

**REDES DE PROXIMIDADE**

**CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

**INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS CENTRADA NA PESSOA**

**PRIORIDADE DAS  
PRIORIDADES DE INVESTIMENTO**

**2021**

# RESUMO e CONCLUSÕES

## WEBINAR



**Coordenação e Moderação** – Patrícia Barbosa, Pedro Maciel Barbosa e Diana Costa

**Agradecimento** – A FSNS agradece a participação e a supervisão técnica das entidades abaixo, que possibilitaram delinear e concretizar esta atividade:

- Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)
- Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC)
- Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP)
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF)
- Colégio da Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos
- Iniciativa Mais Participação, melhor Saúde



## PAINEL

- **Ana Sampaio** – *Iniciativa Mais Participação, melhor Saúde – Presidente da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino*
- **Diogo Urjais** – *Presidente da USF-AN; Enfermeiro de família na USF D. Diniz – Leiria*
- **Eunice Carrapiço** – *Especialista em MGF; Diretora executiva do ACeS Lisboa Norte*
- **Hugo Esteves** - *Membro da Direção da ANMSP; Médico de Saúde Pública*
- **José Lima** - *Presidente da Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC)*
- **José Luís Biscaia** – *Assistente graduado sénior de MGF; Diretor executivo do ACeS Baixo Mondego*
- **Paulo Pereira** – *Fisioterapeuta; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - ACeS Dão Lafões*
- **Paulo Santos** – *Presidente da Direção do Colégio da Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos; Professor da FMUP; Consultor de MGF – Porto*
- **Nuno Jacinto** – *Presidente da Direção da APMGF; Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Alentejo Central; Médico de Família na USF Évora*

# ÍNDICE

**INTRODUÇÃO, OBJETIVOS, MÉTODO - PÁGINA 5**

**ENQUADRAMENTO - PÁGINA 6**

**VERTENTES ESSENCIAIS NUM PLANO DE INVESTIMENTO EM CSP - PÁGINA 8**  
**DIOGO URJAIS**

**GANHOS PARA A MELHORIA DO SNS E A SAÚDE E BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO- PÁGINA 10**  
**PAULO SANTOS**

**ESTRUTURAR PLANO DE INVESTIMENTOS PRIORITÁRIOS SEM REPETIR ERROS DO PASSADO - PÁGINA 13**  
**EUNICE CARRAPIÇO**

**REDE DE SAÚDE PÚBLICA - PÁGINA 15**  
**HUGO ESTEVES**

**SAÚDE DA PESSOA E DA FAMÍLIA - PÁGINA 17**  
**NUNO JACINTO**

**COMPETÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA MAIOR ABRANGÊNCIA DE CUIDADOS - PÁGINA 19**  
**PAULO PEREIRA**

**CUIDADOS NA COMUNIDADE E NO DOMICÍLIO - PÁGINA 21**  
**JOSÉ LIMA**

**ARQUITETURA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE E APLICAÇÕES INFORMÁTICAS - PÁGINA 23**  
**JOSE LUÍS BISCAIA**

**PARTICIPAÇÃO E CAPACITAÇÃO DO CIDADÃO - PÁGINA 26**  
**ANA SAMPAIO**

**CONCLUSÕES - PÁGINA 28**

## INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 confirmou a importância do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para proteger a saúde de todos os cidadãos e tornou mais patentes fragilidades estruturais, insuficiência de recursos e disfuncionalidades de organização e ação.

A necessidade premente de acudir às emergências locais, ativou a cooperação intersectorial nas comunidades em torno de objetivos comuns. Os cuidados de saúde primários (CSP) têm acompanhado mais de 95% dos casos confirmados de infeção por SARSCov2, e ainda, os casos suspeitos. Esta focalização desviou recursos e comprometeu as respostas ao restante universo de necessidades de saúde.

Quando a ordem de grandeza dos problemas e necessidades atinge escala de “grandes números”, um só ponto percentual de quebra (ou de não aumento) da capacidade resolutive dos cuidados de saúde primários pode determinar maior pressão e rotura nos serviços a jusante, hospitalares em especial. É, portanto, decisivo investir prioritariamente, agora e no futuro, na componente a montante, próxima das pessoas, onde os investimentos produzirão maior retorno em saúde e bem-estar para todos.

## OBJETIVOS

Esta oficina online teve como principais objetivos:

- Destacar pontos chave onde os investimentos certos têm maior potencial para melhorar a saúde e o funcionamento de todo o SNS, numa ótica de integração de cuidados centrada na pessoa, com mais ganhos em saúde e bem-estar para todos.
- Identificar necessidades e prioridades emergentes de investimento nos CSP.
- Identificar necessidades e prioridades de investimento para capacitação do cidadão em saúde e para uma relação e comunicação mais próximas com o SNS.
- Realçar ganhos de eficiência financeira possíveis com decisões acertadas de financiamento.

## MÉTODO

Painel de participantes, realizado em janeiro de 2021, com vivências relevantes em cuidados de saúde primários e saúde pública. Os participantes responderam a perguntas concretas, de entre um conjunto previamente preparado entre todos. A audiência teve oportunidade de fazer novas perguntas e de dar contributos para aprofundar o debate.

Além deste Resumo e Conclusões, a gravação da sessão encontra-se disponível nas redes sociais da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde.

## ENQUADRAMENTO

### ***A pandemia realçou os pontos fortes e as fragilidades do SNS***

O Serviço Nacional de Saúde é decisivo para proteger a saúde de todos. Durante a pandemia ficaram patentes muitas fragilidades estruturais, insuficiência de recursos e disfuncionalidades de organização, liderança e de governação estratégica.

É indispensável haver visão a médio e longo prazo e corrigir os défices de planeamento dinâmico e participado. Simultaneamente, é decisivo um investimento urgente e prioritário no SNS, em particular nos cuidados de saúde primários.

### ***A agravar o subfinanciamento e o baixo investimento no SNS, ainda existe uma inversão de prioridades – sem CSP robustos todo o sistema fica fragilizado***

Aos CSP cabem cerca de 18% do orçamento da Saúde. Porém, são chamados a assegurar cuidados abrangentes a toda a população e mais de 80% utilizam-nos de facto, regularmente. Os CSP têm de ter recursos suficientes para assegurar cuidados a pessoas e famílias, em todo o ciclo de vida, em todos os níveis da prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária), incluindo no domicílio. Cabe-lhes assegurar cuidados nas situações de doença aguda, no controle de doenças crónicas, incluindo o número crescente de pessoas com morbilidade múltipla e dependência, para além de lidarem com um vasto leque de problemas de natureza psicossocial e, ainda, de vigilância epidemiológica e acompanhamento de situações emergentes e pandémicas como a presente.

Existe evidência científica bastante para comprovar que o financiamento e investimentos adequados nos CSP permitem ganhos de eficiência sistémica e melhores resultados em saúde e bem-estar para toda a população.

### ***É necessário investir imediatamente nos cuidados de saúde primários***

Quando as necessidades (Covid-19 e não-Covid) atingem escala de “grandes números”, um ponto percentual de quebra (ou de não aumento) da capacidade resolutive dos CSP pode determinar roturas a jusante, nos hospitais em especial. Por isso, são indispensáveis: visão sistémica abrangente; planeamento estratégico; priorização de investimentos nos pontos chave prioritários, tanto em infraestruturas e equipamentos adequados como nos recursos humanos e sócio-organizacionais. A maior parte destes pontos estão ao nível das comunidades e dos cuidados de saúde primários. Isto é, na componente a montante, próxima das pessoas e onde os investimentos produzem maior retorno em saúde e bem-estar para todos.

É decisivo delinear e executar um plano de investimento nos CSP, visando ao mesmo tempo revitalizar o conjunto do SNS.

### ***Redes de proximidade, coordenação estratégica e rede de saúde pública***

A necessidade de acudir às emergências locais, ativou a cooperação intersectorial a nível de muitas comunidades, nem sempre adequadamente coordenada. É agora necessário assegurar localmente coordenação estratégica intersectorial eficaz e potenciar ao máximo a convergência de vontades, recursos e ações dos múltiplos parceiros locais em torno de objetivos comuns – os sistemas locais de saúde, já previstos na Lei de Bases da Saúde, de 2019 devem ser desenvolvidos a curto prazo.

A fragilidade da rede de saúde pública em recursos humanos e meios nos níveis locais levou a que a capacidade de vigilância epidemiológica e de interrupção de cadeias de transmissão atingisse o seu limite há meses atrás. Este colapso da intervenção a montante teve fraca ou nula repercussão

mediática. Não foi alvo de medidas adequadas e oportunas. Foi um dos fatores determinantes da catástrofe que viria a ocorrer depois, a jusante. Por isso o reforço da rede de saúde pública é uma emergência absoluta, bem como atender à evolução dos seus indicadores de desempenho, designadamente na vigilância e intervenção epidemiológica.

### ***Os centros e saúde e seus agrupamentos como redes de equipas***

Os centros de saúde são a imagem dos serviços de proximidade do SNS. Foram reorganizados em equipas / unidades funcionais, onde deveriam existir recursos humanos, equipamentos e materiais suficientes para prestar os cuidados de saúde primários necessários a uma dada população. Em muitos agrupamentos de centros de saúde (ACES) persiste uma organização desagregada por unidades funcionais separadas entre si, com frágil governação clínica e de saúde e fracas dinâmicas de integração de cuidados. São necessários investimentos seletivos, prioritários, para que os centros de saúde se alicercem em redes de equipas coordenadas e centradas em objetivos comuns e respondam melhor às necessidades da população.

### ***Capacidade resolutive dos CSP***

Os centros de saúde e suas unidades, devem estar dotados do número suficiente de profissionais qualificados, bem como de tecnologias apropriadas, visando satisfazer necessidades concretas de diagnóstico, de monitorização e de resolução de problemas específicos, comuns. Adianta pouco voltar a instalar equipamentos genéricos de laboratório e de imagiologia, como já foi feito há décadas atrás (com desperdício de recursos) sem atender aos processos e práticas assistenciais específicas para os quais são necessários, nem a dotação dos profissionais qualificados para operar com eles.

São conhecidas listas deste tipo a nível internacional e a nível nacional. É possível chegar a curto prazo a um consenso, com base em evidência científica disponível.

### ***Cuidar em casa***

A hospitalização domiciliária tem sido impulsionada por todo o país. Porém, deve ser enquadrado como um processo de descentralização de cuidados hospitalares ou como um processo de diferenciação de cuidados de saúde primários? Ou a convergência de ambos?

Que papel devem assumir os cuidados de saúde primários na integração de cuidados do SNS do futuro, designadamente no âmbito dos cuidados no domicílio?

### ***Profissões e profissionais dos centros de saúde***

A carência de alguns recursos humanos ficou patente com a pandemia Covid-19. Além disso foi notória a sua distribuição desigual pelo país, o que, objetivamente gera iniquidades entre os cidadãos. As carências são muito diferentes consoante as profissões. Será necessário planear e investir no reforço equilibrado e equitativo do capital humano, que seja mais promotor de saúde e, também, facilitador da transformação e do desenvolvimento dos CSP.

### ***Participação e envolvimento dos cidadãos - capacitação dos doentes, dos cuidadores e das famílias***

A Constituição da República Portuguesa determina que o SNS tenha uma gestão descentralizada e participada. Porém, a participação, envolvimento e controle dos serviços públicos de saúde por parte dos cidadãos é, ainda, uma miragem.

A capacitação das pessoas no que se refere à sua saúde, bem como dos cuidadores e das famílias é um fator decisivo para obter melhores resultados em saúde.

### ***Sistemas de informação em saúde***

A Covid-19 demonstrou, mais uma vez, a necessidade urgente de integrar as diversas peças do “sistema de informação”, dado que foram construídas numa lógica de armazenamento de dados e não de fonte de informação útil para a gestão e a tomada de decisão clínica.

Por outro lado, os profissionais do serviço social, psicologia, nutrição, dentária, fisioterapia continuam a ter de recorrer a versões *SClínico* obsoletas, que não são mais do que folhas de texto livre e o processo clínico de cada pessoa é uma amálgama desintegrada de fragmentos, sem resumos compreensivos nem um plano individual de saúde centrado na pessoa e permanentemente atualizado.

São necessárias alterações urgentes para que as diversas aplicações, plataformas e outras componentes soltas dos SI sejam reordenadas numa arquitetura integrada e integradora centrada na pessoa e facilitadora do trabalho dos profissionais.



## VERTENTES ESSENCIAIS NUM PLANO DE INVESTIMENTO EM CSP

***Quais as vertentes essenciais a contemplar num Plano de investimento nos CSP, visando ao mesmo tempo regenerar e revitalizar o conjunto do SNS?***

**DIOGO URJAIS** - *Presidente da USF-AN; Enfermeiro de família na USF D. Diniz – Leiria*

A pandemia aumentou a pressão sobre os CSP, tornando evidentes várias fragilidades, muitas das quais conhecidas, e gerou grande redução de atos que só podem ser prestados presencialmente – basta olhar para o Índice de Desenvolvimento Global (IDG) das unidades funcionais dos centros de saúde.

Por esse motivo, a otimização da produtividade dos profissionais clínicos que já integram as equipas, para recuperar atividades em atraso e níveis de performance anteriores, requer investimentos em infraestrutura, serviços e recursos humanos.

Posto isto, a USF-AN defende, desde longa data:

1. Uma aposta significativa no reforço do secretariado clínico, por exemplo, libertaria os restantes profissionais de muitos atos burocráticos – esta deve ser acompanhada por um SIMPLEX de muitos processos na saúde, mas também áreas como a Segurança Social que é importante para reforçar a resposta aos contactos por telefone e email;
2. A necessidade de um forte reforço na contratação de assistentes sociais, que permitiria reduzir muitas consultas por motivos não clínicos e oferecer respostas mais eficazes e céleres para os problemas, na sua génese. Poderia ser estudado o modelo da prescrição social e implementados projetos piloto (apenas sustentáveis mediante a contratação de profissionais);
3. Um forte reforço na contratação de psicólogos clínicos, que permitiria oferecer uma resposta mais adequada e eficiente aos problemas de saúde mental mais frequentes – depressão e ansiedade ligeiras a moderadas. A título de exemplo, as orientações do NICE, do NHS Britânico enumeram esta medida como sendo custo eficiente e preferível como primeira linha de tratamento (vs introdução de fármacos). Poderiam dar também importantes contributos nas áreas de cessação tabágica, do uso nocivo de álcool e na mudança de outros comportamentos como, por exemplo, a prática de atividade física regular e alimentação saudável;
4. Um necessário reforço na contratação das outras profissões da saúde, nomeadamente de médicos dentistas e higienistas orais. A saúde oral é fraca e a resposta no SNS é sobejamente insuficiente;
5. A necessidade de simplificar e agilizar os processos de contratação e mobilidade de profissionais;
6. Uma aposta na formação profissional contínua, quer ministrada no âmbito das administrações regionais de saúde, como pela simplificação e efetiva aplicação dos incentivos já conquistados pelas equipas das unidades funcionais dos centros de saúde. Aqui, não esquecer o reforço da capacitação e o treino formal de competências de gestão e de liderança, para todos os profissionais em posições de chefia;

7. A necessidade de adquirir centrais telefónicas para possibilitar uma capacidade de resposta a contactos indiretos minimamente adequada - isto considerando que o email será um meio frequentemente menos procurado por idosos que, tendencialmente mais necessitam de cuidados. Esta medida é insuficiente sem reforço do secretariado clínico, obviamente;
8. A melhoria dos sistemas AVAC das unidades – esta necessidade de ventilação eficaz é claramente perceptível com a atual pandemia COVID-19, mas era já perceptível no contexto da anterior atividade assistencial. No que se refere à climatização, é notória a sua necessidade, em especial nos períodos de temperaturas extremas, no Inverno e no Verão, mas também em consultas que requerem condições específicas, como nas de recém-nascidos, por exemplo;
9. A reabilitação urgente ou construção de novas infraestruturas para as unidades funcionais. Subsistem muitas unidades que funcionam em edifícios residenciais, sem condições adequadas à higienização, distanciamento social, ventilação dos gabinetes, acesso a pessoas com limitações de mobilidade, assim como ao aumento da capacidade resolutive dos ACES para procederem a contratações e compras adequadas e atempadas – muitas vezes é impossível uma resposta em tempo útil pela morosidade da cadeia hierárquica e características dos concursos;
10. O cumprimento do pagamento das retribuições e suplementos previstos na lei, como forma de atrair e reter profissionais competentes nestes cargos, atualmente pouco atrativos em termos de responsabilidade, complexidade, carga laboral e níveis remuneratórios;
11. A necessidade de reforçar os órgãos de gestão local (ACeS) dos técnicos responsáveis pela manutenção e otimização dos sistemas informáticos a nível local e regional;
12. A aposta consequente na criação e capacitação das unidades de cuidados na comunidade (UCC) – num contexto de prestação de cuidados domiciliários, com frequência e diferenciação adequadas às necessidades.

Infelizmente, passados tantos anos, ainda apelamos à retoma do processo de reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com a constituição de unidades de saúde familiar (USF) mas apenas quando estejam reunidas as condições para tal (reforma efetiva e não apenas em nome), avançando com o processo de progressão para modelo B, de forma linear e previsível, de modo a garantir a estabilidade, motivação e performance das equipas vs quebra de confiança nas instituições centrais por não cumprirem a lei, com saída de profissionais e facilitação da predação de profissionais por parte do sector privado.

A reforma tem tido uma velocidade de implementação insatisfatória nos últimos 10 dos seus 15 anos, incluindo paragem de progressão de unidades para modelo B em 2 dos últimos 4 anos. A USF-AN estará sempre disponível para contribuir para acelerar este processo de melhoria global.

## GANHOS PARA A MELHORIA DO SNS E A SAÚDE E BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO

***Como demonstrar que o financiamento adequado e o investimento nos CSP, atentos às iniquidades, permitirão ganhos de eficiência em todo o SNS e melhores resultados em saúde e bem-estar para toda a população?***

**PAULO SANTOS** - *Presidente da Direção do Colégio da Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos; Professor da FMUP; Consultor de MGF – Porto*

Desde há muitos anos que a saúde, no SNS, apresenta uma suborçamentação crónica. Isto significa que a verba que é atribuída todos os anos por via do orçamento de Estado não chega para cobrir as necessidades do país e das pessoas. A consequência é simples: falta de investimento, dívida crescente, menor produção e piores resultados.

Se, em anos "normais", a questão permanece em discussões muito limitadas aos quadros técnicos, com a pandemia da COVID-19 este problema tornou-se evidente para todos. Por isso ouvimos constantemente, e com razão, que é necessário mais dinheiro para a saúde.

Os dados do Eurostat mostram que, em 2018, o custo total da saúde em Portugal foi de 1 877€ por habitante, ao passo que na União Europeia-27 foi de 2 981€, uma diferença de 59%. Acresce que o financiamento público e através de contribuições obrigatórias foi de 61,5% em Portugal e de 79,6% na UE-27, significando uma taxa de esforço individual muito superior face à contribuição coletiva.

Também sabemos que há muitas outras áreas da nossa sociedade que sofrem do mesmo mal, e que para alocar financiamento num lado teremos de o retirar de outra rubrica. Por isso é fundamental refletir sobre as prioridades de financiamento, com base no quadro das necessidades em saúde e percebendo que a saúde tem de ser vista como um investimento e não como uma despesa. Uma população mais saudável está mais capaz de produzir: uma população mais saudável é uma população mais rica.

Priorizar o financiamento na saúde é pensar em termos de eficiência, um conceito simples de definir, mas muitas vezes difícil de operacionalizar. Conceptualmente, a eficiência reflete a relação entre a produção e os seus fatores e os resultados obtidos. Esta definição simples torna-se, no entanto, complexa na área da saúde, onde a perspetiva do cliente (doente) não é tanto quanto à produção (medida em termos de número de atos praticados), mas muito mais em relação aos resultados dessa atividade (capacidade, incapacidade, qualidade de vida, mortalidade). Introduce-se assim um sistema bietápico de avaliação da eficiência em saúde, por um lado orientada à produção, normalmente medida por uma matriz de indicadores, e por outro orientada aos resultados, baseada na análise do impacto na saúde do indivíduo e da comunidade. São visões diferentes e necessariamente complementares.

Sob este ponto de vista, mais do que colocar dinheiro na saúde é importante refletir sobre a utilidade do investimento. Para isso é fundamental ter um levantamento de necessidades que permita identificar objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, realísticos, oportunos e consensualizados, a nível local, regional ou nacional. É esta matriz de objetivos, baseados na melhor evidência científica, filtrados pelo senso clínico e integrando as expectativas dos cidadãos, que definirá o conjunto de estratégias a seguir, bem como a alocação diferencial dos recursos. Numa perspetiva de melhoria contínua, a avaliação intermédia ou final do plano implementado permitirá

um diagnóstico de situação para o ciclo seguinte, redefinindo as prioridades e atuando em conformidade.

Os cuidados de saúde primários são reconhecidos com a base do sistema de saúde, mas muitas vezes esquecidos na distribuição de recursos, face à atração mediática da inovação tecnológica e terapêutica virada mais para o tratamento da doença e, portanto, mais comum no contexto hospitalar. Em Portugal, no ano de 2018, os CSP receberam 18,2% do financiamento da saúde contra os 41,3% dos hospitais (INE). Na comparação, na EU-27, a proporção foi de 25,5% para os CSP e 36,3% para o sistema hospitalar (Eurostat), representando uma maior atenção à medicina de proximidade, capaz de diminuir iniquidades e de proporcionar uma melhor relação de custo-efetividade. Na estimativa da “Trust for America’s Health”, de 2008, um investimento de 1 US\$ na prevenção oferece um retorno de 6,2 US\$ num horizonte de 10 a 20 anos. Pensar a saúde é, no entanto, mais do que uma simples aritmética de custos e lucros, na medida em que muitos dos resultados são subjetivos e dificilmente quantificáveis na contabilidade financeira. Interessa por isso focar nos objetivos e no que de facto queremos atingir seja ao nível da estrutura de governança, de gestão ou de desenvolvimento profissional, ao nível dos processos de acesso aos cuidados, da abrangência, da continuidade ou da coordenação dos cuidados, ou ao nível dos resultados onde a chave é a qualidade da prevenção, do diagnóstico, da terapêutica ou da gestão clínica.

Se o conseguirmos fazer vamos mudar a forma de olhar para o sistema: basear nos objetivos que queremos atingir e orientar o investimento não para suprir necessidades do serviço ou satisfazer listas de indicadores que parecem constituir verdadeiras listas de tarefas a efetuar, mas para melhorar de facto a qualidade e com ela a saúde dos nossos doentes e dos cidadãos em geral.

## ESTRUTURAR PLANO DE INVESTIMENTOS PRIORITÁRIOS SEM REPETIR ERROS DO PASSADO

*É possível estabelecer a curto prazo um consenso, com base em evidência científica disponível, sobre um plano bem estruturado dos investimentos prioritários a fazer nos CSP, evitando repetir erros do passado?*

**EUNICE CARRAPIÇO** - Especialista em MGF; Diretora executiva do ACeS Lisboa Norte

A priorização dos investimentos deve ser orientada por critérios explícitos para atingir objetivos precisos de saúde e bem-estar para os cidadãos, famílias e população.

### **Melhoria do acesso, do acolhimento dos cidadãos e das comunicações:**

- Rede de telecomunicações;
- Contratação de secretários clínicos;
- Novas infraestruturas e equipamentos e qualificação das existentes;
- Aumento dos pontos de interface como farmácias comunitárias e juntas de freguesia;
- Viaturas elétricas para reforço visitação domiciliária e outras atividades em proximidade na comunidade;
- Criar, equipar e dotar de meios móveis, por fases, num programa a três anos, um conjunto de 50 a 70 unidades/equipas móveis (*unidades de saúde familiar e comunitária*) - definidas por critérios sociodemográficos e geográficos;
- Enquadramento das unidades e equipas referidas no ponto anterior por programas de formação e ação, harmonizados a nível nacional e executados a nível regional/local.

### **Aumento da capacidade resolutiva nos problemas de saúde mais prevalentes:**

- Equipas de saúde mental comunitária;
- Equipas de suporte em cuidados paliativos;
- Adequar o número de profissionais e a diversidade de profissões às necessidades de saúde da população;
- Oferta de um nível adequado (quantidade e qualidade) de cuidados de medicina física e de reabilitação;
- Atingir um nível mínimo de cobertura em cuidados qualificados / equipas saúde oral;
- Oferta adequada de cuidados de psicologia;
- Integrar outras profissões como o farmacêutico;
- Análises de química seca (k+, HbA1C, perfil lipídico, etc.) que permitam na consulta de enfermagem para vigilância de doenças crónicas como a DM e a HTA obter resultados imediatos. Isto evitaria deslocações dos doentes desnecessárias e permitiria a diminuição do número de consultas pelo mesmo motivo, bem como a tomada de decisões durante a própria consulta (necessidade de ajuste terapêutico e/ou periodicidade da vigilância).

**Integração de cuidados:**

- Desenvolvimento do Registo de Saúde Eletrónico (RSE) que preveja um plano individual de cuidados (PIC), decorrente de modo claro e compreensível de um resumo estruturado, regularmente atualizado, da avaliação do estado de saúde da pessoa;
- Plataforma de comunicação eficaz entre os vários prestadores de cuidados

## REDE DE SAÚDE PÚBLICA

***Quais os investimentos a fazer a curto e médio prazo para reforçar a rede de saúde pública e melhorar o seu desempenho, designadamente de vigilância e intervenção epidemiológica?***

**HUGO ESTEVES** - *Membro da Direção da ANMSP; Médico de Saúde Pública*

A resposta da saúde pública à pandemia veio reforçar a ideia de que a rede de saúde pública é um instrumento fundamental de proximidade e central na articulação e cooperação intersectoriais.

Apesar do enorme esforço e dedicação de todos os profissionais, também se percebe que a falta de investimento dos últimos anos tornou visíveis muitas das fragilidades e carências: de recursos humanos, de meios técnicos e materiais. Para dar um exemplo muito concreto, sabemos que não há intervenção nem vigilância epidemiológica sem um sistema de informação adequado. Recordo que a saúde pública partiu para esta pandemia sem um sistema de informação geográfico que pudesse marcar por exemplo os casos confirmados ou os contactos próximos; sem um sistema de alerta e resposta apropriada, que como sabemos é um pouco diferente e tem outras características que um sistema de notificação não tem, como é o SINAVE ou até o SClinico e portanto, estamos muito longe daquilo que seria já um passo no sentido da inteligência epidémica, que combina novas formas de reporte e outras, que ultrapassam largamente o momento em que nos movimentos hoje, da vigilância epidemiológica clássica.

Fazendo um parêntesis, o facto do TraceCovid, agora tão em voga, ter sido desenvolvido por um médico interno de saúde pública (com todo o mérito) e só depois agarrado pela SPMS, é bem explícito do fraco investimento nos sistemas de informação nos últimos anos, que são essenciais para o diagnóstico e a tomada de decisão em saúde pública.

O problema que parece que enfrentamos neste momento é que não estamos a colher os ensinamentos sobre a necessidade de reforçar o investimento com urgência, nos cuidados de saúde primários e na saúde pública. É sem sombra de dúvida mais fácil e visível aplicar 35 milhões de euros no fim de linha, em ventiladores, em camas de cuidados intensivos com um objetivo de alcançar a média da UE, do que investir em proteção e promoção da saúde e prevenção da doença.

Outro exemplo paradigmático foram os 750 mil euros que foram destinados à saúde pública no orçamento suplementar, já a meio da pandemia, que é um valor que dispensa qualquer tipo de comentário e qualificativo por si só.

De facto, não houve nem há nenhum sobressalto cívico quando afirmamos que são necessários 30 rastreadores para uma base populacional de 100 mil pessoas de acordo com aquilo que é a literatura internacional e as recomendações do ECDC e com o facto de estarmos a trabalhar com menos de um terço desta capacidade. No entanto, é consensual até no discurso político e no discurso técnico, que todos sabemos que as pandemias se travam na primeira linha, na saúde pública e nos cuidados de saúde primários.

A AMSP considera que sem fazer um investimento urgente a curto prazo, é impossível melhorar o desempenho da saúde pública e que este investimento deve ser dirigido aos vários níveis: local, com as unidades de saúde pública, mas também a nível regional com os departamentos de Saúde Pública e até o nível nacional, na DGS e INSA.

Deve ser um investimento com equidade territorial, que também já foi falado e veja-se o caso do Baixo Alentejo que está sem médicos de saúde pública e com equipas paupérrimas de saúde pública; mas também com planeamento e governação estratégica.

Temos a evidência e a efetividade do investimento em saúde pública, dos ganhos em relação ao controlo de doenças transmissíveis, na diminuição da incidência de doenças não transmissíveis como a diabetes, cardiovasculares, oncológicas e outras. Sabemos que um euro gasto em prevenção representa 16 euros poupados em cuidados secundários.

Estamos convictos que pode haver alguns marcos que acelerem este investimento: o próximo PNS 2021-2030, obviamente com tradução a nível local, que pode canalizar algum investimento e recursos para os CSP e saúde pública; no caso particular da saúde pública, o contributo das propostas realizadas no âmbito da Comissão da Reforma da Saúde Pública.

Por outro lado, um aspeto importante para a saúde pública tem a ver com a participação, pois pode caber um papel relevante num futuro orçamento participativo da saúde, que defendemos há muito tempo e que esperamos que seja uma realidade em breve. À saúde pública poderá caber casar as necessidades técnicas com as necessidades sentidas, expressas e identificadas pelos cidadãos, sendo uma espécie de enzima catalisadora deste processo de participação cidadã.

Por fim, uma nota de otimismo e confiança, porque as propostas para um caminho que temos que fazer juntos existem, estão feitas, sabemos o que fazer e como fazer, há capital humano capaz, não só médicos de saúde pública, mas técnicos de saúde ambiental, enfermeiros, higienistas orais: a questão e o ponto crítico é conseguir priorizar os CSP e a saúde pública como áreas centrais no contexto do SNS e com maior retorno em saúde e em bem-estar da população.



## SAÚDE DA PESSOA E DA FAMÍLIA

***Quais os investimentos mais prioritários para que os centros de saúde se alicercem em redes de equipas centradas em objetivos comuns, para responderem melhor às necessidades das pessoas e famílias ao seu cuidado?***

**NUNO JACINTO** - *Presidente da Direção da APMGF; Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Alentejo Central; Médico de Família na USF Évora*

Tal como ouvimos muitas vezes, os cuidados de saúde primários são, sem dúvida, a pedra basilar de um sistema de saúde que queremos cada vez mais justo, eficiente e abrangente. Contudo, não basta que nos considerem, e bem, o alicerce fundamental do SNS: é necessário que essa afirmação seja consequente, que tenha validade e aplicação prática no dia a dia da Saúde em Portugal. A Medicina Geral e Familiar necessita que lhe sejam dadas as condições necessárias para que prossiga o seu meritório e reconhecido trabalho em prol da população.

Para que tal aconteça, é necessário que seja atribuído ao SNS um financiamento sólido e consistente, de modo a manter os excelentes resultados das últimas décadas em muitos dos indicadores de saúde e permitindo melhorar aqueles em que ainda se regista maior margem de progressão.

Dado o contexto que vivemos, é fundamental garantir verbas para responder aos efeitos a médio prazo da pandemia nos cuidados e no funcionamento do SNS. Assim, importa canalizar o investimento para três grandes eixos:

### **Recursos materiais:**

- Qualificar as instalações e os equipamentos dos centros de saúde, assegurando condições de acessibilidade, qualidade, conforto e segurança para utentes e profissionais e adaptando-as aos novos modelos de prestação de cuidados de saúde;
- Melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados. Tal pode ser atingido através de medidas simples, como por exemplo a criação de centrais de gestão de chamadas (com espaço para gestão personalizada pelas Unidades, adequada à sua realidade), ou permitindo o acesso nos CSP a meios de diagnóstico que melhoram a investigação e acompanhamento de algumas doenças, que sejam custo-efetivos no âmbito deste nível de cuidados, possibilitando assim que os doentes sejam acompanhados nos CSP e apenas sejam referenciados no momento correto.

### **Recursos tecnológicos:**

- É urgente dotar os CSP de rede e meios informáticos que permitam o acesso e o trabalho em plataforma informática adequada: é importante evoluir para a criação de uma plataforma centralizada, robusta e capaz para acesso, registo e prescrição de cuidados aos utentes. Urge reduzir o número de aplicações, diferentes acessos e registos no universo dos CSP. Contudo, enquanto tal não acontece, importa garantir a máxima interoperabilidade entre as múltiplas aplicações e plataformas em uso no SNS;

- Devem ser criadas e implementadas ferramentas digitais para reforçar o acesso a novas formas de prestação de serviços de saúde (telemedicina e teleassistência);
- As tecnologias devem servir e responder às necessidades de utentes e profissionais e não o contrário.

### **Recursos Humanos**

- Acima de tudo, o fundamental são as pessoas. O reforço no número de profissionais é absolutamente necessário, mas não é suficiente fazê-lo de forma isolada. Há que trabalhar para a satisfação dos mesmos, garantindo condições de trabalho e de progressão na carreira, de modo a garantir a sua permanência no SNS.
- As carreiras devem ser mais atrativas e têm obrigatoriamente de privilegiar e reconhecer o mérito dos profissionais, de modo a captar e a reter os melhores no SNS.
- Deve ser incentivado (e recompensado) o trabalho realizado em equipas interdisciplinares e interprofissionais.
- A retribuição dos profissionais de saúde do SNS deve ser adequada e justa, traduzindo a complexidade e exigência do trabalho desempenhado.
- Urge apostar de forma clara na formação, em particular no que diz respeito aos dirigentes. A governação clínica é uma ferramenta crucial para a sustentabilidade do SNS

## COMPETÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA MAIOR ABRANGÊNCIA DE CUIDADOS

***Como projetar um plano equilibrado de reforço equitativo do capital humano, que seja mais promotor de saúde e estimule a transformação e o desenvolvimento dos CSP?***

**PAULO PEREIRA** - *Fisioterapeuta; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - ACeS Dão Lafões*

Para que o reforço seja equitativo e mais promotor de saúde, embora suspeito, defendo que este deve ocorrer a curto-prazo nas URAP. Sobretudo pelas profissões de saúde que estão incluídas nestas unidades funcionais (UF), pois aí reside um enorme potencial de transformação e desenvolvimento dos CSP.

Desde o longínquo ano de 2008, há mais de 12 anos atrás, que estas UF estão implementadas nos CSP, no entanto, desenvolveram-se com orgânicas e dinâmicas de evolutividade bem diferentes, que treze anos depois se traduzem por marcadas assimetrias entre elas e entre diferentes locais do país, tendo sido até, em 2017, alvo de particular análise por parte da extinta CNCSP.

As URAP, são de facto a UF multidisciplinar por excelência, e integram na sua estrutura mais de 10 profissões de saúde com conteúdos funcionais diferentes: Higiene Oral, Medicina Dentária, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Terapia de Fala, Terapia Ocupacional, Análise Clínicas, Cardiopneumologia, Radiologia. Estas unidades têm todo o potencial de possibilitar uma prestação de cuidados de saúde integrados centrados no utente. Essa prestação de cuidados, sempre em articulação com as outras unidades funcionais (especialmente as UCSP/USF) tornou-se ainda mais essencial no cenário atual e no pós-pandemia. Esta capacidade das URAP será essencial para que SNS consiga responder às necessidades em saúde que decorrem da situação pandémica pois as condições sociais, psicoemocionais, funcionais, respiratórias, nutricionais e de saúde oral, obrigam um plano integrado de cuidados.

Perante as necessidades enormes no país, ao nível dos CSP será essencial uma planificação que privilegie esse aumento de recursos às URAP.

Assim, o plano passaria sempre por organizar e planear, antes de colocar recursos “porque sim”, pelo que defendo o que está contido da proposta apresentada por um grupo de trabalho inédito que reuniu representantes de 10 profissões e de departamentos de contratualização regionais junto da CNCSP em 2017, do qual resultou a proposta de “Contratualização das URAP – Proposta de modelo de operacionalização nacional” que foi sujeita a discussão pública e parecer positivo final da CNCSP, que passo a resumir:

1. Regulamentação das URAPs: definição de missão, visão, objetivos, funcionamento e definição de uma carteira básica de serviços que permita assegurar a devida homogeneidade nacional mínima á sua reflexão coletiva. Esta regulamentação deve continuar o caminho do desenvolvimento de núcleos funcionais a funcionar dentro da URAP (Núcleo de Saúde Oral, Núcleo de Reabilitação, à semelhança do que acontece em alguns locais com nutrição e psicologia atualmente);
2. Contratualização que deverá iniciar-se mesmo que de uma forma básica que seja possível no contexto do SClínico atual, e evoluir no sentido de serem possíveis indicadores que meçam

ganhos em saúde, o nível de integração de cuidados e as poupanças ao SNS, sempre em correlação com a contratualização das UCSP/USF e com as prioridades definidas no PNS;

3. Pensar o papel que se quer para as URAP nas ULS, onde o modelo de gestão apagou estas UF do sistema.

Será sempre pela medição de resultados que se poderá justificar o investimento nas URAPs. Até porque, apesar de estas profissões existirem há anos nos CSP, nunca existiu uma vontade de as refletir. E, o que não se reflete, não se mede, o que não se mede não se avalia, o que não se avalia não se quantifica, e o que não se quantifica não existe, nem se justifica que se invista. Quanto ao investimento, sinto-me obrigado a manifestar que estas profissões se pagam a si próprias, basta para isso que o SNS encare o seu real poder de resolatividade. De facto, existem dados (nacionais e internacionais) que o demonstram. A título de exemplo:

**Comparação entre Fisioterapia nos CSP e Fisioterapia convencional:** 1219 utentes condição clínica aguda foram intervencionados por fisioterapeutas nos CSP numa carga horária de 75H/semana (2 Fisioterapeutas). Por não terem ido para fisioterapia convencional, a poupança situar-se-á entre 93.000 e 212.000€ (dependendo do perfil da intervenção na entidade convencional). A poupança para os utentes foi entre 66 e 130€. Se extrapolarmos para 100 Fisioterapeutas (75% dos fisioterapeutas atualmente nos CSP), a poupança do SNS poderá situar-se entre 1 e quase 5 milhões de euros por ano, apenas com os 100 fisioterapeutas atuais.

**Comparação entre USF com diferenças na referenciação de utentes para fisioterapia CSP -** se compararmos USF da mesma cidade (Viseu) relativamente a referenciações para fisioterapia que intervém em utentes com condição clínica persistente/crónica, demonstram-se diferenças ao nível da despesa em medicamentos/utilizador: 18,74€ 281.000 (USFs com 15.000 inscritos); na despesa em fisioterapia convencional: 4.000€ (USFs com 15.000 inscritos);

**Psicologia** - Knapp (2011) demonstrou retorno de investimento no âmbito dos riscos psicossociais de 9€ para 1€ investido. Na saúde materno-infantil, estima-se que o retorno será de mais de 2€ por cada euro investido.

Para operacionalizar este investimento, temos que ter em conta:

- A enorme assimetria na distribuição dos recursos presentes (seja local, regional ou nacional), que impede equidade no acesso a cuidados.
- SClínico – o sistema de informação não permite que exista registo que possa medir os ganhos em saúde decorrentes da intervenção das áreas da URAP pois não possibilita o registo de scores dos instrumentos de medida validados para estas áreas que medem os tais ganhos em saúde sendo, atualmente e de forma geral, um mero campo descritivo de onde não se retira informação relevante para avaliar a intervenção e os resultados, nem qual o nível de integração dos cuidados prestados.

Assim, perante o exposto, resumiria: um plano equilibrado de reforço equitativo do capital humano, que seja mais promotor de saúde e estimule a transformação e o desenvolvimento dos CSP, passa pelas URAP, pelo seu papel na capacidade de aumentar a diferenciação de cuidados em áreas chave como a saúde mental, oral, alimentação, reabilitação, social e mcmts. Que os centros de saúde se transformem em verdadeiros centros de Saúde e por favor contem com estas 10 profissões porque estas querem ser envolvidas.

## CUIDADOS NA COMUNIDADE E NO DOMICÍLIO

***Qual o papel dos cuidados de saúde primários na integração de cuidados centrada na pessoa e, em particular, no âmbito dos cuidados no domicílio?***

**JOSÉ LIMA** - *Presidente da Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC)*

Não gosto de falar de “papel dos CSP”, mas sim de competências. Para que a integração dos cuidados seja uma realidade há que tornar o SNS próximo do cidadão e das suas comunidades. Este serviço de proximidade é, sem dúvida, a grande competência das unidades de cuidados na comunidade (UCC). Só trabalhando com planeamento em saúde, conseguimos responder simultaneamente aos novos desafios da saúde e às necessidades dos cidadãos, promovendo a sustentabilidade do SNS.

O perfil dos doentes mudou radicalmente nos últimos anos e nota-se principalmente no aumento das doenças crónicas. A continuidade dos cuidados e a articulação entre os vários níveis de cuidados tem de funcionar. O discurso não pode ser, “vamos aumentar as cirurgias”, mas sim vamos promover a saúde e prevenir a doença. Necessitamos de transformar os sistemas de saúde e centrá-los mais na pessoa do que nas organizações. As UCC tentam empoderar o cidadão para este tomar as decisões sobre a sua saúde e ao mesmo tempo aumentar a literacia em saúde para que este saiba utilizar os serviços de saúde existentes.

Nas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), realizamos um plano individual de cuidados, através das reuniões com os vários perfis profissionais, onde o utente tem obrigatoriamente a sua participação. A prestação de cuidados de saúde domiciliários pressupõe apoiar o utente e a sua família ou cuidadores informais, na educação para a saúde, no tratamento, na reabilitação e na reintegração social. Esta atividade domiciliária permite favorecer a autonomia dos doentes e famílias promovendo a dignidade e a melhor qualidade de vida possível. Permite também minimizar a ida aos serviços de urgência hospitalar e aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Outra grande vantagem deste serviço de proximidade é a articulação que as UCC fazem com os diferentes profissionais de saúde, com as “forças vivas” da comunidade e com os serviços hospitalares. As UCC têm projetos sobre o “doente crónico” que traduz na realidade o que representa a integração de cuidados. É no domicílio que os profissionais conseguem objetivar a realidade em que o utente está inserido, adequando da melhor forma a intervenção. É no seu domicílio que os utentes querem permanecer e é aqui que encontram a resposta diferenciada às altas precoces, aos tratamentos de reabilitação, às doenças do foro oncológico e aos cuidados paliativos.

Assim, ao analisarmos o investimento em CSP, uma questão temos mesmo de fazer: porque é que a Rede dos Cuidados Paliativos, a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados ou a reconfiguração dos cuidados de Saúde Mental começou nos cuidados de saúde diferenciados ou hospitalares? De facto, tenho de concordar com a Exma. Sra. Ministra da Saúde, Marta Temido, que se referiu às UCC, num dos congressos da AUCC, como o “maior tesouro por explorar no SNS”.

A AUCC considera que aumentando o investimento em CSP, seria possível intervir em projetos comunitários nas UCC como a Saúde Escolar, EPVA, CPCJ ou na Rede Social. Recomenda também a melhoria na área dos sistemas de informação com a parametrização da comunidade para outros perfis profissionais que não os enfermeiros. Reforçar a equipa multiprofissional da UCC e implementar um sistema de incentivo aos profissionais são também aspetos muito motivadores para aumentar e melhorar o desempenho.

## ARQUITETURA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE E APLICAÇÕES INFORMÁTICAS

***Que alterações urgentes devem ser feitas para assegurar que as diversas aplicações, plataformas e outras componentes soltas dos SI sejam reordenadas numa arquitetura integrada e integradora centrada na pessoa e facilitadora do trabalho dos profissionais?***

**JOSÉ LUÍS BISCAIA** - Assistente graduado sénior de MGF; Diretor executivo do ACeS Baixo Mondego

Vou dizer as mesmas coisas que ando a dizer há vários anos e ainda sem resultados nenhuns.

A abordagem que podemos ter é: não podemos mudar o sistema de informação sem primeiro perceber que está ao serviço de quê. E quanto à questão do investimento, é investimento para quê? Não é para ter mais médicos, mais enfermeiro ou mais outra coisa qualquer; não é para ter mais USF, UCSP ou URAP ou o que quer que seja: é para ter mais alguns resultados em saúde. O grande exercício e desafio é que não podemos deixar de discutir as nossas áreas sem colocar em cima da mesa a lógica daquilo que deve acontecer.

Vou colocar alguns exemplos de soluções operacionais. A primeira questão, é: quero um sistema de informação integrado para quê? Para qualificar o acesso, garantir uma gestão integrada dos percursos das pessoas num contexto de multimorbilidade. Ao mesmo tempo, tem que garantir uma política das profissionais, uma capacidade de planeamento estratégico das profissões e tem que ter um dispositivo de gestão do conhecimento. Sem estes objetivos claros, qualquer investimento no sistema de informação, pode ir para qualquer lado, porque não sabemos para onde queremos ir.

Como é que posso atingir este caminho: há 3 grandes áreas. Uma é o processo clínico eletrónico único, outra, como fazemos a gestão do conhecimento com o sistema de informação (que é uma área crucial) e por fim algumas medidas “simplex” de como se pode fazer.

### **Processo clínico eletrónico único**

É um chavão, toda a gente fala e não se consegue fazer de um dia para o outro. Trata-se de um processo clínico que não é nem do médico, nem do psicólogo, nem dos profissionais ou das unidades de saúde: é o que representa a informação daquela pessoa no seu trajeto de saúde e doença – isto é uma questão essencial. Tem vários pequenos componentes que temos que saber desenvolver: o PIC ou seja, um espaço m que posso registar o meu objetivo de saúde e o que posso fazer para melhorar algum aspeto que me incomoda e que em conjunto com a equipa de saúde, traçamos um objetivo para atingir e vou registando os ganhos e monitorizando o estado de saúde. Isto é possível fazer em rede e não é um problema tecnológico, mas antes de conceção e desenho do sistema.

É preciso perceber o processo clínico como sendo algo onde todos (utente e profissionais) temos acesso aquela informação e podemos contribuir para essa informação. Isto é diferente do registo de saúde eletrónico, que é uma plataforma transacional que bebe informação das várias plataformas e é um registo mínimo de dados.

Há instrumentos práticos que ajudam a atingir esta finalidade: além do PIC, temos uma aplicação simples (as aplicações devem estar todas integradas e centradas na pessoa e não no profissional nem na estrutura onde o profissional está a trabalhar). A pessoa tem uma determinada medicação

crónica, qualquer médico prescreve e a PEM permite isso, faz com que lá exista essa medicação e o que tem que ser incorporado é o lado do cidadão: tomou ou não a medicação, um alerta para saber que deixou de tomar ou que mudou alguma coisa, se falou com outro profissional de saúde e alterou a medicação, isso deve estar registado e disponível para todos. Este conceito de interação, de registar e estar disponível é a questão essencial e que as atuais aplicações não têm em conta. Isso resolvia a questão da integração: a informação é da pessoa e não de cada um dos profissionais. É um processo em construção e que demora o seu tempo e não pode ser tudo ao mesmo tempo. É preciso escolher as áreas e ir desenvolvendo.

Veja-se o exemplo do TraceCovid. Foi uma aplicação que foi feita e que permite o seguimento clínico dos cidadãos fora da RIS. É possível existir uma aplicação, onde se regista, que está fora da RIS e que é possível utilizar por todos. A ideia foi boa, mas a aplicação não foi integrada com nada, nem com a identificação da pessoa, nem com outras situações ou problemas de saúde.

### **Gestão do conhecimento**

É impossível hoje, com a gestão da pandemia, não conseguir saber de forma simples e no momento, quantos profissionais temos, o que estão a fazer, que resultados alcançam, quantas pessoas estão com Covid, onde estão e que contactos tiveram. É espantoso como desenvolvemos um conjunto de plataformas e não conseguimos ter um simples BI de uma coisa que existe. Vejam os exemplos práticos da gestão de recursos humanos: se a Ministra da Saúde quiser saber hoje qual é a sua estimativa de necessidades de determinada profissão, não consegue saber. Vai ter que seguir a cascata de perguntas, aos assessores que perguntam às ARS, que perguntam aos ACES que perguntam às unidades e depois as respostas fazem o percurso inverso. Mas a informação existe. Portugal é dos países mais digitalizados e existem imensos dados mas que não tem a tradição de utilizar os dados e a informação. Sem ter a transformação digital da gestão do conhecimento não temos capacitação das pessoas e falar de literacia é um absurdo porque não conseguimos ir a lado nenhum.

A gestão do conhecimento permite a partilha, a transparência e a responsabilização do que está a acontecer.

Temos que perceber qual é o modelo de governação associado ao sistema de informação. Hoje diz-se que não se consegue fazer teleconsulta. Do outro lado ouvimos dizer que está instalado o sistema que permite fazer a teleconsulta: não basta dizer que há investimento em webcams. Se cada unidade tiver pelo menos uma e instalado o sistema, teoricamente é possível fazer a teleconsulta. Todavia, não está discutido o enquadramento organizacional onde isto é permitido ser feito. Portanto, falar de investimento sem discutir como se utiliza e como se faz, não funciona. É preciso discutir como me articulo com o profissional do outro lado, de que forma faço a referência, que objetivos quero alcançar.

Os cuidados continuados e os cuidados em casa são excelentes exemplos de terreno fértil para fazer crescer quer o PIC quer a ligação entre as várias questões.

Um exemplo fundamental, que é estruturante e que é o suporte de tudo: as plataformas profissionais que devíamos utilizar. Falaram das questões dos telefones que não funcionam. A questão não é só ter telefones. Por exemplo, mesmo nos locais onde se entregaram telemóveis, houve profissionais a recusá-los: temos que perceber que estas questões não são só do sistema,



somos também nós e a forma como nos posicionamos. Há toda uma cultura de gestão da mudança, de como fazemos este investimento, que é um aspeto fundamental.

Temos aqui uma oportunidade, com a nova lei do orçamento de Estado: é a primeira vez que está expresso no OGE várias verbas para a área dos CSP. E está escrita outra coisa e que tem a ver com os sistemas de informação: artigo 277 - as ARS estão dispensadas de obter autorização do governo para proceder à modernização dos sistemas de telecomunicação dos CSP e à modernização do equipamento informático até ao final do 1º trimestre de 2021. A pergunta é: nós sabemos como investir? Como é que fazemos a gestão? O que é que vamos fazer com esta capacidade de investimento? A ACSS criou algum campo de trabalho para discutir como se faz a aplicação, quais são as prioridades? Qual é o objetivo e quais são os resultados esperados? Como vamos alcança-los? Devia ser explícito que este orçamento seria para que x% da população tivesse disponível até ao fim do ano um PIC; que temos um módulo ou aplicação de gestão da medicação na doença crónica, que partilha informação para todos.

Fica o desafio à Fundação para perceber qual é o instrumento para a gestão do investimento e da mudança. Há que mudar o modelo de governação e discutir como se faz.

## **PARTICIPAÇÃO E CAPACITAÇÃO DO CIDADÃO**

**Quais são as prioridades de investimento numa ótica de capacitação do cidadão na gestão dos seus assuntos de saúde e para relação e comunicação mais próximas com o SNS?**

**ANA SAMPAIO** - *Iniciativa Mais Participação, melhor Saúde – Presidente da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino*

### **Melhoria da comunicação com os CSP sem necessidade de deslocação física da pessoa:**

- Por telefone, com centrais telefónicas com números predefinidos que permitem seleccionar o assunto e encaminhar a chamada para a pessoa mais habilitada a dar a resposta ou com algumas respostas automáticas;
- Por e-mail ou outro meio digital (formulário dos sites), conseguir o cidadão colocar a pergunta e depois, através de encaminhamento interno para a pessoa mais habilitada a dar a resposta, receber uma resposta;
- Site para cada ACES (ou CSP) com informação compreensível pelos utentes em linguagem acessível relativamente aos horários, meios de contacto (e-mail, telefone), serviços disponibilizados ao cidadão.

**Acesso da pessoa aos seus dados clínicos por meio digital** assim que disponíveis para os profissionais de saúde (através por exemplo da APP MySNS). Para tal seria necessário haver um repositório comum de acesso aos dados clínicos para o doente, para os CSP, para os hospitais e até para outros profissionais de saúde (farmacêutico comunitári), caso o doente consinta na sua partilha, com os seguintes dados:

- Relatórios dos seus exames e análises clínicas;
- Ponto de situação clínico/processo, clínico/plano individual de saúde;
- Pedidos de consultas em hospital do SNS com TMRG para cada;
- Contactos (e-mail e telefone) do médico, enfermeiro, centro de saúde, hospital;
- Atestado de incapacidade multiusos ou outros relatórios que atestem uma condição de saúde.

**Implementação de teleconsultas com câmara digital** para que doente e médico/enfermeiro mantenham a relação que se foi criando. Estas teleconsultas devem ter data e hora marcada, e envio do link para o doente por e-mail na altura do agendamento, com lembrete por SMS no dia anterior.

**Sistemas automáticos para pedido de renovação de receitas médicas** por telefone, por e-mail, por formulário do site ou APP para o efeito, acionada pelo próprio doente crónico, em que o médico apenas confirmaria e autorizava a sua emissão.

**Prescrição social**, ou seja, em cada CSP existir uma pessoa que faça a interligação com a área social (assistente social comunitário) que ajude as pessoas a ultrapassar os problemas que enfrenta e que no final impactam na sua saúde. Teria que haver um trabalho conjunto do profissional de saúde e do assistente social envolvendo os parceiros sociais comunitários (Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Misericórdias, Associações de doentes, ONG, IPSS)

[\(What is social prescribing? - YouTube\)](#).

Figura de **Provedor do doente/cidadão** em cada ACES que defendesse os interesses dos doentes/cidadão. Alguém que no interior dos CSP começasse a fazer esta transformação de centralização dos cuidados de saúde nas pessoas. Os CSP estão organizados em função dos profissionais que lá trabalham e não das necessidades das pessoas que servem.

## CONCLUSÕES

Analisadas as contribuições das organizações e de todos os participantes que ajudaram a concretizar esta iniciativa conjunta, extraíram-se as conclusões a seguir enunciadas, que mereceram a concordância final de todos.

Os cuidados de saúde primários representam o alicerce, a base e o pilar central de todo o edifício do SNS. A sua fragilidade compromete a solidez, a estabilidade e o funcionamento de todo SNS.

O investimento nos cuidados de saúde primários deve ser assumido como o mais prioritário e imediato a realizar em 2021 e próximos anos. Este investimento deve ter como grandes finalidades:

- Melhorar o acesso aos CSP
- Aumentar a sua capacidade resolutiva
- Promover a integração de cuidados centrada nas pessoas

É absolutamente necessário **priorizar os investimentos** em saúde nos próximos três anos e divulgar amplamente essas prioridades;

Esses investimentos devem **atender**, em especial, **às necessidades das pessoas e de grupos** para quem as respostas atuais instaladas no SNS e na sociedade estão desadequadas, face às transformações da demografia, da epidemiologia e da estrutura social e económica ocorridas nas últimas décadas na sociedade portuguesa, bem como das possibilidades que a evolução tecnológica (biomédica, e digital) oferece atualmente. Para isso, é necessária uma **arquitetura inteligente para o financiamento do SNS**, baseada mais nos cuidados de proximidade, através dos cuidados de saúde primários e equilibrando com o financiamento dos hospitais, á semelhança do que acontece noutros países da EU e definindo **modelos de pagamento associados aos resultados**.

Pretende-se uma aposta na organização dos cuidados de saúde primários, em **redes de proximidade com continuidade sistémica**, (incluindo o **cuidar em casa**) como chave para melhorar o acesso, a efetividade, eficiência e a **capacidade de resposta**. Todos os centros de saúde devem estar dotados de meios e competências para resolver os problemas de saúde mais comuns e prevalentes, aumentando assim a sua **resolutividade**. É aqui primordial garantir a **integração de cuidados centrada na pessoa**.

Um dos pontos onde é necessário investir, é ao nível do **capital humano**, valorizando os profissionais e reconhecendo e recompensando os seus contributos, não só através da revalorização das carreiras como igualmente do trabalho em equipa multidisciplinar e da aposta na organização descentralizada de equipas com autonomia e responsabilidade, sendo fundamental a avaliação e a formação contínua e a **governança clínica e de saúde**.

A **promoção da literacia em saúde** e da **capacitação** é fundamental para a **participação** dos cidadãos nos seus processos de saúde e doença, implicando ao **acesso a informação e conhecimento** que lhes permita decidir em consciência.

Nos **sistemas de informação**, são necessárias alterações urgentes para que as diversas aplicações, plataformas e outras componentes soltas sejam **reordenadas numa arquitetura integrada e integradora centrada na pessoa e facilitadora do trabalho dos profissionais**.