evitando as suas deslocações aos hospitais por vezes difíceis pela mobilidade condicionada e

mitigando o risco acrescido de infeção hospitalar perante a sua vulnerável condição de saúde;

- › Melhorar a qualidade do serviço prestado pelas ERPI, Lares Residenciais e nas unidades de internamento da RNCCI, que passam a estar dotados de instrumentos que facilitam e medeiam o acesso dos seus utentes aos cuidados de saúde do SNS;
- › Potenciar sinergias locais entre os sectores da saúde e o social, aprimorando a qualidade da resposta disponível à comunidade local;
- › Aliviar o congestionamento das urgências e, por consequência, incrementar eficiência e eficácia nos serviços de saúde do SNS;
- › Reduzir eventuais deslocações desnecessárias e poupar custos nos transportes.

Este projeto promove, em última instância, a literacia em saúde digital e a inclusão de segmentos em risco de exclusão.

Após a assinatura do referido protocolo a 19 de janeiro 2023 e reportando a 31 de dezembro de 2023, os resultados, em detalhe, dos Balcões SNS24 implementados nas Misericórdias aderentes são, por ULS, os seguintes:

- › Unidade Local de Saúde do Alto Minho:

ULS do Alto Minho				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de situação	Observações
Arcos de Valdevez	ERPI Vilagerações	4	Operacional	Todas as Misericórdias que integram a ULS do Alto Minho aderiram ao projeto e estiveram presentes na demonstração realizada no dia 19 de janeiro de 2023 na Misericórdia de Arcos de Valdevez.
	ERPI Soares Pereira	3	Operacional	
	Lar Residencial para Deficientes	2	Operacional	
Caminha	Lar de Santa Rita	2	Operacional	
Melgaço	ERPI Cantinho dos Avós	1	Operacional	
	ERPI Lar Pereira de Sousa	3	Operacional	
Monção	ERPI	3	Operacional	
	UCC	4	Operacional	
Paredes de Coura	ERPI	2	Operacional	
Ponte de Lima	ERPI Monsenhor Dr. José Gomes de Sousa	3	Operacional	
	ERPI Cónego Correia	3	Operacional	
Valença	SCM de Valença	2	Operacional	
Viana do Castelo	Lar da Piedade	4	Operacional	
	Lar de S. Tiago	5	Operacional	
Vila Nova de Cerveira	Lar Maria Luísa	4	Operacional	
Ponte da Barca	Hospital da Misericórdia	2	Operacional	
	Lar Condes da Folgosa	2	Operacional	
10	17	49	17	

› Unidade Local de Saúde do Nordeste:

ULS do Nordeste				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de Situação	Observações
Alfândega da Fé	ERPI	4	Operacional	Realizada demonstração local do Balcão SNS24 no dia 20ABR2023 na Misericórdia de Mirandela.
Algoz	ERPI	3	Operacional	
Carraceda de Ansiães	ERPI Lar de Santa Águeda	2	Operacional	
Freixo de Espada à Cinta	ERPI	2	Operacional	
	Prolongamento da ERPI	2	Operacional	
	Estalagem para Idosos	1	Operacional	
Macedo de Cavaleiros	ERPI MACEDO	2	Operacional	
	ERPI LOMBO	2	Operacional	
Miranda do Douro	SCMMD Miranda do Douro	3	Operacional	
	SCMMD Palaçóulo	2	Operacional	
	SCMMD Duas Igrejas	1	Operacional	
Mirandela	ERPI "Nº Srª da Paz"	2	Operacional	
	ERPI "O Bom Samaritano"	2	Operacional	
	ERPI "Santa Ana"	2	Operacional	
	ERPI "S. Sebastião"	2	Operacional	
	ERPI "S. Pedro"	2	Operacional	
Mogadouro	ERPI S. João de Deus	35	Operacional	
	ERPI Bruço	10	Operacional	
	ERPI São João Baptista	25	Operacional	
	UCCI	17	Operacional	
Santulhão	SCM de Santulhão	1	Operacional	
Torre de Moncorvo	ERPI Nossa Senhora dos Remédios	4	Operacional	
	ERPI Nossa Senhora da Lapa	1	Operacional	
Vila Flor	ERPI D. Conceição Cabral	1	Operacional	
	ERPI Nossa Senhora dos Remédios	1	Operacional	
Vinhais	SCM Vinhais	2	Operacional	
Bragança	ERPI Imaculada Conceição	1	Inoperacional	Sem câmara e microfone, efetuado pedido em DEZ2023, aguarda envio.
13	27	132	26 1	

› Unidade Local de Saúde da Guarda

ULS da Guarda				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de Situação	Observações
Almeida	ERPI 3ª Idade	2	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
	ERPI Pero Garcia	2	Operacional	
Celorico da Beira	ERPI	5	Operacional	
Fornos de Algodres	ERPI	1	Operacional	
	UCCI	1	Operacional	
Gouveia	ERPI	1	Operacional	
Manteigas	ERPI	4	Operacional	
Meda	Lar Dr. Joaquim Nunes Saraiva	2	Operacional	
Meda	Lar Nossa Senhora de Fátima	2	Operacional	
Pinhel	ERPI Santo António	2	Operacional	
Pinhel	ERPI Santo António - Centro de Noite	1	Operacional	
Sabugal	Lar Nossa Sr.ª da Graça	2	Operacional	
Seia	ERPI	3	Operacional	
11	13	28	13	

› Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ULS de Castelo Branco				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de Situação	Observações
Alpedrinha	SCM de Alpedrinha	2	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
	Lar da Misericórdia	3	Operacional	
	Lar S. Sebastião	1	Operacional	
Fundão	Centro Comunitário Minas da Panasqueira	1	Operacional	
	Hotel Sénior Príncipe da Beira	1	Operacional	
	Lar N. Sra. Do Amparo	1	Operacional	
	Residência Girassol	1	Operacional	Sem câmara e microfone, efetuado pedido em DEZ2023, aguarda envio.
Idanha-a-Nova	Residência Sénior	2	Operacional	
	Lar de Idosos	9	Inoperacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
Proença-a-Nova	ERPI	4	Operacional	
	Serviço de Apoio Domiciliário	1	Operacional	Computador não funciona, aguarda aquisição de novo.
Sertão	Lar António Ferreira Alberto	1	Operacional	
	Lar Nossa Senhora do Carmo	4	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
Soalheira	Santa Casa da Misericórdia da Soalheira	3	Operacional	
Sobreira Formosa	SCM de Sobreira Formosa	3	Inoperacional	Computador não funciona, aguarda aquisição de novo.
	ERPI Santo António	1	Operacional	
	ERPI Casa do Idoso	1	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
Vila de Rei	ERPI Centro Geriátrico N. Senhora da Esperança	2	Operacional	
	Lar I "Ernestina Ferreira Pinto"	1	Operacional	Computador não funciona, aguarda aquisição de novo.
Vila Velha de Ródão	Lar II	1	Operacional	
	Casa de Repouso - Dr. Francisco Pinto Cardoso	3	Operacional	Computador não funciona, aguarda aquisição de novo.
São Vicente da Beira	Santa Casa da Misericórdia de São Vicente da Beira	2	Inoperacional	
10	22	47	19 3	

› Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ULS do Norte Alentejano				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de Situação	Observações
Apalhão	Lar Nossa Senhora da Redonda	2	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
Amieira do Tejo	SCM de Amieira do Tejo	2	Operacional	
Arez	SCM de Arez	2	Operacional	
Elvas	SCM de Elvas	2	Operacional	
Fronteira	Lar Nossa Senhora da Vila Velha Fronteira	3	Operacional	
Monforte	Santa Casa da Misericórdia de Monforte	9	Operacional	
Montalvão	Lar Joaquim Maria das Costa	3	Operacional	
Montargil	Lar de São José	5	Operacional	
	Lar Nossa Senhora do Amparo	1	Operacional	
Ponte de Sôr	Lar Residencial da Ponte	1	Operacional	
	Lar de São Francisco de Assis	2	Operacional	
Castelo de Vide	Lar João José Le Cocq	1	Operacional	
	Lar de Santo Amaro	1	Operacional	
Campo Maior	ERPI - Lar Santa Beatriz	1	Operacional	
11	14	35	14	

› Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ULS do Baixo Alentejo				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de Situação	Observações
Aljustrel	ERPI	4	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
	SCM de Ourique	1	Operacional	
	Lar e Centro de Dia de Santa Luzia	2	Operacional	
Ferreira do Alentejo	SCM de Ferreira do Alentejo	3	Operacional	
Mértola	ERPI	2	Operacional	
4	5	12	5	

› Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

ULS do Litoral Alentejano				
Misericórdia	Unidades	Utilizadores	Ponto de Situação	Observações
Sines	Santa Casa Misericórdia de Sines	14	Operacional	Aguarda demonstração local do Balcão SNS24.
	Lar Nossa Senhor da Visitação Odemira	1	Operacional	
Odemira	Casa de Repouso Santo António Colos	1	Operacional	
	ERPI Odemira	1	Operacional	
	ERPI Odemira	1	Operacional	
2	5	18	5	

De forma sistematizada, os resultados desta primeira fase de implementação dos Balcões SNS24 nas Misericórdias aderentes, de janeiro a dezembro de 2023, são os seguintes:

Misericórdias	Unidades	Utilizadores	Balcão SNS24	
			Operacionais	Inoperacionais
61	103	322	99	4

Reorganização da Prestação de Cuidados de Saúde em Tuberculose

O número de novos casos de Tuberculose (TB) tem vindo a diminuir em Portugal, tendo sido alcançado, em 2015, o limite definido como de baixa incidência (20 casos por 100 mil habitantes por ano). Apesar disso, Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com taxa de incidência mais elevada de tuberculose.

Os objetivos propostos pela OMS consistem em reduzir, até 2035, em 95% o número de mortes por TB e 90% a taxa de incidência de TB. No entanto, considerando a desaceleração observada no decréscimo da doença nos vários países, é reconhecida a necessidade de monitorizar resultados e adequar estratégias, as quais devem incluir uma abordagem intersectorial.

Portugal tem diversas estratégias implementadas que em muito contribuíram para a redução sustentada de incidência, nomeadamente, um sistema de vigilância específico, os programas de rastreio, o acesso ao tratamento uniforme e eficaz, o uso dos testes moleculares de resistências e as estratégias facilitadoras da toma da medicação.

O rastreio sistemático de doença nas pessoas mais suscetíveis, tal como o protocolo estabelecido com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, e o protocolo de rastreio de tuberculose nos estabelecimentos prisionais, estabelecido com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, são exemplos de estratégias dirigidas às pessoas em situação de maior vulnerabilidade, sustentadas em boas práticas e em evidência científica.

O trabalho desenvolvido com organizações de base comunitária na promoção da literacia, no incentivo e facilitação da toma da medicação, na sensibilização para a importância do rastreio, especialmente quando expostos a um novo caso e quando existe necessidade de administração de tratamento preventivo, constitui também uma das áreas de atuação nos que são mais suscetíveis à TB.

Em 2021, no sentido de redefinir estratégias com vista ao controlo e eliminação da Tuberculose, Portugal apresentou a sua candidatura ao projeto *Country support for TB elimination in Europe* (ECDC/2019/030), promovido pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC).

Na análise das estratégias já implementadas em Portugal e publicadas no "*Roadmap for delivery of integrated tuberculosis services for vulnerable populations in Portugal*", identificam-se alguns desafios:

- › As estratégias em Portugal estiveram até agora, maioritariamente direcionadas para a identificação dos casos de tuberculose ativa, sendo necessária a aposta nas estratégias de rastreio dos mais suscetíveis e no tratamento preventivo;
- › Os cuidados de saúde em tuberculose existem de forma gratuita para todos, contudo, devem ser acessíveis e do conhecimento da população;

- › Os dados de vigilância epidemiológica devem ser analisados de forma sistemática a nível nacional e local;
- › O financiamento é fundamental para a atuação dos diferentes parceiros na comunidade;
- › As estratégias devem ser centradas no doente, em articulação com a resposta comunitária.

Desde que o Programa Nacional para a Tuberculose (PNT) foi criado, em 1995, que se assistiu a uma melhoria sustentada no controlo e prevenção da doença, residindo uma boa parte do sucesso nos princípios de gratuidade e acesso aos cuidados de saúde para toda a população.

Contudo, com a redução da incidência da tuberculose, assistimos a um aumento progressivo da mediana de dias até ao diagnóstico da doença e à maior frequência de TB em pessoas em situação de maior vulnerabilidade, exigindo uma diferente abordagem, com a consequente necessidade de reorganização das respostas à população.

Considerando a reforma em curso no SNS, com a criação das ULS, e a necessidade de alcançar os objetivos da OMS de redução da tuberculose, é necessário dar enfoque à vigilância em saúde pública e em organizar a prestação de cuidados de forma integrada, mantendo centros de alta diferenciação e a estabilidade da resposta dos cuidados de saúde.

Neste sentido, foi constituído um Grupo de Trabalho que integra elementos da DE-SNS e da DGS, em atividade desde outubro de 2023.

No seguimento deste processo, a DGS, em colaboração com a DE-SNS e outros parceiros, elaborou e publicou, no dia 22 de março de 2024, um documento orientador para a reorganização dos serviços de tuberculose a nível nacional, que se encontra em audição pública e que pode ser consultado no portal da DGS.

A resposta de qualidade dos cuidados de saúde em TB e sua efetiva prevenção e controlo depende de uma harmoniosa interligação dos diversos serviços, desde o nível nacional ao nível local.

O novo modelo organizativo tem de, por um lado, garantir que os profissionais de saúde têm o treino e a experiência adequados para lidar com a tuberculose e, por outro, que os cidadãos não enfrentem barreiras de acesso à consulta ou ao tratamento de que necessitam.

Este modelo tem, igualmente, de assegurar as efetivas vigilância e investigação epidemiológicas que promovam a prevenção e controlo da TB, com redução da incidência de casos.

A grande assimetria de incidência de tuberculose em Portugal, assim como a necessidade de garantir cuidados especializados e simultaneamente, o fácil acesso aos cuidados de saúde, levam a que as respostas da saúde tenham de ser adaptadas ao contexto

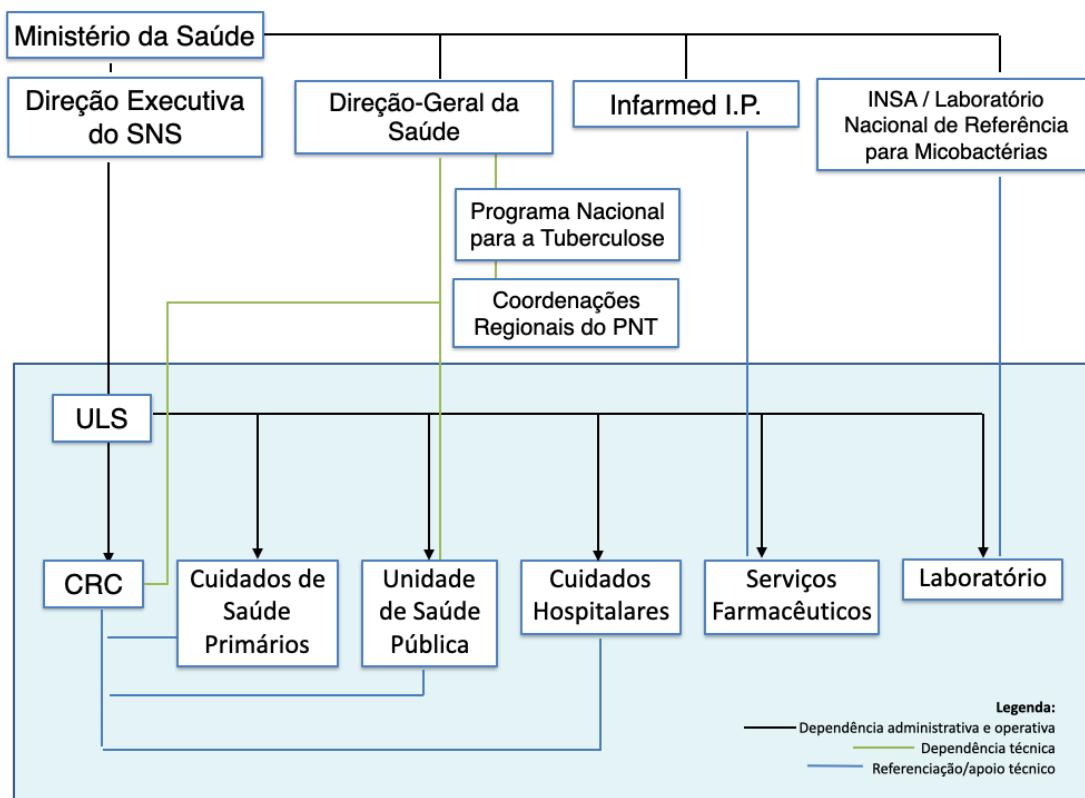
epidemiológico local, mas também respeitando e promovendo um modelo de funcionamento hierarquicamente bem definido.

Assim, considera-se nesta proposta o funcionamento em rede de estruturas de saúde em tuberculose, que devem incluir:

- › O Programa Nacional para a Tuberculose (PNT), da DGS;
- › As Coordenações Regionais para a Tuberculose (CRT) integradas nos departamentos de apoio à Autoridade de Saúde Regional;
- › As Unidades Locais de Saúde (ULS) dependentes da DE-SNS;
 - Consultas Respiratórias na Comunidade (prévios Centros de Diagnóstico Pneumológico);
 - As consultas respiratórias na comunidade nível A (CRC-A), ou seja, consultas de referência para a Tuberculose, nas valências Tuberculose Multirresistente (TBMR), Tuberculose Infantil (TBI) e Micobactérias Não-Tuberculosas (MNT);
 - As consultas respiratórias na comunidade nível B (CRC-B);
 - Os Cuidados de saúde primários (CSP);
 - As Unidades de Saúde Pública (USP);
 - Os Cuidados hospitalares (CH);
 - Os Serviços Farmacêuticos (SF).
- › O Laboratório Nacional de Referência para as Micobactérias no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.:
 - A Rede de laboratórios (laboratórios de saúde pública e das ULS);
- › O INFARMED.

No documento, é proposta a evolução dos Centros de Diagnóstico Pneumológico, para um novo modelo organizativo e uma nova tipologia de consultas de Tuberculose, as Consultas Respiratórias na Comunidade (CRC), que permitam garantir a integração de cuidados, manter uma resposta comunitária, utilizar e otimizar os recursos disponíveis, concentrar e manter estabilidade das equipas e prestar diferentes níveis de resposta de acordo com a complexidade dos casos e área geográfica.

Este novo modelo permite, ainda, garantir que os profissionais de saúde mantenham o contacto com técnicas de diagnóstico e tratamento e a possibilidade de especialização em contexto de integração de cuidados, assumindo-se como uma resposta comunitária global face às especificidades da comunidade.



No seu âmbito, cada ULS é responsável pela organização da(s) CRC da sua área de influência e terá um interlocutor para a TB, designado pelo Conselho de Administração e escolhido entre os profissionais que integram a equipa da CRC e que fará a articulação e comunicação com a CRT.

Em função da estrutura organizacional e funcional de cada ULS, as CRC podem estar na dependência dos Departamentos de CSP ou de Saúde Pública ou de Medicina das ULS ou do Serviço de Pneumologia das mesmas, ou, no caso das CRC-A, podem assumir-se como Serviços autónomos dentro das ULS, dependentes neste caso do Conselho de Administração de cada ULS.

Devem incluir profissionais diferenciados dos CSP, Cuidados Hospitalares ou da área da Saúde Pública, podendo a sua coordenação ser assegurada por um elemento de qualquer uma destas áreas.

As CRC-B deverão ser constituídos por uma equipa multidisciplinar de profissionais diferenciados como forma de melhor corresponder à problemática da TB.

A garantia de alocação dos profissionais de saúde é do Conselho de Administração da respetiva ULS, assegurando a continuidade de funções e o conhecimento técnico ajustado.

As CRC deverão identificar e contratualizar com a ULS, em contexto de contratualização interna, quais os indicadores que se adequam na sua área de atuação, com base na proposta de indicadores apresentada no documento orientador. Devem, assim, incluir

indicadores de melhoria do processo de rastreio de TB, gestão terapêutica e de promoção da adesão ao tratamento do doente com TB ativa.

O novo modelo de organização de cuidados em tuberculose, em Portugal, deve estar implementado até ao final do primeiro semestre de 2024.

A reorganização não implica a interrupção da prestação de serviços, mas apenas a forma de organização e articulação das equipas.

Após analisadas as sugestões de melhoria e validado e publicado o documento final, está previsto um trabalho em proximidade às ULS, no acompanhamento das Consultas Respiratórias na Comunidade.

Joint Action transfer of best praCtices In pRimary CarE (CIRCE-JA)

O projeto, *Join Action transfer of best praCtices In pRimary CarE* (CIRCE-JA), que começou a ser preparada em 2021, teve o seu início oficial a 1 de fevereiro de 2023, decorrendo até 2025 e visa melhorar e fomentar a saúde na União Europeia (UE) e reforçar os sistemas de saúde através do reforço de boas práticas nos cuidados de saúde primários.

A CIRCE-JA surge no âmbito do programa de financiamento EU4Health, com a duração de 36 meses, sendo coordenada pelo Serviço Andaluz de Saúde (Espanha) e tendo como objetivo transferir e implementar seis projetos de boas práticas selecionadas (BPs) em cuidados de saúde primários entre os Estados-Membros europeus. As BPs selecionadas são originárias de Portugal, Bélgica, Eslovénia e Espanha. A CIRCE-JA inclui 49 organizações de 14 Estados-Membros da União Europeia.

A participação portuguesa aplica-se em dois eixos:

- › A boa prática "*Health Action for Children and Youth at Risk*" & "*Health Action for Gender, Violence and Lifecycle*", desenvolvida pela Direção-Geral da Saúde, será reproduzida noutros países;
- › Portugal vai desenvolver um plano individual de cuidados, único, partilhado, partindo das boas práticas nacionais, transferindo e adaptando a boa prática do Plano Individual de Cuidados da Andaluzia.

O processo de replicabilidade será sustentado por uma metodologia baseada em evidência científica (*To-Reach*), sendo o projeto alvo de monitorização e avaliação, com vista a recomendações para o sucesso de duração e sustentabilidade desta Ação Conjunta (*Joint Action*).

Neste sentido, a DE-SNS é responsável, desde dezembro de 2023, pelo acompanhamento dos trabalhos da *Joint Action* CIRCE-JA (2023-2025), liderada em Portugal pela ACSS, na qualidade de Autoridade Nacional Competente.

O projeto, que tem como objetivo estratégico transferir e adaptar a boa prática do plano personalizado de cuidados de Andaluzia para os Cuidados de Saúde Primários, em contexto de ULS, está a ser desenvolvido em conjunto com três ULS piloto (ULS Matosinhos, ULS São José e ULS Lisboa Ocidental) que já tinham trabalho em boas práticas nesta área, enquanto ULS/Hospital/ACeS, estando cada ULS representada na *Joint Action* por uma equipa constituída por pelo menos um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Dashboard – Perfil Nutrição

O SNS disponibilizou um novo *Dashboard – Perfil Nutrição*, onde constam os dados de produção da Consulta de Nutrição realizadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

É a primeira vez que é desenvolvido, no SNS, um *dashboard* específico para a área da Nutrição nos CSP, sendo que esta ferramenta representa uma grande mais-valia para os profissionais e unidades de saúde.

Este *Dashboard* inovador, integrado na ferramenta Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), para além de fornecer os dados de produção da Consulta de Nutrição, permite, ainda, caracterizar o perfil de utentes que acedem aos cuidados nutricionais nos CSP.

Pretende-se, com esta ferramenta, disponibilizar informação que permita caracterizar e monitorizar a atividade de Nutrição em todas as unidades funcionais dos CSP, qualificando o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada.

Foi constituído um grupo de trabalho multidisciplinar, composto por representantes de diferentes instituições do Ministério da Saúde, nomeadamente a DE-SNS, ACSS, DGS e SPMS e, também pela Ordem dos Nutricionistas, através do Conselho de Especialidade de Nutrição Clínica, que desenvolveu a sua atividade de maio a outubro de 2023.

O Grupo de Trabalho concluiu a sua atividade com a disponibilização do novo *dashboard* a todos os Nutricionistas que exerçam funções nos Cuidados de Saúde Primários do SNS, no dia 16 de outubro de 2023, dia em que se comemora o Dia Mundial da Alimentação.

Conferência “Unidades Locais de Saúde. Cuidados Integrados”

A DE-SNS coordenou a organização da Conferência “Unidades Locais de Saúde. Cuidados Integrados”, que decorreu no dia 10 de março de 2023, em Vieira do Minho, em colaboração com o ACeS Gerês Cabreira e tendo como parceiro da comunidade a Câmara Municipal de Vieira do Minho.

O grande desafio desta conferência foi partir do conhecimento daquilo que já se faz há mais de 20 anos no modelo ULS e conseguir melhorar e inovar em todas as áreas e dimensões, como Governação, Contratualização, Financiamento e Acompanhamento, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

A conferência decorreu em formato híbrido, com 866 profissionais inscritos, dos quais 105 participaram presencialmente e 761 participaram por via remota.

A participação foi multidisciplinar, sendo a grande maioria profissionais dos Cuidados de Saúde Primários de todo o país (ACeS e ULS). As cinco ARS e respetivas ERA, bem como os Conselhos de Administração de Hospitais e ULS também se fizeram representar.

Promoção da Investigação Clínica em Cuidados de Saúde Primários

A Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB), no âmbito da sua missão de promover, coordenar e apoiar as atividades nas áreas da investigação clínica e de translação e inovação biomédica, pretende dar continuidade e reforçar o trabalho que tem vindo a desenvolver na área dos Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, a AICIB promoveu a constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar (GT), que integra elementos de várias entidades, em atividade desde março de 2024, composto por representantes das seguintes entidades:

- › DE-SNS;
- › Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF);
- › Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP);
- › Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP);
- › Rede Médicos-Sentinela;
- › Portuguese Clinical Research Infrastructure Network (PtCRIN);
- › Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB).

O GT iniciou a sua atividade em março de 2024, para contextualização e apresentação dos elementos que o constituem, iniciativas desenvolvidas até ao momento, planificação das reuniões de trabalho e proposta e discussão dos próximos passos: proposta de novos elementos/entidades; objetivos e ações consideradas prioritárias para desenvolver.

Relativamente a um dos objetivos propostos pela DE-SNS, promover o funcionamento em rede das Comissões de Ética das 39 ULS, necessidade prioritária também identificada pela APMGF, foram definidas as seguintes ações prioritárias a desenvolver em 2024 para promoção da Investigação Clínica em CSP:

- › Mapear as Comissões de Ética para a Saúde (CES) competentes;
- › Plataforma nacional para submissão de projetos a CES (com função de observatório); apreciação por uma CES única para estudos multicêntricos;
- › Promoção de articulação e aceitação de pareceres de outras CES;
- › Propostas de guias para a avaliação de projetos de baixo risco, para consenso entre as CE;
- › Disponibilização das estatísticas do número de pedidos e dos tempos de resposta.

1º Workshop Nacional de Conselhos Clínicos e de Saúde

O Conselho Clínico e de Saúde, sendo o órgão responsável pela governação clínica e de saúde nos anteriores ACeS, assegurava, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais, que todos os profissionais e unidades funcionais do ACeS exerciam a sua atividade tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais.

Competia-lhe, ainda promover a cooperação e complementaridade entre as várias unidades funcionais; acompanhar e apoiar as equipas das diferentes unidades funcionais; assegurar a interligação técnica do ACES com outros serviços e níveis de cuidados de saúde; orientar as equipas das unidades funcionais na observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e promover a melhoria contínua dos processos e procedimentos assistenciais e de saúde; promover o desenvolvimento de atividades de investigação clínica e de inovação em saúde; contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico; propor ao diretor executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos e apoiá-lo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica.

Reconhecendo que a implementação das ULS implicaria uma mudança organizacional profunda, sendo este um movimento de integração de cuidados que ocorre em várias dimensões ao mesmo tempo (estrutural, funcional, normativa e sistémica) e que uma das mudanças mais significativas introduzidas pelos processos de integração vertical baseia-se no redirecionamento das estratégias das instituições prestadoras de cuidados de saúde, com uma aposta estratégica nos Cuidados de Saúde Primários, investindo na promoção da saúde e prevenção da doença e com maior criação de valor, tornava-se fundamental compreender o panorama local, regional e nacional dos Cuidados de Saúde Primários no contexto dos ACeS, de forma a serem desenvolvidas estratégias de intervenção adequadas e eficazes que garantam a valorização do papel dos CSP na prestação de cuidados de proximidade e de continuidade em contexto de ULS.

Neste sentido, a DE-SNS coordenou a organização do 1º Workshop Nacional de Conselhos Clínicos e de Saúde (CCeS), com o tema: "As Singularidades Regionais dos Cuidados de Saúde Primários", que decorreu no dia 3 de fevereiro de 2023, em Almada, para promover a partilha de experiências e o trabalho em rede entre os CCeS dos 55 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), dos quais 9 integrados em ULS.

Este evento, pioneiro no Serviço Nacional de Saúde, decorreu em formato exclusivamente presencial e contou com a participação de 149 profissionais dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos 55 ACeS que constituíam a rede nacional de Cuidados de Saúde Primários, organizada em 5 regiões: Algarve, Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Norte.

O Planeamento em Saúde foi a metodologia escolhida, tendo sido lançado o desafio aos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACeS das 5 regiões de realizarem uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*). Partindo de uma análise local, foi feita uma análise regional e por fim, uma análise nacional, o que permitiu compreender o panorama geral dos Cuidados de Saúde Primários no contexto atual do SNS, de forma a serem desenvolvidas estratégias de intervenção adequadas e eficazes.

Mutilação Genital Feminina

A Prevenção e o combate às práticas tradicionais nefastas, nomeadamente a Mutilação Genital Feminina e os casamentos infantis precoces e forçados constitui um dos objetivos estratégicos da Estratégia Nacional Para a Igualdade e a Não Discriminação.

Trata-se de uma prática associada a relações sociais desiguais entre homens e mulheres, sendo talvez a manifestação mais expressiva de violência com base no género.

Estima-se que 6576 mulheres com mais de 15 anos, a residir em Portugal, possam ter sido sujeitas a Mutilação Genital Feminina. A prevalência destes casos tem maior incidência nos territórios com maior concentração de algumas comunidades de migrantes, fundamentalmente, nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto. No contexto da União Europeia, estima-se em cerca de 500 mil os casos de mulheres submetidas à prática e 180 mil meninas em risco de o ser, a cada ano.

A prática da Mutilação Genital Feminina está tipificada em Portugal, desde 2015, como um crime de ofensa à integridade física grave.

Tratando-se de um crime de natureza pública, o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que seja instaurado um processo de promoção e proteção da menor. Um conjunto alargado de profissionais encontra-se capacitado para dar apoio na prevenção de casos, em particular técnicos/as de proteção de menores, profissionais de saúde e forças de segurança.

No âmbito da ENIND – Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação – Portugal + Igual (2018-2030), estabeleceram-se medidas de prevenção e combate à Mutilação Genital Feminina. Enquanto entidade responsável pela implementação das políticas de prevenção e combate à Mutilação Genital Feminina, a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género tem vindo a coordenar um Grupo de Trabalho intersectorial Mutilação Genital Feminina, com o apoio do qual dá execução a um conjunto de medidas e intervenções.

Em Portugal, entre janeiro e dezembro de 2023, foram efetuados 223 registos de Mutilação Genital Feminina na plataforma Registo de Saúde Eletrónico (RSE-AP), tendo-se registado um aumento de 17,4% em relação ao período homólogo anterior.

Dos 223 casos de Mutilação Genital Feminina, foi registada a intervenção dos profissionais de saúde, em 83% (185) dos casos, no que respeita ao esclarecimento dos direitos da mulher numa perspetiva educativa e preventiva. Desde 2014, foram registados um total de 1076 casos de mutilação genital feminina nesta plataforma.

A monitorização contínua dos casos de Mutilação Genital Feminina através da plataforma RSE-AP continua a ser um instrumento importante para definir estratégias e planear intervenções a nível nacional, contribuindo para melhorar a caracterização e o conhecimento sobre esta prática (mutilação genital/corte), trabalhando em prol de investigar, sinalizar necessidades e eliminar a prática.

A DE-SNS participa no programa, desde fevereiro de 2024, com um ponto focal na implementação do Programa “Práticas Saudáveis: Fim à Mutilação Genital Feminina”, no âmbito da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND). Atualmente está

previsto o alargamento e consolidação deste Programa, que se iniciou na Região de Lisboa e Vale do Tejo, a outras zonas geográficas do país, com maior prevalência de Mutilação Genital Feminina.

Este programa, cuja implementação se iniciou em parceria entre a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, a Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo e o Alto Comissariado para as Migrações (ACM) na Área Metropolitana de Lisboa, tem sido fundamental para a prevenção, combate e apoio à Mutilação Genital Feminina.

Equipa de Monitorização e Intervenção na Resposta Sazonal em Saúde

De acordo com a experiência acumulada, não só em Portugal como nos demais países, a procura acrescida dos serviços de saúde implica a necessidade de adaptar a organização dos serviços e da sua capacidade de resposta, num contexto de prestação de cuidados de saúde de proximidade.

Acresce que, a melhor resposta em saúde deve, cada vez mais, adequar-se às características sociodemográficas da população que serve, às ameaças à sua saúde e bem-estar e ao efeito quantitativo e qualitativo da procura dos serviços a cada momento.

Neste sentido, em 25 de outubro de 2022 foi criada uma equipa de monitorização e intervenção na Resposta Sazonal em Saúde a funcionar junto do Ministério da Saúde, que reúne representantes operacionais de cada uma das instituições intervenientes nessa resposta, de acordo com as suas atribuições e planos de ação e contingência, promovendo uma interação imediata e direta entre as instituições em articulação com o Ministério da Saúde.

De acordo com o Despacho n.º 4765/2023, de 20 de abril, que procede à atualização das orientações para as entidades e instituições de saúde no âmbito da Resposta Sazonal em Saúde do Ministério da Saúde, a implementação de medidas de contingência e a reorganização das respostas, assegurando a qualidade e a eficiência dos cuidados, deverão ter os seguintes objetivos:

- › Garantir sistemas fiáveis e sustentáveis de vigilância e monitorização da saúde das populações, do acesso aos cuidados de saúde, dos seus processos e resultados, de indicadores meteorológicos e ambientais, assim como a respetiva difusão da informação e comunicação de risco;
- › Implementar as medidas de prevenção e controlo, assim como organizacionais para proteção da saúde da população, com especial atenção para as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, garantindo a igualdade no acesso aos cuidados e assegurando a capacidade de resposta do SNS;
- › Organizar a resposta de prestação de cuidados de saúde em rede, orientando e referenciando os utentes ao longo dos vários níveis de cuidados, de acordo com as suas necessidades, otimizando os recursos disponíveis e a complementaridade/ sinergia dos profissionais e serviços;
- › Fomentar a literacia em saúde, através da ampla difusão de informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença, envolvendo a comunidade, disponibilizando meios de assistência e de orientação remota para contacto e comunicação com o SNS;
- › Implementar medidas de prevenção e controlo, suportadas em avaliações de risco, que garantam adequadas condições de trabalho aos profissionais de saúde, nomeadamente através de medidas de conforto térmico, organizacionais e de bem-estar no local de trabalho, salvaguardando uma adequada vigilância da

saúde destes trabalhadores pelos Serviços de Saúde Ocupacional, com especial atenção aos mais vulneráveis.

No final de cada época sazonal – inverno e verão – o Ministério da Saúde divulga um Plano Estratégico para a Resposta Sazonal em Saúde para a época seguinte, após avaliação e propostas da Equipa de Monitorização e Intervenção na Resposta Sazonal em Saúde.

Neste seguimento, a DGS publica até ao final de abril e de setembro, os referenciais técnicos para a época de verão e de inverno, respetivamente, alinhados com as orientações do Plano Estratégico do Ministério da Saúde para a Resposta Sazonal em Saúde.

Este Plano Estratégico pretende, com uma visão integrada sobre as necessidades e recursos em saúde, privilegiar a proximidade da prestação de cuidados de saúde e melhorar a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

A Equipa de Monitorização e Intervenção na Resposta Sazonal em Saúde reuniu semanalmente, em formato virtual, desde o seu início de atividade, sendo coordenada pelo Gabinete da então Secretária de Estado da Promoção da Saúde, e desde a entrada em vigor do Despacho nº 1916/2024, de 20 de fevereiro, pela DGS.

Pela sua natureza de equipa multi-institucional e permanente, a sua atividade visa recolher e tratar a informação relativa a vigilância epidemiológica, indicadores de monitorização de procura e resposta dos serviços do Ministério da Saúde, assim como outras informações relevantes no quadro da resposta sazonal em saúde e garantir a disponibilidade de informação, em tempo útil, sobre indicadores (desde as previsões meteorológicas, ocorrências excecionais, alertas e situações internacionais e ainda a procura dos Serviços de Saúde a nível SNS 24/112, pré-hospitalar, cuidados de saúde primários e hospitalares em cada região), possibilitando às respetivas entidades um planeamento mais adequado e integrado da resposta, em articulação com toda a rede de prestação de cuidados.

É, ainda, da responsabilidade desta equipa, submeter ao Ministério da Saúde, no final de cada época sazonal – inverno e verão – uma proposta para o Plano Estratégico para a Resposta Sazonal em Saúde para a época seguinte.

Plano Estratégico do Ministério da Saúde para a Resposta Sazonal em Saúde – Inverno 2023/2024

Apresentado a 24 de novembro de 2023.

Divulgado após avaliação e propostas da Equipa de Monitorização e Intervenção na Resposta Sazonal em Saúde, este plano constitui uma referência de boas práticas para

mitigar o impacto do contexto do outono/inverno na saúde das populações, especialmente dos mais vulneráveis.

Disponível para consulta no portal do SNS em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2023/11/MS-Plano-Inverno-2023_V7-1.pdf

Resposta Sazonal em Saúde – Inverno 2023-2024

No âmbito dos trabalhos desta Equipa, foram promovidas e implementadas um conjunto de medidas para a resposta sazonal em saúde 2023-2024, que visam melhorar a articulação e otimizar a utilização dos vários serviços e níveis de cuidados de saúde, assegurando a capacidade de resposta sazonal do SNS, indicadas sumariamente por eixo de prioridade de planeamento e medida específica de intervenção.

Mundial de Futebol 2030

Em resposta à solicitação da então Secretária de Estado da Promoção da Saúde, em resposta a um pedido da Federação Portuguesa de Futebol, foi nomeado um ponto focal por parte da DE-SNS que irá colaborar na estratégia de coordenação e acompanhamento das diversas iniciativas e trabalhos; articular atividades com outras entidades da área da Saúde e de outras áreas; colaborar na elaboração e implementação de plano de contingência da Saúde local e durante o evento, em colaboração com os parceiros, especialmente com a Comissão Organizadora e a Segurança Interna; colaborar na atualização dos planos de contingência das ULS; promover e participar em ações de formação sobre a elaboração de planos de emergência/catástrofe pré-hospitalar e hospitalar para os responsáveis encarregados de atualizar os respetivos planos. Irá ainda colaborar em todos os âmbitos que forem considerados essenciais para o estabelecimento do plano de saúde deste evento.

Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica

De acordo com o Despacho n.º 12635/2023, de 11 de dezembro, a DE-SNS integrou a Comissão de Implementação e Monitorização da Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica (CIMEN-DRC) cujo principal objetivo é a monitorizar o conjunto de medidas a implementar no cumprimento da Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica 2023-2026.

Adicionalmente, a DE-SNS iniciou o processo de discussão com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia e pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, com o objetivo de criar linha de orientação para a deteção precoce da Doença Renal Crónica (DRC).

Neste âmbito, foi nomeado um representante da DE-SNS para a CIMEN-DRC, tendo colaborado ativamente no estabelecimento do plano de ações com vista a cumprir os objetivos e metas da Estratégia Nacional para a DRC. Este plano inclui objetivos específicos de ação para cada ponto da estratégia, nomeadamente prevenção e acesso; personalização e segurança na prestação de cuidados; integração de cuidados; gestão de informação e avaliação de resultados e comunicação em saúde.

Relativamente à segunda medida, foi construída uma proposta de guia de orientação do diagnóstico da doença renal e de interligação entre os serviços de Nefrologia e os Cuidados de Saúde Primários, desenvolvida pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia e pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar para análise para discussão com a DE-SNS.

Este documento inclui um conjunto de indicadores de processo tais como: o cálculo do número de pessoas dos grupos de risco identificados que tenham realizado determinação da creatinénia com respetivo cálculo do filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) e determinação da relação de albumina/creatinina (RAC) numa amostra de urina; cálculo do número de pessoas que, tendo sido identificadas com alterações da função renal e/ou da RAC, repetiram a determinação após 3 meses da primeira determinação; cálculo do número de pessoas que, tendo o diagnóstico de DRC tiveram uma avaliação ecográfica renal; e cálculo do número de pessoas que, tendo o diagnóstico de DRC, foram referenciadas a uma consulta de Nefrologia, de acordo com as indicações para referência.

Inclui ainda um conjunto de indicadores de eficácia que incluem o cálculo anual da taxa de mortalidade global, taxa mortalidade cardiovascular, taxa de internamentos por todas as causas, taxa de internamentos não programados, taxa /ou o número absoluto de indivíduos que iniciaram diálise, foram transplantados (transplantação *pre-emptive*) ou colocados em terapêutica conservadora. Esta proposta está em discussão entre as partes envolvidas.

A promoção da saúde das pessoas com DRC exige que se mantenha uma colaboração próxima com todas as partes interessadas de forma a garantir uma abordagem integrada e coordenada para alcançar os objetivos estabelecidos.

SNS *Summit*

De forma a discutir de forma partilhada e atingir soluções concertadas para contornar as exigências em saúde realizaram-se os SNS *Summit*, fóruns de partilha e discussão de boas práticas entre os diversos intervenientes do SNS.

Estes eventos foram projetados para promover a colaboração e o desenvolvimento de estratégias conjuntas que visam a otimização dos cuidados de saúde, facilitando a interação e cooperação entre as diferentes unidades do SNS.

Os SNS *Summit* proporcionaram um espaço vital para a troca de ideias, onde os profissionais de saúde podem debater abertamente os desafios diários e contribuir para a identificação de soluções viáveis. Encorajou ainda o desenvolvimento interpares de soluções inovadoras e estabeleceu um conjunto de recomendações e medidas práticas para a implementação contínua de melhorias, garantindo que estas sejam alinhadas com as necessidades e realidades específicas de cada unidade. Além disso, foi um espaço no qual se estabeleceram ligações estratégicas com outras unidades do SNS e com a Direção Executiva.

Cada edição do fórum abordou um tema diferente, refletindo as prioridades do momento e as conclusões dos fóruns anteriores. Durante o ano de 2023, realizaram-se dois SNS *Summit* que proporcionaram *inputs* valiosos e se refletiram em deliberações concretas sobre os próximos passos a implementar no sentido dos novos modelos de governação.

O primeiro SNS *Summit* ocorreu a 23 de março de 2023, na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, foi dedicado aos serviços de urgência.

No seguimento desta iniciativa, a 31 de maio de 2023, o Convento de São Francisco em Coimbra acolheu o segundo SNS *Summit*, focado na temática dos CRI. Este encontro transformou-se num fórum crucial para o debate sobre o futuro da gestão hospitalar, onde se procurou esclarecer várias questões essenciais relativas aos CRI: a sua definição, a origem, as lições aprendidas com os CRI já estabelecidos, e as estratégias para liderar a criação de novos CRI.

Sistema Integrado de Informação de Prestadores

A Rede de Referência de Urgência e Emergência inclui as relações entre os sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência e as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde. O Sistema Integrado de Informações de Prestadores (SIIP) é uma base de dados de prestadores de cuidados e organismos do Ministério da Saúde que está disponível, para pesquisa, no Portal do SNS, visitado, diariamente, por mais de 35 mil utilizadores, servindo diversos sistemas de informação, com destaque para o Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS24).

Ora, sendo o SIIP a origem dos dados sobre entidades de saúde que constam no Portal do SNS, importa garantir a qualidade dos elementos disponibilizados. Nestes termos, é essencial fornecer informação credível e atualizada aos cidadãos e aos profissionais de saúde, através de fontes únicas que promovam o ecossistema nacional de sistemas de informação de saúde.

O procedimento de gestão e atualização dos dados das entidades de saúde no SIIP foi previamente definido pela Circular Normativa n.º 01/2017/SGMS/SPMS, substituído pela Circular Normativa Conjunta N.º 01/2020/SGMS/SPMS, fruto de um trabalho conjunto da DE-SNS, SGMS, SPMS e as múltiplas instituições do SNS, qualificando este instrumento.

Segunda Conferência da OMS sobre o Futuro dos Sistemas de Saúde na Era Digital na Região Europeia

Com o objetivo de aproximar Portugal da digitalização avançada, o país sediou a Segunda Conferência da OMS sobre o Futuro dos Sistemas de Saúde na Era Digital na Região Europeia, realizada nos dias 5 e 6 de setembro de 2023, na cidade do Porto.

O principal objetivo deste encontro foi discutir e moldar ações em apoio ao "Plano de Ação Regional para a Saúde Digital na Região Europeia da OMS 2023–2030", que foi aprovado durante a 72ª sessão do Comité Regional da OMS para a Europa, em 2022, e que desenha uma estratégia abrangente para integrar as tecnologias digitais na gestão da saúde pública e dos cuidados médicos na região. A conferência serviu como uma plataforma essencial para o debate e a colaboração entre os diferentes *stakeholders* no campo da saúde digital.

A contínua colaboração com a OMS e outros parceiros internacionais será vital para garantir que Portugal não só atenda às necessidades atuais de saúde pública, mas também esteja na vanguarda das inovações tecnológicas que definirão o futuro da saúde global, e possa potenciar a instalação e o desenvolvimento do Escritório da OMS no nosso país.

Estratégia de Saúde para Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo

A DE-SNS integrou o Grupo de Acompanhamento para a Implementação da Estratégia de Saúde para Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo (LGBTI), através de participação ativa nas discussões. Foi dada particular atenção às necessidades/desafios levantados sobre as barreiras, limitações, desigualdades e dificuldades de acesso deste grupo aos cuidados de saúde no SNS.

Foram identificados pontos de possibilidade de melhoria dos cuidados de saúde para as pessoas transgénero, tais como os rastreios de base populacional, nomeadamente do cancro do colo do útero que não permitiam a inclusão de doentes com género identificado como masculino que tenham o órgão. Foi discutida a possibilidade de alteração deste ponto com o Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio de Base Populacional e com os SPMS, tendo sido identificado o algoritmo de alteração que irá permitir o rastreio nas mesmas condições segundo o critério clínico a todas as pessoas.

A DE-SNS deverá manter a prioridade de promoção da equidade, qualidade, acesso e humanização dos cuidados de saúde.

National Cancer Hub Portugal

O *National Cancer Hub Portugal* (NCH-PT) é uma iniciativa conjunta da Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB) e da DGS, através do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO/DGS).

O NCH-PT tem como objetivo apoiar a implementação da Missão Cancro e da Estratégia Europeia de Luta Contra o Cancro em Portugal em linha com a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro.

O NCH-PT funciona através de dois grupos principais: Grupo de Política (*Policy Group*), que define as estratégias e políticas de combate ao cancro a nível nacional; e o Grupo de Partes Interessadas (*Stakeholders Group*), que reúne diversos atores relevantes na luta contra o cancro, incluindo instituições de saúde, academia, institutos de investigação, sociedades científicas, ordens profissionais, organizações de doentes, indústria farmacêutica, organizações da sociedade civil, entre outros.

O NCH-PT concentra seus esforços no mapeamento de oportunidades de financiamento para iniciativas de combate ao cancro, incluindo o *Europe's Beating Cancer Plan* e a Missão Cancro; na formação de grupos de trabalho temáticos para abordar questões como prevenção, deteção precoce, diagnóstico e tratamento do cancro, e apoio a sobreviventes; na identificação de prioridades nacionais no combate ao cancro; e na promoção da participação de entidades portuguesas em projetos europeus relacionados com o cancro.

A DE-SNS integrou o NCH-PT em todos os seus grupos de ação e no grupo de gestão desta iniciativa em conjunto com a AICIB e com o PNDO/DGS. O principal objetivo da DE-SNS com a sua colaboração com este grupo foi participar do processo multi-institucional de promoção da luta contra o cancro em Portugal, no âmbito que vai desde a investigação à aplicação clínica, envolvendo e incentivando a participação das instituições do Serviço Nacional de Saúde nos projetos de investigação, projetos-piloto e na implementação plena de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde nesta área.

A DE-SNS participou de forma ativa nas reuniões semanais do grupo de gestão do *National Cancer Hub*, em conjunto com a AICIB e o PNDO/DGS. Participou ainda na reunião mensal do *Policy Group* e no *Stakeholders Group* do *National Cancer Hub* onde participaram diversos peritos nacionais e internacionais que partilharam experiência de ações, investigação e iniciativas na área do cancro.

SNS Awards

A DE-SNS pretendeu homenagear os resultados alcançados pelos profissionais do SNS e reconhecer os esforços coletivos e individuais que moldam positivamente a saúde dos Portugueses.

Reconhece-se que a excelência no campo da saúde não é apenas uma aspiração, mas uma busca contínua por parte de quem integra o SNS, muitas vezes superando os limites das suas capacidades para garantir o bem-estar dos seus utentes, e reafirma-se o compromisso em promover uma cultura de reconhecimento e valorização dentro do SNS, estimulando um ambiente onde a dedicação, a inovação e o profissionalismo sejam celebrados e incentivados.

Assim, por recomendação da DE-SNS, a criação dos Prémios do SNS, foi determinada pelo então Ministro da Saúde através do Despacho n.º 9981/2023, de 27 de setembro.

Os “SNS Awards” constituem-se enquanto prémios anuais dirigidos a pessoas e/ou equipas que tenham contribuído para o bom funcionamento do SNS, tendo por base o trabalho realizado nos 12 meses prévios à candidatura aos prémios, salvo exceções que se especificam de seguida, e aprovado o seu regulamento, publicado a 18 de setembro de 2023, no website da DE-SNS.

Tendo como objetivo principal a distinção e a promoção das melhores práticas em saúde, realizadas em Portugal, no SNS, bem como a consequente valorização e distinção dos profissionais e/ou equipas que as levaram a cabo, foram definidas 17 categorias de prémios, de modo a abranger os pilares fundamentais que sustentam o SNS. Partindo do reconhecimento meritório do trabalho realizado no SNS, foram também ainda como elegíveis para este conjunto de prémios, outros profissionais que possam ter contribuído para o bom funcionamento do SNS, nomeadamente na área do jornalismo e comunicação social e do voluntariado, bem como profissionais aposentados do SNS, no âmbito de prémio de carreira póstumo.

Foi designado como presidente do júri António Pimenta Marinho, a quem coube a coordenação do grupo de trabalho, também constituído por Alexandre Lourenço, Ana Rito, Dulce Salzedas, Ema Paulino, Francisco Goiana Silva, Isabel Ribeiro, Maria de Belém Roseira, Maria do Céu Machado e Sandra Cardoso.

A edição 2023 dos “SNS Awards” pautou-se por um volume muito significativo de participação. Os profissionais de saúde do SNS e as suas equipas submeteram mais de 600 candidaturas às diferentes categorias e coube ao Júri, constituído por especialistas de reconhecido mérito e elementos da sociedade civil, identificar a *shortlist* dos projetos/equipas finalistas das 17 categorias. De entre os 6 finalistas selecionados pelo Júri por cada categoria, foram designados os vencedores, tendo por base os votos de mais de 11 mil dos profissionais do SNS:

- › Colaboração Comunitária – Programa Porta Aberta à Saúde Mental do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;

Com o objetivo de promover o conhecimento sobre a saúde mental e a diminuição de atitudes estigmatizantes na comunidade escolar, o programa Porta Aberta à Saúde Mental envolveu cerca de 2.000 alunos, tendo sido, através da articulação com as autarquias da Maia e de Valongo, bem como com os respetivos agrupamentos escolares, aplicado em 29 escolas.

- › Trabalho em Rede – Banco de Leite Humano do Norte do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;

O Banco de Leite Humano do Norte foi capaz, no seu primeiro ano de atividade, de agregar uma equipa multidisciplinar de neonatologistas, obstetras, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos, em prol de um modelo funcional tecnicamente moderno e seguro, que angariou dadoras de leite humano em favor de recém-nascidos de risco internados em Unidades de Neonatologia do Norte de Portugal.

- › Sustentabilidade Ambiental – Bloco Verde do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;

Através do projeto Bloco Verde, o Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar e Universitário de São João retomou o processo de separação de resíduos nas várias salas de operações, substituiu as batas cirúrgicas descartáveis por reutilizáveis e investiu em contentores cirúrgicos para a esterilização de instrumentais, descartando na quase totalidade o uso de tecido não tecido. Foi possível chegar à tonelada de papel separado para reciclagem, o que equivale à poupança de 30 árvores e de 760 kg de plástico.

- › Acesso – Via verde para Doenças Desmielinizantes - Neurologia: apoio ao doente com suspeita de surto do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;

O projeto “Via verde para Doenças Desmielinizantes-Neurologia: apoio ao doente com suspeita de surto”, em funcionamento desde 2023, evita que o doente, especialmente o que sofre de Esclerose Múltipla, numa fase de maior incapacidade e fragilidade, tenha de se deslocar ao serviço de urgência. O doente segue um circuito direcionado, onde é avaliado pela equipa de enfermagem e pelo neurologista. No mesmo espaço da consulta de enfermagem e da consulta médica, o doente tem acesso a uma sala de tratamento com os equipamentos necessários à administração de terapêuticas e monitorização clínica.

- › Humanização de Cuidados – Serviço de Oncologia Médica II do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;

O Serviço de Oncologia Médica II do Instituto Português de Oncologia de Lisboa organiza o projeto “Música em Medicina” para trazer alegria, luz e cor aos “dias cinzentos” dos doentes que passam os seus dias naquele serviço.

- › Cultura Organizacional – Equipa de Enfermagem de Saúde Mental Positiva da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE;

A equipa de Enfermagem de Saúde Mental Positiva da Unidade Local de Saúde de Matosinhos iniciou, em 2018, um programa de promoção de saúde mental positiva, dirigido aos colaboradores da ULSM, cujo objetivo primário é promover a saúde mental dos colaboradores. A oferta de uma jornada orientada de autoconhecimento e de automotivação tem-se mostrado um catalisador para o aumento da felicidade organizacional.

- › Comunicação e Marca – SNS 24 dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde lançaram a campanha “Faça do SNS 24 um hábito saudável”, para promover os novos serviços digitais disponíveis no portal e na app SNS 24, assim como a sua acessibilidade enquanto serviço público. A campanha conseguiu a redução de 4% em chamadas administrativas, o aumento de utilizações da app SNS 24 e o aumento de 13% das visitas ao portal SNS 24.

- › Formação e Mentoria – Cardiologia de Gaia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;

O Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) é reconhecido a nível nacional e internacional como um local de excelência de formação no SNS. No último ano, deu formação a 126 médicos provenientes de 41 centros hospitalares. A atividade formativa e de mentoria estende-se ainda a enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde. A mentoria em formação alarga-se aos níveis pré e pós-graduado, fomentando o doutoramento dos seus profissionais (com 12 em curso).

- › Investigação Científica – Centro de Investigação do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE;

O Centro de Investigação criado em 2003 está organizado por cinco grupos de investigação que se dedicam à investigação translacional/pré-clínica, dois grupos à investigação clínica e um grupo dedicado à epidemiologia do cancro, resultados e qualidade de vida em Oncologia, assim como sustentabilidade dos sistemas de saúde e cuidados de saúde baseados em valor. Contabilizou, em 2022, 256 artigos revistos por pares (na *Pubmed* e/ou *Scopus*). Foram ainda defendidas quatro teses de doutoramento e 24 dissertações de mestrado orientadas por investigadores da instituição.

- › Inovação Digital e Tecnológica – Unidade de Medicina de Precisão de Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;

O Centro Hospitalar Universitário de São João criou a Unidade de Medicina de Precisão de Serviço de Gastrenterologia, como resposta à crescente capacidade computacional e desenvolvimento de sistemas de inteligência artificial para desenvolver algoritmos inspirados no córtex visual humano, as redes neurais convolucionais. Estas ferramentas permitem uma interpretação de imagens de alta eficiência.

- › Empreendedorismo e Criatividade – Programa de Medicina de Precisão em Oncologia do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE;

O Programa de Medicina de Precisão em Oncologia é pioneiro em Portugal. Este programa inclui a criação da Consulta de Grupo Multidisciplinar de Oncologia Molecular, que permite discutir casos de pacientes de outras instituições do país, de forma a agilizar o acesso dos pacientes com cancro a terapias inovadoras em ensaios clínicos.

- › Qualidade e Excelência – Unidade de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;

Em janeiro de 2023, a Unidade de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com uma equipa multidisciplinar altamente dedicada, foi certificada pela *European Burns Association*. Além da constatação *in loco* da estrutura e dos equipamentos, foram analisados os protocolos de tratamento, estatísticas e indicadores de qualidade.

- › Jornalismo em Saúde – “Segundas de Conversa”, uma parceria Saúde+ e TSF;

“Segundas de Conversa” é uma iniciativa da Liga Portuguesa Contra o Cancro, centrada na literacia em saúde na área da oncologia. Este projeto foi lançado em janeiro de 2020, com o objetivo de abordar várias temáticas e esclarecer dúvidas relacionadas com o cancro, em sessões que integram a comunidade não especialista. O programa é transmitido no canal televisivo Saúde+ e na TSF e respetivas plataformas de podcast.

- › Voluntariado – Voluntariado Hospitalar da Liga Portuguesa Contra o Cancro;

A Liga Portuguesa Contra o Cancro tem origem no voluntariado, desempenhando um papel fundamental no apoio aos pacientes oncológicos, às suas famílias e cuidadores, nos hospitais com serviços de oncologia, por todo o país. Os 1005 voluntários hospitalares de diferentes faixas etárias proporcionam apoio prático e emocional aos pacientes em ambulatório e internamento, acompanhando-os em consultas e tratamentos, oferecendo informação e conforto, contribuindo assim para a humanização e solidariedade no ambiente hospitalar.

- › Jovem Talento – Filipa Fontes do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE;

Filipa Fontes nasceu em 1985, é enfermeira no Instituto Português de Oncologia do Porto e professora auxiliar convidada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Licenciada em Enfermagem, mestre em Epidemiologia e doutorada em Saúde Pública, nos 12 meses prévios à atribuição do prémio assumiu a coordenação da Unidade de Investigação em Enfermagem Oncológica, tendo promovido atividades de incentivo e promoção da investigação em enfermagem oncológica na instituição.

- › Liderança – Nelson Pereira do Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE;

Conhecido do público em geral e pelos profissionais de saúde como “O Homem da Tenda”, fruto do trabalho desenvolvido durante a pandemia, o Dr. Nelson Pereira foi o principal porta-voz do Centro Hospitalar Universitário de São João e um dos responsáveis pelo projeto piloto “Ligue Antes, Salve Vidas”, de reorganização dos serviços de urgência, dedicando-se ao SNS com um enorme espírito de missão e responsabilidade.

- › Inspiração – Maria Armanda dos Santos do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.

Maria Armanda dos Santos foi funcionária na tesouraria durante 49 anos, sempre com o objetivo de contribuir para a melhoria do Serviço de Gestão Financeira. Iniciou funções mesmo antes de o SNS existir e só a aposentação a obrigou a deixar a instituição.

Note-se então que, apesar de em regulamento o presidente do júri deter 30% do peso de votação final, foi decidido não exercer esse poder, permitindo que os vencedores fossem apenas os mais votados pelos profissionais do SNS, no sentido de valorizar as escolhas destes mesmos profissionais. Mais de 11 mil profissionais de saúde elegeram estes vencedores, numa votação total e exclusiva dos pares.

Ainda assim e de forma a premiar a visão estratégias de alguns finalistas, atribuíram-se prémios extra, por parte do Conselho de Gestão da DE-SNS, a finalistas com mérito estratégico para a visão da DE-SNS, no âmbito do SNS:

- › Jornalismo: Alexandra Campos do Jornal O Público e Paula Rebelo da RTP;

A jornalista do Público, Alexandra Campos, é especialista em jornalismo de saúde e distingue-se pelo rigor, assertividade, isenção e conhecimento do setor da saúde.

A jornalista da RTP, Paula Rebelo, elaborou a reportagem “Médicos que regressam. Especialista inova entre Estocolmo e Matosinhos”, exibida a 21 de maio de 2023, sobre o regresso de médicos portugueses ao SNS. A reportagem seguiu o percurso de um médico que regressa de Estocolmo e que traz inovação e experiência ao SNS.

- › Colaboração comunitária: Equipa de Psiquiatria Geriátrica do Departamento de Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

O distrito de Beja recebeu, em 2022, um projeto de intervenção comunitária que englobou a formação de cuidadores informais e de profissionais de Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas, bem como a realização de teleconsultas para utentes destas instituições e consultas presenciais com a deslocação da equipa clínica. A articulação com as autarquias e o setor social tem permitido a prestação de cuidados diferenciados a uma população vulnerável, evitando a elevada utilização de recursos hospitalares.

- › Trabalho em rede: CHUA + proximidade do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

O projeto CHUA + proximidade consiste em consultas de pediatria realizadas uma vez por semana em Lagos e Aljezur, com o apoio da equipa de enfermagem pediátrica e em articulação com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários, que utilizam a viatura existente no município de Aljezur. As mães das crianças que nasceram nos últimos meses deslocam-se à viatura, onde a criança é observada e são administradas as vacinas adequadas.

Despacho Conjunto DGS/SPMS/DE-SNS, nº 005/2023, de 29/05/2023, referente a: 'Atualização do processo de validação clínica e sistemática dos algoritmos utilizados pelo Centro de Atendimento SNS24'.

"A DGS criou, no âmbito das suas competências, o Sistema de Triagem e Aconselhamento em Português, para a conceção de árvores de decisão para o aconselhamento dos cidadãos sobre diversos problemas de saúde e encaminhamento adequado ao nível de cuidados de saúde.

Durante a pandemia COVID-19, a transformação do Centro de Atendimento SNS24, dos SPMS, num dos primeiros pontos de contacto do cidadão com o sistema de saúde, conduziu à utilização exponencial dos algoritmos da DGS.

Assim, com vista à atualização do processo de validação clínica e sistemática dos algoritmos utilizados pelo Centro de Atendimento SNS24, determino:

- 1. A criação de um Grupo de Trabalho constituído por representantes institucionais e Profissionais de Saúde com experiência na área do atendimento de urgência hospitalar e dos CSP, nomeados pela DGS, pelos SPMS e pela DE-SNS.*
- 2. O Grupo de Trabalho criado pelo presente Despacho, assegura a realização das seguintes funções:*
 - a. Atualização regular dos conteúdos clínicos e científicos dos algoritmos em vigor, em concordância com as recomendações da DGS e com a melhor evidência;*
 - b. Conceção de algoritmos para a avaliação de problemas epidemiologicamente relevantes;*
 - c. Avaliação do impacto efetivo da utilização dos algoritmos e análise da sua concordância com o nível de cuidados, o risco clínico e os resultados da avaliação clínica;*
 - d. Suporte à conceção de novos programas de apoio particularmente ao nível da gestão da doença crónica e ao recurso a tele saúde.*
- 3. O Grupo de Trabalho deve articular com o Centro de Atendimento SNS24, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), e com os serviços prestadores de cuidados de saúde, para obter indicadores relativos à utilização dos algoritmos e parâmetros de monitorização de utilização e encaminhamento, por forma a identificar e priorizar a necessidade de revisão dos algoritmos em vigor.*
- 4. O Grupo de Trabalho é constituído por:*
 - Ana Menezes Sanches, Medicina Geral e Familiar, Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central;*
 - Ana Pimentel, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.*

- *António Táboas, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.*
- *Carla Mendes, Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central;*
- *Carla Pereira, Direção Geral da Saúde;*
- *Carlos Miguel Borges dos Santos, Cardiologia, Hospital Fernando Fonseca, E.P.E., que coordena;*
- *Cláudio Ferreira Alves, Pediatria, Hospital Fernando Fonseca, E.P.E.*
- *Estêvão Soares dos Santos, Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública de Leiria;*
- *Fernanda Rodrigues, Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.*
- *Joana Vaz, Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.*
- *João Pereira Gouveia, Medicina Interna e Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.*
- *João Oliveira, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.*
- *Laura Marques, Direção Geral da Saúde;*
- *Luísa Alves, Neurologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.*
- *Margarida Pimenta, Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.*
- *Marina Mocho, Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.*
- *Mauro Germano de Carvalho Rosa, Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E.*
- *Nelson Pereira, Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., em representação da DE-SNS;*
- *Nuno Basílio, Medicina Geral e Familiar, Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central;*
- *Nuno Fernandes, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.*
- *Paula Pereira, Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.*
- *Rosinda Marinho Pereira Costa, Enfermeira, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., em representação da DE-SNS;*
- *Rui Campos, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.*
- *Rute Baeta Baptista, Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.*
- *Susana Santo, Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.*

Deliberação nº DE-SNS 201/2023, de 31/08/2023: Desmaterialização do Vale Cirurgia.

“Atualmente o processo de emissão de notas de transferência de vales cirurgia (NT/VC) não é célere, porque não é imediato, dado que implica tempos de emissão, impressão e expedição. O utente pronuncia-se maioritariamente quando recebe o vale cirurgia (salvo quando contactada a Unidade de Gestão do Acesso, para emissão direta do mesmo, nos tempos definidos para o efeito). Por outro lado, o processo tem o custo associado aos contratos com as entidades de emissão e expedição dos NT/VC. O tempo para pronúncia por parte do utente, porque tem dilação, pode comprometer a resposta do SNS face aos outros utentes em Lista de Espera.

Foi formulada a esta Direção Executiva, pela coordenadora da Unidade de Gestão do Acesso (UGA), Teresa Pêgo, a proposta de desmaterialização da emissão do Vale Cirurgia/Nota de Transferência, com o objetivo de simplificar a emissão da nota de transferência/vale cirurgia (NT/VC). A proposta passa pelo envio através de email em vez de papel, nas situações em que seja possível, sabendo desde já que o SIGLIC está apto para esta operacionalização.

Essa medida já teria sido formulada para o SIMPLEX e consubstancia uma das medidas da Transição Digital: melhorar o acesso ao SNS e a resposta institucional. Para além disso, constitui também uma meta do Contrato Programa da ACSS com a SPMS para o corrente ano.

Paralelamente, é uma medida que melhora o acesso, dada a possível celeridade na resposta do utente.

Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da DE-SNS, sob proposta do Diretor Executivo do SNS determina-se:

- Atendendo à reconhecida importância do projeto, em articulação e parceria com a SPMS, fica agendado o seu arranque para dia 18 de setembro, devendo, as questões técnicas e operacionais ficar sob a responsabilidade da UGA a proceder com a respetiva equipa da SPMS e, as questões da comunicação, sob a responsabilidade da SPMS em conjunto com a DE.”

Protocolo de Cooperação entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), e a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS) - Porto, 27 de setembro de 2023

"Considerando que:

A. A FMUP tem por missão a formação científica, tecnológica e humanística de médicos e outros profissionais envolvidos nestas áreas do conhecimento e a melhoria da saúde da população.

B. A FMUP tem como algumas das suas atribuições a cooperação com outras instituições, tendo em vista o desenvolvimento de atividades comuns de ensino, investigação e prestação de serviços, numa perspetiva de valorização recíproca e ou de solidariedade e aproximação entre comunidades, com destaque para os países de língua portuguesa.

C. A FMUP reconhece a imprescindibilidade de cooperação com outras instituições públicas que atuem, nomeadamente, no domínio da saúde, desde logo reconhecida nos próprios Estatutos, prevista no n.º 4 do artigo 3.º que, "para a prossecução dos seus objetivos, a FMUP pode (...) firmar acordos, protocolos ou convénios com (...) instituições, públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras".

D. A DE-SNS é um instituto público que tem por missão "... coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria continua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde..."

E. Um dos principais objetivos da DE-SNS consiste em criar as condições de evolução e melhoria da prestação de cuidados de saúde aos utentes mediante a utilização de novas ferramentas, nomeadamente, nos domínios do digital e da biométrica.

F. Que é de mútuo interesse e primordial importância o desenvolvimento de uma cooperação entre as Partes nos domínios da Saúde Digital e Saúde Biométrica.

G. As Partes reconhecem existir um interesse recíproco de aproximação e colaboração.

Neste contexto, foi celebrado o Protocolo de Cooperação que estabelece a cooperação entre as Partes, com o objetivo de reforçar as relações institucionais e promover oportunidades que permitam a valorização das ações promovidas por ambas as Instituições, no âmbito do curso de Licenciatura em Saúde Digital e Saúde Biomédica da FMUP.

Com a finalidade de cumprir o objeto do acordo, as Partes estabelecem, desde já, as seguintes formas de cooperação no curso de Licenciatura em Saúde Digital e Saúde Biomédica:

- a) Apoiar iniciativas de interesse comum, tais como cursos, seminários, conferências, colóquios e aulas abertas sobre temas de interesse para ambas as Instituições;*
- b) Melhorar a articulação entre as Partes na análise e resolução dos desafios que surjam no âmbito da projetada Licenciatura em Saúde Digital e Inovação Biomédica, em especial através da promoção de soluções multilaterais;*
- c) Facilitar a participação de especialistas para a realização de eventos e atividades de interesse comum;*
- d) Apoiar a realização de estudos e projetos de investigação em áreas a definir segundo as necessidades detetadas;*
- e) Receber alunos para a realização de projetos ou estágios nas instalações da DE-SNS, no âmbito de UC do 3º ano, nos termos definidos conjuntamente em cada ano letivo.”*

Circular Normativa Conjunta 01/2023/DE-SNS/SPMS, de 19/12/2023, sobre a 'Uniformização da imagem e do domínio das Unidades Locais de Saúde, E.P.E. (ULS), no âmbito da reorganização do Serviço Nacional de Saúde, em vigor a partir de 1 de janeiro de 2024'.

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à criação, com natureza de entidades públicas empresariais (E.P.E.), de unidades locais de saúde (ULS), um movimento de reorganização do SNS que tem como objetivo planear as respostas em saúde em função dos utentes.

Nesse sentido, tornou-se necessário constituir dois elementos fundamentais para harmonizar e orientar a implementação das ULS, designadamente, domínio e imagem (logótipo). Deste modo, procurou-se reforçar a sua identidade, enquanto modelo organizacional promotor da gestão integrada de cuidados de saúde, criando um espírito da rede de cuidados do SNS.

Assim, determinou-se a criação dos domínios a utilizar nas 39 ULS.

Determinou-se, ainda, a adoção da imagem (logótipo) que deveria ser utilizada em cada uma das 39 ULS. Neste âmbito foi remetido para cada Comissão Executiva das ULS os formatos adequados às suas instituições, bem como respetivo manual gráfico.

Deliberação nº DE-SNS 002/2024, de 25/01/2024: Grupo de Trabalho para a avaliação da disponibilidade de meios versus as necessidades no transporte pré-hospitalar de doentes, na Península de Setúbal.

“A DE-SNS, o INEM e a Liga dos Bombeiros Portugueses (LBP) reuniram-se na sede da DE-SNS, no dia 18 de janeiro, no sentido de avaliarem questões relacionadas sobre a articulação dos Corpos de Bombeiros com o SNS.

Num ambiente aberto, na procura efetiva de soluções, em parceria, foram avaliadas várias medidas e discutidas as múltiplas dimensões deste complexo processo, tendo em atenção a justeza das preocupações dos Corpos de Bombeiros e o efetivo compromisso das partes, no sentido de construírem propostas de melhoria do sistema.

A abertura e compromisso dos parceiros no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), na procura de soluções que sirvam as pessoas, será seguramente um garante para que os resultados que pretendemos obter, em conjunto, com planeamento, organização e estratégia, sejam efetivos e defendam os doentes.

Nesse sentido, a DE-SNS, o INEM e a LBP, concordaram com a formação de um Grupo de Trabalho (GT), coordenado pela DE-SNS, que iria também envolver as Unidades Locais de Saúde de Almada-Seixal, Arco Ribeirinho e Arrábida, e os Corpos de Bombeiros da Península de Setúbal, para avaliarem a disponibilidade de meios versus as necessidades no transporte pré-hospitalar de doentes, na Península de Setúbal e, até 27 de março, elencarem propostas para melhorar a situação de prontidão e de resposta.

Assim, nomeia-se o GT, que terá a seguinte constituição:

- *Dr. António Marques (ULS Santo António, EPE), que coordena o GT, pela DE-SNS;*
- *Dr.ª Tânia Strecht (responsável da Delegação Regional de Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo), Dr. Tiago Lopes (médico) e Dr. Jaime Naia (Coordenador TEPH), ambos da mesma Delegação Regional do INEM;*
- *Eng. Eduardo Correia (Vice-Presidente do Conselho Executivo da LBP), Comandante Guilherme Isidro (Secretário do Conselho Executivo da LBP), Dr. João Ludovico (Presidente da Federação de Bombeiros do Distrito de Setúbal), Comandante Vitor Tomás (Comandante Operacional de Setor de Bombeiros de Setúbal), Comandante José António Figueiredo (Comandante Operacional de Zona de Intervenção de Bombeiros);*
- *Dra Lidia Pereira, pela Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE;*
- *Dr. Miguel Ângelo Madeira Rodrigues, pela Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE;*

- *Dr. Hugo Viegas, pela Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE.*

