



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

# Plano de Emergência da Saúde

Um Plano de Emergência e Transformação

29 maio 2024



# Ficha Técnica

**Título**

Plano de Emergência da Saúde

**Editor**

Ministério da Saúde  
Avenida João Crisóstomo, 9  
1049-062 Lisboa

**Ministra da Saúde**

Ana Paula Martins

**Plano de Emergência da Saúde**Coordenador

Eurico Castro Alves

Comissão Técnica

Alberto Caldas Afonso  
António Marques  
Carlos Galamba  
Luís Campos Pinheiro  
Nuno Freitas  
Paulo Jorge Barbosa Carvalho

Consultoria Técnica

Catarina Alves Martins  
Francisco Valadas  
Márcio Lavrador  
Miguel Dias  
Miguel Peixoto  
Pedro Brito da Cruz  
Ricardo Caetano

Peritos ouvidos

André Cunha Santos  
António João Sant'Anna Gândra Leite d'Almeida  
Catarina Baptista  
Cláudia Belo Ferreira  
Fernando Severino  
Humberto Alexandre Marçal Tomás Martins  
Joana Mourão  
João Gouveia  
Lucindo do Couto Ormonde  
Maria do Rosário dos Reis Vieira Rodrigues de Barros  
Ricardo Mexia  
Ricardo Correia de Matos  
Rosa Valente de Matos Zorrinho



# 1. Índice

Ficha Técnica.....	2
1. Índice.....	3
2. Abreviaturas.....	7
3. Resumo Executivo.....	10
4. Enquadramento Estratégico.....	22
5. Eixos Estratégicos.....	23
1. Eixo Estratégico 1   Resposta a Tempo e Horas.....	25
A. Medidas Urgentes.....	26
Medida A.1   Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024.....	26
Medida A.2   Aproximação do SNS ao cidadão através da Linha SNS24.....	35
B. Medidas Prioritárias.....	37
Medida B.1   Programa cirúrgico para doentes não-oncológicos.....	37
Medida B.2   Nova prioridade clínica para doentes oncológicos.....	49
Medida B.3   Reforço do acesso à consulta especializada.....	53
C. Medidas Estruturantes.....	61
Medida C.1   Monitorização à distância do doente crónico.....	61
Medida C.2   Revisão de protocolos para consulta de especialidade nos Cuidados de Saúde Primários.....	62
Medida C.3   Alargamento da Hospitalização Domiciliária.....	63
Medida C.4   Revisão dos protocolos para inclusão de doente em Lista de Inscritos para Cirurgia.....	63
Medida C.5   Monitorização de acompanhamento à atividade adicional.....	64
2. Eixo Estratégico 2   Bebés e Mães em Segurança.....	65
A. Medidas Urgentes.....	66
Medida A.1   Criação de canal de atendimento direto para a grávida, alavancando na linha SNS 24 (SNS GRÁVIDA).....	66
Medida A.2   Atribuição de incentivos financeiros para aumentar a capacidade de realização de partos.....	74
Medida A.3   Reforço de convenções com o setor social e privado.....	77
B. Medidas Prioritárias.....	80
Medida B.1   Criação de um regime de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência.....	80



---

Medida B.2   Atualização dos rácios de pessoal e da composição das equipas nos locais de parto em função de critérios técnico-científicos atendíveis.....	83
Medida B.3   Revisão da tabela de preços convencionados para Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (ecografias pré-natais) .....	85
Medida B.4   Generalização do Atendimento Pediátrico Referenciado .....	88
C. Medidas Estruturantes.....	90
Medida C.1   Separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia .....	90
Medida C.2   Reforço do acompanhamento da grávida por Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia .....	91
Medida C.3   Estabelecimento de novas estruturas organizacionais para blocos de parto / obstetrícia .....	92
3. Eixo estratégico 3   Cuidados Urgentes e Emergentes .....	93
A. Medidas Urgentes.....	94
Medida A.1   Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgência - Urgência Geral / Psiquiátrica .....	94
Medida A.2   Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica .....	97
Medida A.3   Implementação da consulta do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários para situações agudas de menor complexidade e urgência .....	101
B. Medidas Prioritárias.....	104
Medida B.1   Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares .....	104
Medida B.2   Criação da especialidade médica de Urgência.....	108
Medida B.3   Desenvolvimento de programas de vacinação contra o Vírus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório .....	112
Medida B.4   Realização de teleconsultas médicas em situações agudas de menor complexidade e urgência clínica.....	116
Medida B.5   Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referenciação e agendamento de consultas do dia seguinte.....	119
Medida B.6   Realização de campanhas de informação utilizando a rede de farmácias comunitárias .....	123
Medida B.7   Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde.....	125
Medida B.8   Transporte inter-hospitalar integrado do doente crítico .....	127
C. Medidas Estruturantes.....	130
Medida C.1   Alteração do modelo dos locais de atendimento de doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica.....	130
Medida C.2   Apoio médico a doentes em lares (ERPI) .....	131



---

4.	Eixo Estratégico 4   Saúde Próxima e Familiar .....	132
A.	Medidas Urgentes.....	134
	Medida A.1   Atribuição de Médicos de Família aos utentes em espera com a capacidade atual do setor público .....	134
	Medida A.2   Reforço da resposta pública dos Cuidados de Saúde Primários em parceria com o setor social.....	138
	Medida A.3   Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Parceria Público-Privada com Hospital de Cascais).....	143
	Medida A.4   Criação de linha de atendimento para utentes que necessitem de acesso a médico no dia .....	145
B.	Medidas Prioritárias.....	150
	Medida B.1   Implementação de USF-modelo C .....	150
	Medida B.2   Reforço da resposta pública com médicos aposentados.....	154
	Medida B.3   Revisão dos critérios de transição de USF-modelo A e UCSP e para USF-modelo B .....	157
	Medida B.4   Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Associações de Médicos e Cooperativas).....	160
	Medida B.5   Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes.....	162
C.	Medidas Estruturantes.....	164
	Medida C.1   Disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica em química seca e radiologia convencional.....	164
	Medida C.2   Dinamização de rastreios oncológicos nos Cuidados de Saúde Primários .....	165
	Medida C.3   Criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica .....	166
5.	Eixo Estratégico 5   Saúde Mental.....	167
A.	Medidas Urgentes.....	168
	Medida A.1   Contratação de psicólogos para os Cuidados de Saúde Primários.....	168
	Medida A.2.   Criação de programa estruturado de Saúde Mental para as forças de segurança (PSP e GNR).....	170
	Medida A.3   Desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental .....	173
B.	Medidas Prioritárias.....	176
	Medida B.1.   Criação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para adultos, infância e adolescência.....	176
	Medida B.2.   Disponibilização de programas estruturados de intervenção na ansiedade e na depressão nos Cuidados de Saúde Primários .....	181
	Medida B.3.   Garantia da capacidade de internamento para situações agudas nos Serviços Locais de Saúde Mental .....	185

---



---

Medida B.4   Criação de serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade .....	188
C. Medidas Estruturantes.....	192
Medida C.1.   Construção dos serviços forenses no Hospital Sobral Cid e no Hospital Júlio de Matos .....	192
Medida C.2.   Generalização dos Centros de Responsabilidade Integrados em todos os Serviços Locais de Saúde Mental .....	193
<b>6. Programas Transversais .....</b>	<b>194</b>
1. Programas de Contingência .....	194
A. Plano de Verão 2024.....	194
B. Plano de Inverno 2024 .....	194
C. Programa de valorização dos profissionais de saúde .....	195
D. Plano de Preparação e Resposta a Catástrofes e Emergências de Saúde Pública.....	196
2. Programas de Avaliação.....	197
E. Programa de reativação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde .....	197
F. Programa de parceria com associações de doentes para perceção dos serviços prestados – Cliente Mistério.....	197
G. Programa de monitorização e avaliação dos Conselhos de Administração .....	198
3. Programas de Eficiência .....	199
H. Programa de financiamento e contratação plurianual.....	199
I. Programa de gestão de ganhos de eficiência e combate ao desperdício.....	199
J. Programa para a saúde digital integrada.....	200
4. Programas de Medicamento .....	202
K. Criação da reserva estratégica de medicamentos e de equipamentos médicos .....	202
L. Implementação total do SiNATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde 202	
5. Programas Clínicos Prioritários.....	203
M. Prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas e oncológicas.....	203
N. Combate e controlo da obesidade.....	204
O. Investigação clínica: especial mais ensaios clínicos .....	204
P. Prevenção da doença e promoção da saúde .....	205
<b>7. Perspetivas sobre o setor da Saúde.....</b>	<b>206</b>
<b>8. Conclusões .....</b>	<b>208</b>

---



## 2. Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APHP	Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
APR	Atendimento Pediátrico Referenciado
ARGU	Atendimento Referenciado de Ginecologia e Urgência
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Conselho de Administração
CAMP	Centros de Avaliação Médica e Psicológica
CCEM	Colégio da Competência em Emergência Médica
CNPSM	Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental
CODU	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CRSM	Centro de Referência da Saúde da Mulher
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
DE-SNS	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECSM	Equipas Comunitárias de Saúde Mental
EESMO	Especialistas de Enfermagem Materna e Obstétrica
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FHIR	<i>Fast Healthcare Interoperability Resources</i>
GAPS	Grupos de Apoio técnico às Políticas de Saúde
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HD	Hospitalização Domiciliária
HFAR	Hospital das Forças Armadas
HL7	<i>Health Layer Seven</i>
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IDE	Índice de Desempenho da Equipa
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IPO	Instituto Português Oncologia
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LEC	Listas de Espera para Consulta
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
LOINC	<i>Logical Observation Identifiers Names and Codes</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCDT	Meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MdF	Médicos de Família



MGF	Medicina Geral e Familiar
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PES	Plano de Emergência da Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PPP	Parcerias Público-Privado
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SAC	Serviços de Atendimento Complementar
SASU	Serviço de Atendimento de Situações Urgentes
SE	Secretaria de Estado
SEGS	Secretaria de Estado de Gestão da Saúde
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SINACC	Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SINATS	Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde
SIV	Suporte Imediato de Vida
SLAT	Serviço de Luta Antituberculosa
SNOMED-CT	<i>Systematized Medical Nomenclature for Medicine—Clinical Terminology</i>
SLSM	Serviços Locais de Saúde Mental
SRSM	Serviços Regionais de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SU	Serviços de Urgência
SUB	Serviços de Urgência Básica
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantida
TTA	<i>Telephone Triage and Advice</i>
UC	Unidade de Convalescença
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
UGA	Unidade de Gestão do Acesso
ULDm	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULGA	Unidade Local de Gestão do Acesso
ULS	Unidade Local de Saúde
ULS AS	ULS Amadora-Sintra
ULS EDV	ULS Entre Douro e Vouga
ULS LO	ULS Loures Odivelas





ULS SM	ULS Santa Maria
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
UMP	União das Misericórdias Portuguesas
UPIP	Urgência Integrada de Pediatria do Porto
USF	Unidades de Saúde Familiar
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VSR	Vírus Sincicial Respiratório



### 3. Resumo Executivo

*“Existe uma injustiça evidente no acesso aos cuidados de saúde em Portugal, com desigualdades crescentes entre pobres e ricos, entre o litoral e o interior, entre zonas urbanas, suburbanas e rurais.”*

*“Os tempos clinicamente recomendados para consultas e cirurgias são frequentemente ultrapassados em vários hospitais do SNS. No final de 2023, 1,7 milhões de portugueses não tinham Médico de Família e o Enfermeiro de Família não é uma realidade. É preciso um SNS forte para o século XXI e ao serviço de todos.”*

Programa do XXIV Governo Constitucional

**O XXIV Governo Constitucional assume a importância estratégica da Saúde como direito inalienável dos portugueses, nos termos da Constituição da República e da Lei de Bases da Saúde.**

O Plano de Emergência da Saúde assume particular relevo e prioridade política perante o diagnóstico atual e transversal, reconhecido como muito preocupante do estado da Saúde em Portugal.

Neste sentido, importa clarificar a visão estratégica subjacente ao Plano de Emergência da Saúde:

- Promover uma sociedade livre e justa baseada no melhor desenvolvimento humano e social da pessoa, da sua família e da sua comunidade, promovendo a saúde e o bem-estar num equilíbrio holístico com a natureza ao longo do ciclo de vida;
- Apoiar a pessoa doente com cuidados de saúde de proximidade e em tempo útil, desde a gravidez à velhice e idade avançada, com especial sensibilidade para as crianças, grávidas, portadores de deficiência e doença mental e doentes oncológicos;
- Investir nos recursos humanos, científicos e tecnológicos para qualificar a resposta clínica e assistencial recorrendo à investigação e ao desenvolvimento, à inovação e às boas práticas ora realizadas em Saúde, com profissionais competentes e motivados e equipas clínicas multidisciplinares no SNS e no sistema de saúde português.

O Plano de Emergência da Saúde constitui uma peça conjuntural e estratégica para a mudança estrutural da Saúde em Portugal, numa reforma gradual de reforço do Serviço Nacional de Saúde e da resposta



integrada e eficiente de todo o sistema de saúde português, em benefício das pessoas e das suas famílias, em particular, e da saúde pública, no geral.

Deste modo, o presente Plano de Emergência apresenta respostas prioritárias e imediatas, antecipa elementos críticos no curto e médio prazo e prevê, ainda, um conjunto de medidas estruturantes que se pretende que transformem a atual realidade em que se encontra o Serviço Nacional de Saúde. Em específico, este Plano de Emergência visa responder às seguintes principais preocupações sentidas, no quotidiano, pelos cidadãos residentes em Portugal:

- Como responder aos doentes oncológicos que esperam por uma cirurgia, acima do tempo de resposta máximo garantido, no SNS?
- Como garantir maior segurança clínica à grávida e ao nascituro, com acompanhamento profissional dedicado, durante a gravidez e parto?
- Como reorganizar os serviços de urgência de forma imediata, respondendo às necessidades das pessoas com doença aguda grave e das pessoas com doença aguda ligeira?
- Como atribuir médico e enfermeiro de família às pessoas que não o têm?
- Como implementar, na prática, respostas para as pessoas com depressão e ansiedade e com doença psiquiátrica grave?

Para este efeito, e num esforço colaborativo emergente em prol do SNS, foram consultadas 167 instituições ligadas à saúde, a fim de auscultar as principais dificuldades, recolher contributos de melhoria, discutir os desafios que se impõe ao atual panorama e identificar as potenciais medidas concretas e exequíveis para responder adequada e atempadamente aos desafios identificados.

Após sistematização dos produtos obtidos nas sessões de trabalho e análise dos contributos recebidos por escrito, foram priorizados 5 eixos estratégicos, que se consideram fundamentais para assegurar e reforçar os direitos na Saúde, que todo e qualquer cidadão residente em Portugal reconhece como premente e urgente, designadamente:

1. Regularizar o acesso aos cuidados de saúde, proporcionando melhores condições para o acompanhamento e tratamento do doente no tempo clinicamente recomendado;
2. Criar um ambiente seguro para o nascimento, garantindo um suporte consistente às mulheres durante o período da gravidez;
3. Reforçar a missão do Serviço de Urgência enquanto local para a observação e estabilização das situações clínicas realmente urgentes e emergentes;
4. Resolver os problemas no acesso aos cuidados de saúde primários, com prioridade para as populações sem médicos e/ou enfermeiros de família;
5. Garantir o acesso a serviços habilitados a promover a saúde mental, prestando cuidados de qualidade, facilitando a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental.



Cada um destes eixos estratégicos é composto por diversas medidas, cada uma estruturada e sistematizada com os seguintes parâmetros: (1.) Objetivos - concretos com metas explícitas na sua abrangência; (2.) Conceito – com a ideia central da medida; (3.) População alvo – com a identificação a quem a medida se aplica; (4.) Cronograma de atividades – detalhado com indicadores de acompanhamento e formas de comunicação; (5.) Indicadores de monitorização e de desempenho - claros no seu impacto esperado e na sua metodologia de concretização. Desta forma, é objetivado um rumo, com a objetividade necessária e indicada para uma avaliação adequada, com total transparência nas metodologias de trabalho.

Esta classificação permite uma organização eficaz do plano e a alocação adequada dos recursos disponíveis, garantindo que as metas estabelecidas sejam alcançadas nos prazos previstos. Com efeito, as medidas são classificadas nas seguintes categorias:

1. Medidas Urgentes: requerem implementação imediata, com o objetivo de obter resultados tangíveis num período de até três meses. Estas medidas são críticas e visam responder a situações que necessitam de uma ação rápida para mitigar riscos e/ou aproveitar oportunidades no imediato;
2. Medidas Prioritárias: planeadas para produzir resultados até ao final de 2024. Não são imediatas como as medidas urgentes, mas são de elevada importância e requerem particular atenção para assegurar que os objetivos no médio prazo são atingidos, contribuindo para a estabilidade e progresso contínuo.
3. Medidas Estruturantes: refletem um planeamento e implementação a médio-longo prazo. Designadas de estruturantes, são fundamentais para a sustentabilidade e crescimento estrutural, envolvendo transformações efetivas e profundas que moldarão a organização do SNS.

A adoção desta classificação no Plano de Emergência da Saúde facilitará, por um lado, a compreensão das diferentes escalas de tempo associadas a cada tipo de medida proposta e permitirá, por outro lado, um acompanhamento metódico e uma monitorização constante da implementação deste plano, que possibilitará garantir que os resultados obtidos sejam efetivos, significativos e duradouros.



## Eixos estratégicos do Plano de Emergência da Saúde

### EIXO ESTRATÉGICO 1 – RESPOSTA A TEMPO E HORAS

#### RESULTADOS ESPERADOS:

- . Fim das listas de espera de cirurgia oncológica no SNS
- . Alteração radical das Listas de Espera para Cirurgia e Consultas no SNS
- . Cumprimento regular em todo o território nacional dos TMRG

As Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e as Listas de Espera para Consulta (LEC) são mecanismos implementados em Portugal com o objetivo de gerir o acesso dos doentes aos cuidados de saúde. Estas listas representam uma componente essencial do sistema de saúde, uma vez que permitem a gestão eficiente das necessidades do SNS e a alocação de recursos. Contudo, a elevada quantidade de doentes presentes nestas listas, bem como o incumprimento frequente dos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG), são fonte de forte injustiça e desigualdade social. De acordo com os dados de abril de 2024, encontravam-se inscritos na LIC 266.624 doentes, dos quais 74.463 (cerca de 28%) já tinham ultrapassado o TMRG. No que concerne às LEC, estavam pedidas 891.022 consultas, dos quais 454.528 (aproximadamente 51%) já tinham excedido o TMRG.

Reconhecendo a necessidade de uma intervenção imediata, foi elaborado um plano composto por medidas urgentes, prioritárias e estruturais, com o intuito de proporcionar uma resposta rápida aos doentes e implementar medidas estruturais que previnam o agravamento destes indicadores no futuro. Para tal, procedeu-se a uma análise detalhada das LICs e LECs, priorizando as necessidades de maior urgência de resolução, considerando tanto o volume de doentes em cada uma destas listas, como o respetivo tempo acima do tempo máximos de resposta preconizado. Neste contexto, foram decididas as seguintes ações:

- Medidas Urgentes: plano de regularização das listas de espera para cirurgia oncológica. Este plano visa todos os doentes oncológicos que tenham ultrapassado o TMRG para a cirurgia, e ambiciona que todos estes doentes sejam operados num prazo máximo de 3 meses, sob incentivo à produção adicional nos hospitais públicos. Adicionalmente, e de forma a garantir o apoio a estes doentes, bem como o cumprimento das metas propostas, será reforçado o envolvimento do SNS24 como mecanismo facilitador, sempre que necessário, do agendamento do processo cirúrgico, fora do hospital de residência do doente;
- Medidas Prioritárias: Foi concebido um plano que responda à lista de espera para cirurgia para os doentes não oncológicos, bem como um plano que reforce o acesso à consulta de especialidade. Para tal, procedeu-se a uma análise cuidada das listas de doentes, garantindo a priorização dos casos mais urgentes. Ficou evidente, no entanto, que o setor público dificilmente



terá capacidade de responder a todas as necessidades apresentadas, pelo que se torna imperativo o envolvimento do setor social e privado. Adicionalmente, pretende-se alterar a contabilização do TMRG para doentes oncológicos, de forma a obrigar a uma resposta mais rápida a estes doentes;

- Medidas Estruturantes: Após a redução das LICs e das LECs, serão criados programas estruturais que evitem o crescimento novamente destas listas. Para tal, está previsto o acompanhamento de doentes crónicos estáveis via teleconsulta, a revisão integral dos protocolos de referênciação por parte dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para o hospital, a revisão dos protocolos de inclusão de doentes na LIC. Adicionalmente, pretende-se proceder ao alargamento da hospitalização domiciliária.

## EIXO ESTRATÉGICO 2 – BEBÉS E MÃES EM SEGURANÇA

### RESULTADOS ESPERADOS:

- . Reforço motivacional e organizacional das equipas obstétricas e multidisciplinares de assistência à grávida e ao nascituro
- . Nova resposta de urgência para Ginecologia
- . Maior humanização nos cuidados assistenciais perinatais e da infância

A Saúde Materno-Infantil é primordial para garantir o bem-estar da grávida, assegurando o nascimento em segurança e com qualidade. É fundamental que a grávida tenha um acompanhamento dedicado durante a sua gravidez e, principalmente, que possa esclarecer as suas dúvidas e ter acesso aos melhores cuidados de saúde consoante as suas necessidades, desde o início da gravidez até ao parto. Em 2023 ocorreram 85.994 nascimentos em Portugal, dos quais 77% (66.106) foram realizados no SNS.

Para colmatar as necessidades ao nível da saúde materno-infantil em Portugal é essencial otimizar a capacidade da rede de maternidades e o acesso da grávida aos melhores cuidados de saúde, reforçar os mecanismos de comunicação entre a grávida e o SNS e potenciar as valências dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento da grávida e no parto. Neste sentido, foi delineado um conjunto de medidas com este objetivo:

- Medidas Urgentes: criámos um canal de comunicação direto entre a grávida e o SNS, a linha “SNS Grávida” (disponível através do SNS 24), de forma a garantir que as grávidas são reencaaminhadas devidamente para os hospitais de maior proximidade com capacidade para a prestação de cuidados. Pretendemos ainda aumentar rapidamente a capacidade do SNS na realização de partos através da atribuição de um incentivo por parto acima da produção média diária de partos da instituição, dando liberdade às ULS para distribuírem o incentivo pela equipa



da forma mais equitativa. Por fim, reforçámos as convenções com o setor Social e Privado de forma a expandirmos a capacidade instalada para a realização de partos do SNS;

- Medidas Prioritárias: até ao final do ano serão criados Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU), com consulta aberta de ginecologia, permitindo libertar até 40% de casos puramente ginecológicos das urgências de obstetrícia. Iremos ainda atualizar os rácios de pessoal e de composição das equipas nos locais de parto, de forma a garantir a otimização das valências de cada membro da equipa disciplinar e assegurar a manutenção dos locais de parto consoante o número de profissionais disponível, procurando ajustar o número de partos à capacidade real em vez de fechar por completo o local de parto quando o rácio não é alcançado. Será também revista a tabela de preços convencionados para MCDT, nomeadamente para ecografias pré-natais, procurando fomentar a realização destes exames através da aproximação do preço convencionado ao preço praticado no SNS. Vão ser ainda criados Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) onde as populações em idade pediátrica podem ser atendidas em regime de consulta aberta;
- Medidas Estruturantes: a médio/longo-prazo pretendemos separar as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, dando oportunidade aos profissionais de se dedicarem efetivamente à sua área de especialização respetiva. Deverá ser reforçado o acompanhamento contínuo de grávidas, desde a consulta inicial no hospital até ao parto, por Especialistas de Enfermagem Materna e Obstétrica (EESMO), os quais desempenham um papel fundamental na humanização dos cuidados prestados. Por fim, de forma a garantir a autonomia no incentivo providenciado aos profissionais de saúde em bloco de parto e no serviço de obstetrícia, deverá ainda ser promovida a criação de novas estruturas organizativas com maior autonomia para blocos de parto e obstetrícia, com vista a potenciar a sua eficiência.



### EIXO ESTRATÉGICO 3 – CUIDADOS URGENTES E EMERGENTES

#### RESULTADOS ESPERADOS:

- . Criação dos Centros de Atendimento Clínico para casos urgentes de menor complexidade
- . Novos espaços nos Cuidados de Saúde Primários para consultas de urgência diferidas
- . Diminuição significativa dos internamentos sociais em Hospitais com apoio específico para Médicos em Lares (ERPI)
- . Requalificação física e operacional dos Serviços de Urgência com destaque para Vias Verdes

A emergência pré-hospitalar e as urgências hospitalares têm um papel crucial no tratamento de doentes urgentes e emergentes. Em situações críticas, cada segundo conta e pode fazer a diferença entre a vida e a morte dos doentes. Por este motivo, “evitar a morte evitável” é o principal objetivo deste eixo.

O percurso dos doentes não se inicia, nem se esgota, dentro do Serviço de Urgência. Na prática há todo um circuito a montante e a jusante que também deve ser tido em consideração para uma análise estruturada e profunda dos diversos fatores que comprometem o seu desempenho. Por exemplo, como acontece em diversas unidades hospitalares, se cerca de 40% dos doentes na sala de espera forem triados com azuis (não urgentes) e verdes (pouco urgentes), será expectável que a capacidade de resposta da equipa do serviço diminua e, em determinadas circunstâncias, coloque até em risco de vida outros doentes urgentes ou emergentes.

As medidas detalhadas neste eixo foram identificadas tendo por base os fatores de *input*, *throughput* e *output* do Serviço de Urgência. Ou seja, o *input* considera os fatores que impactam o acesso em termos de volume e complexidade dos doentes que chegam às urgências. O *throughput* refere-se aos fatores que determinam o tempo necessário para se avaliar e gerir os doentes no serviço, e que normalmente está dependente das equipas e processos definidos internamente. E o *output* remete para fatores relacionados com o internamento hospitalar e a alta dos doentes.

Assumindo-se o Serviço de Urgência como um pilar estratégico do Serviço Nacional de Saúde, é fundamental que se avancem com medidas individuais que se complementam num propósito global e reformista em prol do doente. A organização das medidas em Urgentes, Prioritárias e Estruturantes, tem como racional a prioridade de execução das mesmas e o impacto que é expectável gerarem no funcionamento dos serviços de urgência dos hospitais. Nesse sentido foram identificadas as seguintes ações:

- Medidas Urgentes: serão criados, para as situações agudas de menor complexidade e urgência clínica, Centros de Atendimento Clínico e consultas do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários. Além disso, a requalificação dos espaços de urgências é essencial para criação de um ambiente propício à prestação de cuidados urgentes e emergentes, designadamente quanto aos fluxos urgentes/emergentes das Vias Verdes e à área da Saúde Mental;





- Medidas Prioritárias: sobre os internamentos, pretende-se libertar camas indevidamente ocupadas por situações sociais nos internamentos hospitalares dedicados a doentes com patologia aguda. Ao nível do SNS24, será melhorado o algoritmo em termos da pré-triagem e será permitido o encaminhamento para Centros de Atendimento Clínico, a referência para Urgências Metropolitanas por especialidade ou procedimento específico e o agendamento de consultas do dia seguinte. Dentro do contexto do SNS24, será também disponibilizado a opção de teleconsultas médicas a situações de menor complexidade e urgência clínica. Ao nível das campanhas de informação, irá ser promovido o papel de proximidade da farmácia comunitária. No âmbito da vacinação, prevê-se a realização de campanhas de vacinação contra o Vírus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório para as populações mais vulneráveis. Para além destas medidas relacionados essencialmente com o acesso, será constituído um Departamento de Urgência e Emergência Médica na Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) para centralizar a gestão da rede e será criada a especialidade Médica de Urgência. Ao nível do transporte do doente crítico, pretende-se garantir o transporte em segurança entre hospitais com veículos especializados e dedicados do INEM, bem como, assegurar a resposta de transporte pré-hospitalar para regiões especialmente carenciadas;
- Medidas Estruturantes: a médio longo prazo, serão criados mecanismos de apoio médico a lares (ERPI) e alterar o modelo dos locais de atendimento de doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica para “Centros de Atendimento Clínico”.

#### EIXO ESTRATÉGICO 4 – SAÚDE PRÓXIMA E FAMILIAR

##### RESULTADOS ESPERADOS:

- . Nova parceria público-social para dar Médico de Família a 350.000 pessoas em áreas muito carenciadas: Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve
- . Médico de Família atribuído em mais de 100 concelhos do País
- . Criação de 20 USF tipo C
- . Reforço de meios técnicos nos Cuidados de Saúde Primários com atendimento clínico urgente

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) desempenham um papel crucial em Portugal, atuando como a porta de entrada para o sistema de saúde e proporcionando cuidados abrangentes e acessíveis à população. As unidades de CSP atuam num conjunto de pilares fundamentais com vista a assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde, prevenir doenças e acompanhar condições crónicas, abordando, de forma integrada, as necessidades de saúde, nas vertentes preventiva e curativa.

Com o intuito de assegurar acompanhamento médico para quem precisa, seja através do Médico de Família ou de um “médico assistente” numa instituição social, desenvolvemos um conjunto de iniciativas



que visam não só atuar sobre o flagelo da carência de Médicos de Família na população portuguesa, como fomentar a prevenção e diagnóstico antecipado, reforçar a capacidade de resposta e melhorar a eficiência dos cuidados de saúde primários:

- Medidas Urgentes: otimizámos a atribuição de Médicos de Família ao transferir os utentes não residentes e residentes estrangeiros sem consulta nos cuidados de saúde primários há mais de 5 anos com Médico de Família assignado para uma lista de espera paralela, possibilitando desta forma atribuir Médico de Família a 130.561 utentes. Paralelamente, atribuímos ainda Médico de Família aos utentes de mais de 100 concelhos em Portugal, cobrindo as necessidades em 27% do total de concelhos ao nível de Portugal Continental. Estabelecemos ainda uma parceria com o setor Social para colmatar parte da carência de Médicos de Família das regiões com maior necessidade, gerando capacidade para atribuição de um “médico assistente” numa instituição social a 350 mil utentes, com enfoque na região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Tendo por objetivo prestar suporte a doentes que necessitem de atribuição de Médico de Família, encontra-se em fase de operacionalização uma linha de contacto para os cuidados de saúde primários, cujo objetivo imediato passa por efetuar chamadas para utentes elegíveis para concluir o processo de atribuição de médico assistente no setor Social. Por fim, criámos ainda capacidade adicional para a prestação de cuidados de saúde primários em dois concelhos com elevada taxa de utentes sem Médico de Família atribuído (Cascais e Sintra), estabelecendo uma parceria com o Hospital de Cascais (parceria público-privada) que permitirá cobrir até mais 75 mil utentes;
- Medidas Prioritárias: ainda este ano será lançado um concurso público para a implementação de 4 agrupamentos compostos por 5 USF modelo C cada, em regiões com carência de Médicos de Família (2 agrupamentos em Lisboa, 1 em Leiria e 1 no Algarve), cobrindo até 180 mil utentes. Será ainda lançado um concurso em paralelo para implementação de USF modelo C de pequena/média dimensão, com enfoque em Lisboa e Vale do Tejo. De forma a colmatar as necessidades temporárias de capacidade assistencial dos cuidados de saúde primários será ainda prorrogado o regime de contratação de médicos aposentados, que será alvo de revisão, onde se pretende que a remuneração base destes médicos seja paga a 100% em vez dos atuais 75%. Serão ainda revistos os critérios de transição de USF modelo A e UCSP para USF modelo B através da redução do limiar do IDG (Índice de Desempenho Global) para 50% e do ajuste dos critérios de acesso a USF modelo B diferenciados para regiões de baixa densidade populacional. Este ano pretendemos também reforçar a parceria com associações de médicos e cooperativas com vista a alargar a capacidade de prestação de cuidados de saúde primários por parte do SNS;
- Medidas Estruturantes: a médio/longo-prazo iremos expandir a atuação na área da prevenção, ao disponibilizar MCDT de química seca e radiologia convencional (ex.: raio-x) em algumas unidades de cuidados de saúde primários, particularmente em centros com atendimento de utentes urgentes de prioridade Verde e Azul e Serviços de Atendimento Complementar (SAC, ex-SASU), e ainda ao dinamizarmos rastreios oncológicos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, com especial enfoque no alargamento dos planos de rastreio existentes atualmente, nomeadamente ao nível da área do cancro colorretal e gástrico. Para



complementarmos a capacidade assistencial, iremos ainda criar Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP), unidades autónomas onde será possível a emissão de documentos para fins fiscais e sociais como testados de Robustez Física e Psíquica para diversos fins, de forma a libertar os médicos de medicina geral e familiar para a atividade assistencial. Por fim, pretendemos ainda estimular a adesão dos médicos a uma carteira adicional de até mais 200 utentes, em regime voluntário, com o objetivo de aumentar a capacidade assistencial disponível.

## EIXO ESTRATÉGICO 5 – SAÚDE MENTAL

### RESULTADOS ESPERADOS:

- . Contratação de Psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários
- . Programas de intervenção em ansiedade e depressão por Equipas Comunitárias de Saúde Mental
- . Generalização de CRIs de Saúde Mental

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, especialmente nos países ocidentais industrializados. Em Portugal, concretamente, as perturbações psiquiátricas representam 12% da carga global de doenças, atrás das doenças cerebrais/cardiovasculares, com um peso global de 14%.

Nos últimos 20 anos, a legislação em saúde mental que vigorou permitiu avanços importantes em diversas dimensões, tanto numa perspetiva da organização dos serviços locais de saúde mental (SLSM), como no cumprimento dos direitos humanos e da regulamentação adequada do internamento compulsivo. No entanto, não permitiu que se implementasse de forma generalizada em Portugal um modelo organizativo de prestação de cuidados em linha com os dos outros países da Europa Ocidental. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde, problemas económicos, estigma e assimetrias regionais continuam a ser barreiras muito fortes, impedindo que as populações recebam cuidados de qualidade de forma equitativa.

Considerando a saúde mental como um pilar estratégico do Serviço Nacional de Saúde, é crítico que se avancem com medidas condizentes com as boas práticas internacionais e em linha com as necessidades locais. Algumas das medidas já estão previstas no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), pelo que apenas carecem de deliberação de organismos da tutela para depois serem operacionalizadas – sendo que em alguns casos o prazo de execução é 2024, ou seja, têm risco elevado de perda de financiamento por não execução. Outras, apesar de não serem financiadas pelo PRR, são igualmente relevantes pelo contributo que aportam no enquadramento nacional da saúde mental. São ações identificadas:



- **Medidas Urgentes:** requalificação das urgências psiquiátricas em termos de instalações e equipamentos, em consonância com a medida urgente listada no eixo 3 das urgências deste documento, programa estruturado direcionado às forças de segurança (PSP, GNR, PJ e Corpo da Guarda Prisional), reforço nacional das equipas dos Cuidados de Saúde Primários com Psicólogos e o aumento da colaboração com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) na acomodação dos internamentos de situações crónicas;
- **Medidas Prioritárias:** ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, prevê-se ainda a criação de equipas comunitárias de Saúde Mental e a disponibilização de programas de intervenção na ansiedade e na depressão. Nos Serviços Locais de Saúde pretende-se garantir a capacidade de internamento para situações agudas. Já a nível regional, serão criados serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade;
- **Medidas Estruturantes:** num horizonte de tempo mais alargado, está previsto a construção de mais dois serviços forense, um em Coimbra e outro em Lisboa, e, em paralelo, pretende-se também acelerar a generalização dos Centros de Responsabilidade Integrada em todos os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), no sentido de os diferenciar e dotar de mais autonomia e capacidade de incentivo e fixação dos profissionais.

Adicionalmente, foram definidos ainda programas prioritários transversais, que serão desenvolvidos no desenrolar da execução do Plano de Emergência da Saúde, assentes em políticas estratégicas com uma forte ênfase na promoção da saúde, no tratamento da doença, no aumento da literacia em saúde da população e na organização e melhoria da eficiência do sistema de saúde.

Estes programas estão divididos consoante o seu enquadramento e raio de ação, nomeadamente (1.) Programas de contingência; (2.) Programas de avaliação; (3.) Programas de eficiência; (4.) Programas de medicamento; (5.) Programas clínicos prioritários.

### **Programas transversais do Plano de Emergência da Saúde**

#### Programas de contingência:

- a) Plano de Verão 2024;
- b) Plano de Inverno 2024;
- c) Programa de valorização dos profissionais de saúde;
- d) Plano de Preparação e Resposta a Catástrofes e Emergências de Saúde Pública.

#### Programas de avaliação:

- e) Programa de reativação do SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde;
- f) Programa de parceria com associações de doentes para perceção de serviços prestados – Cliente Mistério;
- g) Programa de monitorização e avaliação dos Conselhos de Administração.



Programas de eficiência:

- h) Financiamento e contratação plurianual;
- i) Ganhos de eficiência e combate ao desperdício;
- j) Saúde digital integrada.

Programas de medicamento:

- k) Criação da reserva estratégica de medicamentos e equipamentos médicos;
- l) Programa de implementação total do SINATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde.

Programas clínicos prioritários:

- m) Prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas e oncológicas;
- n) Combate e controlo da obesidade;
- o) Investigação clínica: especial mais ensaios clínicos;
- p) Prevenção da doença e promoção da saúde.

O presente Plano de Emergência traduz o primeiro e crucial passo num processo de investimento mais profundo na Saúde em Portugal, assegurando o compromisso de rentabilizar a capacidade nacional instalada, de promover a crescente diferenciação técnica e de preservar os recursos, com enfoque nos profissionais de saúde, que constituem o fator mais determinante na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em síntese, preconiza-se melhor gestão e humanização, a todos os níveis, da prestação de cuidados, respondendo adequada e atempadamente às reais necessidades em saúde da população, com atenção redobrada às áreas mais críticas e prioritárias que exigiram a criação deste Plano de Emergência da Saúde.



## 4. Enquadramento Estratégico

### **Nos termos do Programa do XXIV Governo Constitucional:**

*“Existe uma injustiça evidente no acesso aos cuidados de saúde em Portugal, com desigualdades crescentes entre pobres e ricos, entre o litoral e o interior, entre zonas urbanas, suburbanas e rurais.”*

*“Os tempos clinicamente recomendados para consultas e cirurgias são frequentemente ultrapassados em vários hospitais do SNS. No final de 2023, 1,7 milhões de portugueses não tinham Médico de Família e o Enfermeiro de Família não é uma realidade. É preciso um SNS forte para o século XXI e ao serviço de todos.”*

### **O XXIV Governo Constitucional assume a importância estratégica da Saúde como direito inalienável dos portugueses, nos termos da Constituição da República e da Lei de Bases da Saúde.**

O Plano de Emergência da Saúde assume particular relevo e prioridade política em face do diagnóstico transversalmente reconhecido como muito preocupante do estado da Saúde em Portugal. Importa, desde já, clarificar a visão estratégica que subjaz ao Plano de Emergência:

- Promover uma sociedade livre e justa baseada no melhor desenvolvimento humano e social da pessoa, da sua família e da sua comunidade, promovendo a saúde e o bem-estar num equilíbrio holístico com a natureza ao longo do ciclo de vida;
- Apoiar a pessoa doente com cuidados de saúde de proximidade no tempo certo, desde a gravidez à velhice e idade avançada, com especial sensibilidade para os portadores de deficiência, doença mental e para os doentes oncológicos;
- Investir nos recursos humanos, científicos e tecnológicos para qualificar a resposta clínica e assistencial com utilização de Investigação, Desenvolvimento, Inovação e Boas Práticas em Saúde através de profissionais e equipas de Saúde competentes e motivados no SNS e no sistema de saúde português;

Neste sentido, o presente Plano de Emergência da Saúde constitui uma peça conjuntural da estratégia assumida de mudança estrutural da Saúde em Portugal, numa reforma gradual de reforço do Serviço Nacional de Saúde e de resposta integrada e eficiente de todo o sistema de saúde português em benefício das pessoas concretas, das suas famílias e da saúde pública, em geral.

O conceito estratégico *One Health* da OMS – Organização Mundial de Saúde na sua abordagem holística, colaborativa, multisectorial e interdisciplinar e os conceitos operativos de *Value Based Healthcare* constituem alicerces conceptuais reconhecidamente úteis e construtivos na estratégia do Plano de Emergência. Mas, nada se fará sem a motivação e adesão plena dos profissionais e equipas de saúde, pois estas são a chave-mestra do sucesso deste Plano de Emergência e do próprio SNS.



## 5. Eixos Estratégicos

Confiantes que só com a colaboração de todos se pode melhorar, e construir de uma forma efetiva, o sistema de saúde português, consultaram-se 167 instituições ligadas à saúde a fim de auscultar e discutir: (1.) os problemas e desafios mais emergentes no panorama atual da saúde; (2.) potenciais medidas concretas e acionáveis como resposta aos desafios identificados.

Assim, num total de 13 sessões de trabalho, juntaram-se instituições que abrangem tanto o setor público, como o setor social e o setor privado, incluindo, entre outros, ordens profissionais, representantes profissionais, associações de doentes, associações setoriais, prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, e fundações.

Como resultado das sessões de trabalho, entre inúmeras medidas, selecionaram-se 5 eixos estratégicos prioritários e fundamentais para repor e reforçar os direitos na Saúde, nomeadamente:

1. A regularização e orquestração do acesso aos cuidados de saúde, de forma a proporcionar melhores condições para o acompanhamento e tratamento do doente, no tempo clinicamente recomendado;
2. A criação um ambiente seguro para o nascimento e a garantia de suporte consistente às mulheres durante o período da gravidez;
3. O reforço a missão do Serviço de Urgência enquanto local para a observação e estabilização das situações clínicas realmente urgentes e emergentes;
4. A resolução dos problemas de acesso aos cuidados de saúde primários, com foco primário nas populações sem médicos ou enfermeiros de família;
5. A garantia de acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental.

Cada um destes eixos estratégicos é composto por diversas medidas, cada uma estruturada e sistematizada com os seguintes parâmetros: (1.) Objetivos - concretos com metas explícitas na sua abrangência; (2.) Conceito – com a ideia central da medida; (3.) População alvo – com a identificação a quem a medida se aplica; (4.) Cronograma de atividades – detalhado com indicadores de acompanhamento e formas de comunicação; (5.) Indicadores de monitorização e de desempenho - claros no seu impacto esperado e na sua metodologia de concretização.

O Plano de Emergência da Saúde assenta em 3 três pilares basilares que, em conjunto, visam proporcionar um sistema de saúde robusto e resiliente, capaz de responder eficazmente em situações de emergência:



- Acesso - A promoção do acesso aos cuidados de saúde coloca a pessoa no centro do sistema, garantindo que todas as decisões e ações são tomadas considerando as suas necessidades;
- Valorização dos profissionais de saúde – Os profissionais de saúde são a força motriz e a espinha dorsal do sistema de saúde, cuja dedicação e competência é essencial para a prestação de cuidados de qualidade;
- Eficiência e redução de desperdício – O foco na promoção de ganhos de eficiência e na redução do desperdício dentro do sistema de saúde, promove que os recursos são utilizados da maneira mais eficaz e sustentável possível.

No âmbito do planeamento estratégico e da implementação de ações que visam o seu desenvolvimento e a melhoria contínua, torna-se imperativo estabelecer uma classificação clara das prioridades para que as medidas sejam adotadas.

Esta classificação permite uma organização eficaz e uma alocação de recursos adequada, garantindo que as metas estabelecidas sejam alcançadas dentro dos prazos previstos. As medidas são categorizadas da seguinte forma:

4. Medidas Urgentes: São aquelas que requerem implementação imediata, com o objetivo de obter resultados tangíveis num período de até três meses. Estas medidas são críticas e visam responder a situações que necessitam de uma ação rápida para mitigar riscos ou aproveitar oportunidades que se apresentam no curto prazo.
5. Medidas Prioritárias: Estas medidas são planeadas para gerar resultados até ao final de 2024. Embora não sejam tão imediatas quanto as medidas urgentes, são de alta importância e requerem atenção especial para assegurar que os objetivos a médio prazo sejam atingidos, contribuindo assim para a estabilidade e progresso contínuo.
6. Medidas Estruturantes: Refletem um planeamento e implementação a médio-longo prazo. Estas medidas, ditas estruturantes, são fundamentais para a sustentabilidade e o crescimento estrutural, pois envolvem transformações profundas que irão moldar o futuro da organização do SNS.

A adoção desta classificação no Plano de Emergência da Saúde facilitará a compreensão das diferentes escalas de tempo associadas a cada tipo de medida e permitirá implementação metódica e acompanhada de uma monitorização constante para garantir que os benefícios sejam duradouros e significativos.





## 1. Eixo Estratégico 1 | Resposta a Tempo e Horas

As Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e as Listas de Espera para Consulta (LEC) são mecanismos implementados em Portugal com o objetivo de gerir o acesso dos doentes aos cuidados de saúde. Estas listas representam uma componente essencial do sistema de saúde, uma vez que permitem a gestão eficiente das necessidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a alocação de recursos. Contudo, a elevada quantidade de doentes presentes nestas listas, bem como o incumprimento frequente dos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG), têm suscitado críticas e gerado preocupação na sociedade. De acordo com os dados disponibilizados em abril de 2024, encontravam-se inscritos na LIC 266.624 doentes, dos quais 74.463 (cerca de 28%) já tinham ultrapassado o TMRG. No que concerne às LEC, estavam pedidas 891.022 consultas, dos quais 454.528 (aproximadamente 51%) já tinham excedido o TMRG.

Reconhecendo a necessidade de uma intervenção imediata, foi elaborado um plano composto por medidas urgentes, prioritárias e estruturais, com o intuito de proporcionar uma resposta rápida aos doentes e implementar medidas estruturais que previnam o agravamento destes indicadores no futuro. Para tal, procedeu-se a uma análise detalhada das LICs e LECs, priorizando as necessidades de maior urgência de resolução, considerando tanto o volume de doentes em cada uma destas listas, como o respetivo tempo acima do tempo máximos de resposta preconizado.



## A. Medidas Urgentes

### Medida A.1 | Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica: OncoStop2024

#### 1. Objetivos

- a) Implementação do programa cirúrgico extraordinário denominado OncoStop2024, a ser realizado entre 17 de maio e 31 de agosto de 2024. Este programa é destinado especificamente aos 9.374 doentes oncológicos que estão em lista de espera acima do TMRG em todo o território nacional.
- b) Publicação completa dos resultados cirúrgicos até 31 de setembro de 2024.

#### 2. Conceito

A prontidão na resposta à cirurgia oncológica é de vital importância, considerando a potencial natureza agressiva deste conjunto de patologias. A cirurgia oncológica, sendo parte do tratamento, deve ser realizada sempre que possível de forma célere, a maximizar a eficácia e minimizar o risco de metástase. Atrasos podem resultar na progressão da doença, complicando o tratamento e diminuindo a probabilidade de recuperação.

Segundo a listagem da Lista de Inscritos para Cirurgia de Abril de 2024, havia em Portugal cerca de 9.374 doentes classificados com patologia oncológica que já tinham ultrapassado o TMRG. As especialidades com maior falta de resposta são a Dermatologia, a Urologia e a Cirurgia Geral. No que concerne à distribuição regional, a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresentava o maior número de doentes em lista de espera, seguida das regiões Norte e Centro.

Nesse sentido, o objetivo principal do programa OncoStop2024 é reduzir as listas de espera para cirurgias oncológicas que atualmente existem no SNS. Para isso, a primeira fase envolve a maximização da capacidade do SNS para realizar este tipo de cirurgias. Caso a capacidade do SNS seja esgotada, proceder-se-á à contratualização com equipas cirúrgicas nos setores social e privado de forma complementar a capacidade cirúrgica, de acordo com a complexidade e risco cirúrgicos. Esta abordagem estratégica é essencial para garantir que todos os doentes oncológicos recebam o tratamento necessário de forma oportuna, independentemente da capacidade do SNS. A implementação eficaz desta estratégia pode ter um impacto significativo na melhoria dos resultados de saúde para os doentes oncológicos em Portugal.

#### 3. População-alvo

Todos os doentes oncológicos que estejam em lista de espera e que tenham ultrapassado o TMRG.



#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Identificação do número de doentes oncológicos inscritos em LIC acima do TMRG</b>		
1.1	Levantamento da lista de doentes concológicos em LIC acima do TMRG	ACSS	-
1.2	Segmentação e caracterização dos diferentes procedimentos cirúrgicos por região	Grupo de Trabalho PES	-
<b>Fase 2</b>	<b>Identificação da capacidade instalada no sector público</b>		
2.1	Reunião entre a Ministra da Saúde e Coordenador do Plano de Emergência com os diferentes Presidentes do CA das diferentes unidades hospitalares (ULS, IPO, Hospital de Cascais)	Ministério da Saúde	Unidades Hospitalares
2.2	Envio da lista de necessidades cirúrgicas de doentes oncológicos em LIC acima do TMRG, por região e tipologia de cirurgia	Grupo de Trabalho PES	-
2.3	Identificação da capacidade cirúrgica para os próximos 3 meses, por unidade de saúde	Hospitais Públicos	-
<b>Fase 3</b>	<b>Identificação da capacidade instalada no sector social</b>		
3.1	Envio da lista (à data) de necessidades cirúrgicas de doentes oncológicos em LIC acima do TMRG, por região e tipologia de cirurgia	Grupo de Trabalho PES	-
3.2	Identificação da capacidade cirúrgica para os próximos da Saúde 3 meses, por unidade de saúde	Entidades do Sector Social	-
<b>Fase 4</b>	<b>Identificação da capacidade instalada no sector privado</b>		



4.1	Envio da lista (à data) de necessidades cirúrgicas de doentes oncológicos em LIC acima do TMRG, por região e tipologia de cirurgia	Grupo de Trabalho PES	-
4.2	Identificação da capacidade cirúrgica para os próximos da Saúde 3 meses, por unidade de saúde	Hospitais Privados	-
<b>Fase 5 Definição do modelo de contratualização com o sector público</b>			
5.1	Definição do modelo de incentivo aos profissionais de saúde	Ministério da Saúde	-
5.2	Elaboração da portaria com a definição do modelo de contratualização com o sector público	ACSS	Ministério da Saúde
5.3	Validação e publicação da portaria com a definição do modelo de contratualização com o sector público	Ministério da Saúde	Grupo de Trabalho PES; Departamento jurídico
<b>Fase 6 Definição do modelo de contratualização com o sector social</b>			
6.1	Identificação dos custos por cirurgia a contratualizar	ACSS	-
6.2	Estimativa do impacto financeiro do modelo de contratualização com o sector social	ACSS	-
6.3	Negociação do modelo de contratualização com o sector social	Ministério da Saúde	Sector Social
6.4	Revisão do modelo de contratação com o sector social	ACSS	Ministério da Saúde
6.5	Validação e assinatura do modelo de contratualização com o sector social	ACSS	-
<b>Fase 7 Definição do modelo de contratualização com o sector privado</b>			
7.1	Identificação dos custos por cirurgia a contratualizar	ACSS	-
7.2	Estimativa do impacto financeiro do modelo de contratualização com o sector privado	ACSS	Grupo de Trabalho PES
7.3	Negociação do modelo de contratualização com o sector privado	Ministério da Saúde	Sector Privado
7.4	Revisão do modelo de contratação com o sector privado	ACSS	Grupo de Trabalho PES



7.5	Validação e assinatura do modelo de contratualização com o sector privado	ACSS	-
<b>Fase 8</b>	<b>Definição do modelo operacional</b>		
<b>8.1</b>	<b>Regras de priorização e agendamento dos doentes</b>		
8.1.1	Os doentes mais antigos na LIC acima do TMRG serão contactados primeiro para serem operados	Hospitais Públicos	Grupo de Trabalho PES
8.1.2	ULGA agrega a capacidade disponível do hospital assim como a disponibilidade do sector social e privado	ULGA	Conselho de administração dos hospitais
8.1.3	Os hospitais iniciam o agendamento de doentes da sua lista de doentes oncológicos em LIC acima do TMRG até atingir a sua capacidade instalada	Hospitais Públicos	-
8.1.4	Após esgotada a capacidade do hospital público, a ULGA procurará as alternativas dos outros hospitais públicos da região que tenham capacidade de resposta	ULGA	--
8.1.5	Após esgotada a capacidade do hospital público, a ULGA procurará alternativas nos hospitais do sector social e privado	ULGA	-
8.1.6	Cada vez que um doente oncológico em LIC ultrapassa o TMRG é enviada uma notificação para a ULGA orientar o doente para a melhor alternativa	ULGA	-
<b>8.2</b>	<b>Percurso do doente - Hospital público da área de residência</b>		
8.2.1	Hospital contacta o doente para agendamento da cirurgia	Hospitais públicos	-
8.2.2	[Doente não aceita ser operado]: Compreender a razão e retirar o doente da lista atual	Hospitais públicos	-
8.2.3	[Doente aceita ser operado]: O doente operado é retirado da lista, seguindo o acompanhamento tradicional	Hospitais públicos	-



8.2.4	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas, pelo que sairá da lista até as apresentar.	Hospitais públicos	-
8.2.5	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). Deve proceder-se ao reagendamento imediato do doente	Hospitais públicos	-
8.3	Percurso do doente - Hospital público fora da área de residência, mas dentro da região		
8.3.1	A ULGA atribui uma vaga ao doente no sector público perto da sua área de residência	ULGA	-
8.3.2	A ULGA avisa o SNS24 para contactar o doente	ULGA	-
8.3.3	O doente é contacto pelo SNS 24 (segundo o processo tradicional que consiste no envio de um SMS de alerta, seguido de 3 tentativas de contacto)	SNS24	-
8.3.4	[Doente não aceita ser operado]: O doente regressa para a lista de espera do hospital de origem, sendo certo que, o hospital de origem é responsável por reagendar o doente, mesmo que depois do <i>términus</i> programa	Hospital Público da área de residência	-
8.3.5	[Doente aceita ser operado]: O SNS24 entra em contacto com a ULGA para cativar a vaga	SNS24	-
8.3.6	A ULGA avisa o hospital da cativação da vaga	ULGA	-
8.3.7	[Doente aceita ser operado]: O hospital que o irá operar entra em contacto com o doente para iniciar o processo	Hospital Público	-
8.3.8	[Doente aceita ser operado]: SPMS envia o processo eletrónico do doente ao hospital público que vai operar o doente	SPMS	--
8.3.8	[Doente aceita ser operado]: Doente inicia a avaliação pré-operatória no hospital que o irá operar	Hospital público	-

8.3.10	[Doente aceita ser operado]: O doente é operado sendo retirado da lista de espera	Hospital público	-
8.3.11	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas retorna ao seu hospital de origem para reavaliação do seu caso clínico	Hospital público	-
8.3.12	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). O hospital responsável pela operação deve proceder ao reagendamento imediato do doente	Hospital público	-
8.3.13	Após alta cirúrgica, o doente retorna ao hospital de origem para retomar o acompanhamento da patologia	Hospital público	-
<b>8.4</b>	<b>Percurso do doente - Hospital privado &amp; sector social</b>		
8.4.1	A ULGA atribui uma vaga ao doente no sector social e privado perto da sua área de residência	ULGA	-
8.4.2	A ULGA avisa o SNS24 para contactar o doente	ULGA	-
8.4.3	O doente é contacto pelo SNS 24 (seguindo o processo tradicional que consiste no envio de um SMS de alerta, seguido de 3 tentativas de contacto)	SNS24	-
8.4.4	[Doente não aceita ser operado]: O doente regressa para a lista de espera do hospital de origem, sendo certo que, o hospital de origem é responsável por reagendar o doente, mesmo que depois do término do programa	Hospital Público da área de residência	-
8.4.5	[Doente aceita ser operado]: O SNS24 entra em contacto com a ULGA para cativar a vaga	SNS24	-
8.4.6	A ULGA cativa a vaga no sector privado	ULGA	-
8.4.7	[Doente aceita ser operado]: SPMS envia o processo eletrónico do doente ao hospital público que vai operar o doente	SPMS	-

8.4.8	[Doente aceita ser operado]: Doente inicia a avaliação pré-operatória no hospital que o irá operar	Hospitais Privados	-
8.4.9	[Doente aceita ser operado]: O doente é operado sendo retirado da lista de espera	Hospitais Privados	Hospital Público
8.4.10	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas retorna ao seu hospital de origem para reavaliação do seu caso clínico	Hospitais Privados	-
8.4.11	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). O hospital responsável pela operação deve proceder ao reagendamento imediato do doente	Hospitais Privados	-
8.4.12	[Doente aceita ser operado]: Em caso de complicações pós-operatórias seguir-se-á as orientações do SIGIC	Hospitais Privados	-
8.4.13	Após alta cirúrgica, o doente retorna ao hospital de origem para retomar o acompanhamento da patologia	Hospitais Público	-
<b>Fase 9 Publicação de Resultados</b>			
<b>9.1 Resultados por ULS/ Hospital</b>			
9.1.1	Semanalmente, a ULGA de cada unidade será responsável por enviar um relatório que contemple os indicadores de sucesso e de insucesso ao responsável do programa da Grupo de Trabalho PES	ULGA	Grupo de Trabalho PES
9.1.2	Em caso de necessidade, o responsável poderá implementar medidas adicionais que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde
<b>9.2 Resultados do programa</b>			
9.2.1	No final da medida, o responsável da medida elaborará um relatório com as principais conclusões do programa	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde



## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

Um conjunto de indicadores, foram definidos por forma a monitorizar o programa existente. Os indicadores deverão ser reportados semanalmente, por parte ULGA de cada unidade hospitalar, ao responsável do programa, que terá a responsabilidade de tomar as medidas necessárias em caso de incumprimento do programa.

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
<b>1.</b>	<b>Indicadores Major de monitorização do programa</b>		
1.1	Percentagem de doentes em LIC fora do tempo máximo de resposta garantido ao final de 3 meses	0%	SPMS
1.2	Percentagem de complicações operatórias	Inferior a 10%	ULGA
1.3	Tempo de diagnóstico anátomo-patológico	Inferior a 15 dias	ULGA
1.4	Satisfação do doente	Superior a 80%	ULGA
<b>2.</b>	<b>Indicadores mensais de monitorização do programa</b>		
2.1	Taxa de variação mensal dos doentes em LIC por especialidade	<i>A definir</i>	SMPS
2.2	Taxa dos doentes em LIC acima do TMRG total e por especialidade	<i>A definir</i>	SPMS
<b>3.</b>	<b>Indicadores semanais de monitorização do programa</b>		
3.1	Número de doentes operados por entidade	<i>A definir</i>	ULGA
3.2	Número de doentes agendados por entidade	<i>A definir</i>	ULGA
3.3	Número de doentes que não foram operados com detalhe da razão (devido recusa ou falta de condições clínicas)	<i>A definir</i>	ULGA
3.4	Tempo desde o agendamento até à primeira consulta	<i>A definir</i>	ULGA
3.5	Tempo desde o agendamento até à realização da cirurgia	<i>A definir</i>	ULGA
3.6	Tempo de diagnóstico anátomo-patológico	<i>A definir</i>	ULGA
3.7	Número de complicações sendo os critérios de Clavien-Dindo	<i>A definir</i>	ULGA
3.8	Taxa de reinternamento até 30 dias após procedimento	<i>A definir</i>	ULGA



---

3.9	Taxa de enfartes, pneumonias até 30 dias após procedimento cirúrgico	<i>A definir</i>	ULGA
3.10	Taxa de mortalidade até 30 dias após procedimento	<i>A definir</i>	ULGA
3.11	Questionário de satisfação dos doentes	<i>A definir</i>	ULGA
<b>4.</b>	<b>Medidas de Monitorização para a lista de doente não oncológicos</b>		
4.1	A LIC correspondente a doentes não oncológico não deve aumentar mais do que 20% - Monitorização Mensalmente	Inferior a 20%	SPMS
4.2	Percentagem de doentes não oncológicos graves operados dentro dos TMRG (doentes de prioridade 3 e 4)	100%	SPMS

---



## Medida A.2 | Aproximação do SNS ao cidadão através da Linha SNS24

### 1. Objetivos

Estreitar a relação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a população, facilitando o agendamento de cirurgias para os doentes que estão na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), a começar com pelos doentes oncológicos, e que ultrapassaram o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG).

### 2. Conceito

Tradicionalmente, quando um doente ultrapassa o TMRG, é emitido um vale cirúrgico para que o doente procure uma solução no setor social e privado. No entanto, constata-se que cerca de 80% dos doentes recusam o vale cirúrgico. As razões para esta recusa são variadas, seja porque os doentes preferem manter o seu médico e garantir a proximidade a que estão habituados, seja porque o procedimento é pouco claro para a população em geral. Nesse sentido, acredita-se que um acompanhamento mais próximo e facilitado aumentará a percentagem de doentes que aceitam ser reencaminhados para o setor convencionado (setor social ou privado), aliviando assim a pressão atualmente em vigor nos hospitais públicos.

### 3. População-alvo

Todos os doentes oncológicos que estejam em lista de espera e que tenham ultrapassado o TMRG. Esta medida será expandida a outras cirurgias não oncológicas, e poderá ser alargada a outros programas de cariz semelhante.

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Dotar SNS24 de capacidades para auxiliar no processo de agendamentos de doentes</b>		
1.1	Adaptação do guião existente às novas necessidades	Grupo de Trabalho PES	SNS24
1.2	Formação das equipas que farão os agendamentos	SNS24	Grupo de Trabalho PES
<b>Fase 2</b>	<b>Em caso de problemas na marcação das cirurgias</b>		
2.1	Criação de uma linha telefónica para reporte de casos não solucionados (Ex.: atrasos no contacto com o doente, erros no sistema)	Ministério da Saúde	-
2.2	[Casos haja erros]: O SNS 24 terá a responsabilidade de comunicar o erro à entidade que monitorizará o processo	SNS24	-
2.3	[Casos haja erros]: Esta entidade terá a responsabilidade de agilizar a solução do doente em 72 horas	ULGA	-

#### 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
<b>1.</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>		
1.1	Percentagem de doentes oncológicos em LIC acima do TMRG contactos ao final dos 3 meses	Superior a 90%	SNS24
1.2	Percentagem de doentes que aceitem ser operados noutra local que não a sua instituição de referência	Superior a 50%	SNS24
1.3	Percentagem de variação ao longo do programa de doentes acima do TMRG	<i>A definir</i>	SNS24

## B. Medidas Prioritárias

### Medida B.1 | Programa cirúrgico para doentes não-oncológicos

#### 1. Objetivos

- a) Redução da Lista de Inscritos para Cirurgia acima do TMRG
- b) Extinção do atual programa SIGIC e criação do Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia (SINACC) - novo modelo com revisão integral das regras em vigor e dos preços praticados

#### 2. Conceito

Em Portugal, as listas de inscritos para cirurgia (LIC) são um indicativo do número de doentes que aguardam por uma intervenção cirúrgica. A administração destas listas é realizada com base na prioridade clínica atribuída ao doente e no Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), dois critérios fundamentais para garantir que todos os doentes recebam o atendimento necessário dentro de um prazo considerado clinicamente adequado.

No entanto, de acordo com a extração de dados realizada em abril de 2024, verificou-se que existem aproximadamente 266.624 doentes à espera de cirurgia, dos quais 74.463 (cerca de 28%) já ultrapassaram o TMRG. As especialidades mais afetadas, em termos de número de doentes, são: Ortopedia com 18.456 doentes, Cirurgia Geral com 11.980, Otorrinolaringologia com 8.160 e Urologia com 5.862, representando cerca de 71% dos doentes que excederam o TMRG.

As especialidades cujos doentes apresentam um maior tempo médio de espera para cirurgia acima do TMRG são: Pneumologia com 248 dias (apesar de contabilizar apenas 6 doentes), Neurocirurgia com 215 dias, Cirurgia Plástica e Reconstructiva com 177 dias, Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade com 152 dias e Ortopedia com 148 dias. Ao estratificar a amostra por nível de prioridade, encontram-se 219 doentes na prioridade 4, 803 na prioridade 3, 9.496 na prioridade 2 e 63.945 na prioridade 1. Importa ainda salientar que a Ortopedia apresenta o maior número de doentes nas prioridades 4, 2 e 1, enquanto a Oftalmologia lidera na prioridade 3 e ocupa o segundo lugar na prioridade 2. Assim, as especialidades que requerem maior atenção são a Ortopedia, devido ao elevado número de doentes, a Neurocirurgia, pelo tempo médio apresentado pelos doentes acima do TMRG, e a Oftalmologia, pela quantidade de doentes na prioridade 3 que deveriam ser operados num espaço máximo de 15 dias. A nível regional, a região LVT apresenta o maior número de doentes em LIC fora do tempo máximo de resposta, representando 52% da procura, seguida da região norte com 19% e da região centro com 15%.

Paralelamente, tem-se a intenção de extinguir o atual modelo de SIGIC. Propõe-se, nesse sentido, um diagnóstico integral do sistema atual, cujo principal objetivo é reavaliar e modificar as regras que, no momento, dificultam a contratualização com o setor social e privado. Adicionalmente, pretende-se realizar uma revisão dos preços pagos por cirurgia, com o objetivo de normalizar os preços praticados.

Para suportar o novo modelo que substituirá o SIGIC, que já se encontra tecnologicamente desatualizado, será necessário o desenvolvimento de um novo sistema de informação que permitirá



operacionalizar as novas regras a definir. Simultaneamente o novo sistema irá integrar com os sistemas clínicos e administrativos das unidades de saúde, permitindo monitorizar, em tempo útil e de forma precisa, informações de produção e qualidade. Irá também ter processos de alarmística no caso de TMRG ultrapassados, bem como ser fonte de informação para um sistema automático de referenciação entre instituições e setores no caso de escassez de recursos para a capacidade instalada.

### **3. População-alvo**

Todos os doentes que estejam em lista de espera para cirurgia que tenham ultrapassado o TMRG.

## 4. Cronograma de Atividades

**Medida 1:** Resolução das listas de espera cirúrgicas fora do tempo máximo de resposta

	Atividade:	Responsável:	Entidades participantes:
Fase 1	Identificação & priorização do número de doentes inscritos em LIC acima do TMRG		
1.1	Levantamento da lista de doentes em LIC acima do TMRG	ACSS	-
1.2	Segmentação e caracterização dos diferentes procedimentos cirúrgicos por região	Grupo de Trabalho PES	-
1.3	Priorização das cirurgias considerando os seguintes critérios: prioridade, diagnóstico e procedimentos, gravidade da patologia, maior tempo de espera e/ou maior número de doentes fora TMGR.	Grupo de Trabalho PES	-
1.4	Definição de grupos de doentes em função da priorização realizada no ponto 1.3	Grupo de Trabalho PES	-

Após uma avaliação criteriosa das Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC), decidiu-se implementar um plano estruturado em três etapas:

**Passo 1:** Para os doentes de prioridade 4 e 3, será emitida um ofício para realizar as cirurgias num prazo de dois meses. Este grupo inclui 219 doentes de prioridade 4 e 803 de prioridade 3. As especialidades com maior número de doentes são Ortopedia e Urologia.

**Passo 2:** Para os doentes de prioridade 2, será emitida um ofício para realizar as cirurgias destes doentes num prazo de 4 meses. Este grupo inclui 9.496 doentes. As especialidades com maior número de doentes são Ortopedia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Geral.

1.5 **Passo 3:** Para os doentes classificados com prioridade 1, cujo total é de 63.945, será encorajada a celebração de contratos públicos, em conformidade com a legislação em vigor. Esta contratualização possibilitará a negociação baseada no volume de doentes, levando em consideração os Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) que o setor Social e Privado geralmente concorda em contratualizar. Cabe aos Conselhos de Administração de cada hospital negociar GDH mais atrativos com outros menos atrativos.

Como forma de aumentar a produção adicional, será emitida uma portaria para aumentar a majoração dada atualmente em SIGIC do valor atual de 55% para 70%. As especialidades com o maior número de pacientes são Cirurgia Geral, Plástica e Reconstructiva, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Ortopedia.

1.6	Validar enquadramento legal para retirar doentes da LIC	Grupo de Trabalho PES	-
1.7	Nomeação de uma equipa responsável da Direção Executiva pela gestão da LIC	Grupo de Trabalho PES	Direção Executiva
<b>Passo 1 Doentes com prioridade 4 &amp; 3</b>			
<b>1. Oficialização da Medida</b>			
1.1	Redação e envio do ofício para resolução imediata dos doentes de prioridade 4 & 3	Grupo de Trabalho PES	Grupo de Trabalho PES
1.2	<p>Limpeza administrativa dos doentes que:</p> <p>a) <i>Já tenham sido operados ou estejam incorretamente inseridos na lista, serão removidos;</i></p> <p>b) <i>Tenha sido atribuída o nível de prioridade errada, estes devem ser corrigidos para a prioridade correta;</i></p> <p>Tratar de doentes que:</p> <p>a) <i>Estejam por operar, que se proceda ao agendamento imediato destes mesmo doentes;</i></p> <p>b) <i>Estejam por operar que não apresentem condições clínicas neste momento nem nos próximos 15 dias, que sejam retirados da lista e reavaliados</i></p>	Hospitais Públicos	Grupo de Trabalho PES
1.3	Envio de <i>feedback</i> relativo à lista apresentada às diferentes ULS	Hospitais Públicos	Grupo de Trabalho PES
<b>2. Percurso do doente</b>			
<b>2.1 Agendamento dos doentes</b>			
2.1.1	Os doentes considerados 4 & 3 serão contactados para serem operados pelos diferentes serviços para proceder ao agendamento do doente	Hospitais Públicos	Grupo de Trabalho PES



2.1.2	[Doente não aceita ser operado]: Marcar uma consulta para reavaliação do estado clínico do doente no espaço de máximo de 15 dias, compreender a razão e retirar o doente da lista atual após assinatura de consentimento informado	Hospitais Públicos	ULGA
2.1.3	[Doente aceita ser operado]: O doente operado é retirado da lista, seguindo o acompanhamento necessário	Hospitais Públicos	ULGA
2.1.4	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas neste momento nem nos próximos 15 dias é retirado da lista e reavaliado	Hospitais Públicos	ULGA
2.1.5	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). Deve proceder-se ao reagendamento imediato do doente, no prazo de 30 dias	Hospitais Públicos	ULGA
<b>2.2</b>	<b>Monitorização da medida</b>		
2.2.1	Quinzenalmente, a ULGA de cada unidade será responsável por enviar um relatório que contemple os indicadores de sucesso e de insucesso ao responsável do programa da Direção Executiva	ULGA	Direção Executiva
2.2.2	Em caso de necessidade, o responsável poderá implementar medidas adicionais que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde
<b>Passo 2</b>	<b>Doentes com prioridade 2</b>		
<b>1.</b>	<b>Oficialização da Medida</b>		
1.1	Redação e envio do ofício para resolução dos doentes de prioridade 2	Grupo de Trabalho PES	Grupo de Trabalho PES
1.2	Limpeza administrativa dos doentes que: a) <i>Já tenham sido operados ou estejam incorretamente inseridos na lista, serão removidos;</i> b) <i>Tenha sido atribuída o nível de prioridade errada, estes devem ser corrigidos para a prioridade correta;</i>	Ministério da Saúde	Grupo de Trabalho PES

Tratar de doentes que:

- a) *Estejam por operar, que se proceda ao agendamento no espaço de 4 meses destes mesmo doentes;*
- b) *Estejam por operar que não apresentem condições clínicas neste momento nem nos próximos 2 meses, que sejam retirados da lista e reavaliados*

<b>2. Percurso do doente</b>			
<b>2.1 Agendamento dos doentes</b>			
2.1.1	Os doentes considerados prioridade 2 serão contactados para serem operados pelos diferentes serviços para proceder ao agendamento do doente	Hospitais Públicos	Grupo de Trabalho PES
2.1.2	[Doente não aceita ser operado]: Marcar uma consulta no prazo máximo de 20 dias para reavaliação do estado clínico do doente, compreender a razão e retirar o doente da lista atual após assinatura de consentimento informado	Hospitais Públicos	ULGA
2.1.3	[Doente aceita ser operado]: O doente operado é retirado da lista, seguindo o acompanhamento necessário	Hospitais Públicos	ULGA
2.1.4	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas neste momento nem nos próximos 15 dias é retirado da lista e reavaliado	Hospitais Públicos	ULGA
2.1.5	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). Deve proceder-se ao reagendamento imediato do doente	Hospitais Públicos	ULGA
<b>2.2 Monitorização da medida</b>			
2.2.1	Quinzenalmente, a ULGA de cada unidade será responsável por enviar um relatório que contemple os indicadores de sucesso e de insucesso ao responsável do programa da Direção Executiva	ULGA	Direção Executiva



2.2.2	Em caso de necessidade, o responsável poderá implementar medidas adicionais que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde
<b>Passo 3 Doentes com prioridade 1</b>			
<b>1. Oficialização da Medida</b>			
	Redação e envio do ofício para resolução dos doentes de prioridade 1. Neste deverá conter os seguintes pontos:		
1.1	<i>a) Proceder à limpeza das LICs tal como realizado para doentes de prioridade 4, 3 e 2</i> <i>b) Garantir a maximização dos tempos de bloco operatório</i> <i>c) Explicação da contratualização excluída com os setores sociais e privados</i> <i>d) Medidas de monitorização do plano por forma a garantir o sucesso da medida</i>	Grupo de Trabalho PES	-
1.2	Redação de uma portaria para majoração das cirurgias a 70%	ACSS	Grupo de Trabalho PES
1.3	Revisão e publicação da nova portaria em Diário da República	ACSS	Grupo de Trabalho PES
<b>2. Avaliação das listas de espera de prioridade 1</b>			
2.1.1	Limpeza administrativa da lista de espera por parte dos serviços dos hospitais	Serviços de cada hospital	ULGA
2.1.2	ULGA fará o levantamento dos códigos de GDH tradicionalmente aceites pelo sector social e sector privado para operar considerando também os incrementos feitos pelo SINACC	ULGA	Conselho de administração
2.1.3	Seleção dos doentes que serão operados pelo sector social/ privado e dos que serão operados pelo sector público	Hospitais Públicos	ULGA
<b>3. Percurso do doente</b>			

<b>3.1 Negociação com o sector social e privado</b>			
3.1.1	Priorização das cirurgias a enviar para o privado	Conselho de administração dos hospitais	-
3.1.2	Envio do plano negocial com privado para o Grupo de Trabalho PES: número de doentes a enviar por especialidade e GDH	Conselho de administração dos hospitais	Grupo de Trabalho PES
3.1.3	Desenho do contrato a realizar entre o hospital público e o sector social e privado	Conselho de administração dos hospitais	-
3.1.4	Negociação com o sector social e privado	Hospitais Público	Entidades Sociais Hospital Privado
3.1.5	Envio dos doentes	Hospitais Público	-
<b>3.2 Percurso do doente - Hospital público da área de residência, quando há capacidade de resposta</b>			
3.2.1	Hospital contacta o doente para agendamento da cirurgia	Hospitais públicos	
3.2.2	[Doente não aceita ser operado]: Marcar uma consulta no prazo máximo de 30 dias para reavaliação do estado clínico do doente, compreender a razão e retirar o doente da lista atual após assinatura de consentimento informado	Hospitais públicos	-
3.2.3	[Doente aceita ser operado]: O doente operado é retirado da lista, seguindo o acompanhamento tradicional	Hospitais públicos	-
3.2.4	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas neste momento nem nos próximos 15 dias é retirado da lista e reavaliado	Hospitais públicos	-
3.2.5	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). Deve proceder-se ao reagendamento imediato do doente	Hospitais públicos	-
<b>3.4 Percurso do doente - Hospital privado / sector social</b>			

3.4.1	A ULGA atribui uma vaga ao doente no sector social / privado de acordo com os contratos celebrados	ULGA	-
3.4.2	A ULGA avisa o SNS24 para contactar o doente	ULGA	-
3.4.3	O doente é contacto pelo SNS 24 (seguindo o processo tradicional que consiste no envio de um SMS de alerta, seguido de 3 tentativas de contacto)	SNS24	-
3.4.4	[Doente não aceita ser operado]: O doente regressa para a lista de espera do hospital de origem, sendo certo que, o hospital de origem é responsável por reagendar uma consulta no prazo de 30 dias para compreender as razões e equacionar retirar o doente da lista, após assinatura de consentimento informado. O SNS24 deverá recolher a lista de doentes que não aceitem ser operados para enviar à ULGA do hospital	Hospital Público da área de residência	ULGA e SNS24
3.4.5	[Doente aceita ser operado]: O SNS24 entra em contacto com a ULGA para cativar a vaga	SNS24	-
3.4.6	A ULGA cativa a vaga no sector privado	ULGA	-
3.4.7	[Doente aceita ser operado]: SPMS envia o processo eletrónico do doente ao hospital público que vai operar o doente	SPMS	-
3.4.3	[Doente aceita ser operado]: Doente inicia a avaliação pré-operatória no hospital que o irá operar	Hospitais Social /Privados	-
3.4.9	[Doente aceita ser operado]: O doente é operado sendo retirado da lista de espera	Hospitais Social /Privados	Hospital Público
3.4.10	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado por falta de condições clínicas retorna ao seu hospital de origem para reavaliação do seu caso clínico. Caso se comprove a falta de condições de saúde o doente sair da LIC até prova em contrário	Hospitais Social /Privados	-
3.4.11	[Doente aceita ser operado]: O doente não é operado devido a um contratempo (ex.: adoeceu, comeu, encontra-se fora do país). O hospital responsável pela operação deve proceder ao reagendamento imediato do doente	Hospitais Social /Privados	-

3.4.12	[Doente aceita ser operado]: Em caso de complicações pós-operatórias seguir-se-á as orientações do SINACC	Hospitais Social /Privados	-
3.4.13	Após alta cirúrgica, o doente retorna ao hospital de origem para retomar o acompanhamento da patologia	Hospitais Público	-
<b>Passo 4 Publicação de Resultados</b>			
<b>4.1 Resultados por ULS/ Hospital</b>			
4.1.1	Mensalmente, a ULGA de cada unidade será responsável por enviar um relatório que contemple os indicadores de sucesso e de insucesso ao responsável do programa da Direção Executiva	ULGA	Direção Executiva
4.1.2	Em caso de necessidade, o responsável poderá implementar medidas adicionais que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde
<b>4.2 Resultados do programa</b>			
4.2.1	No final da medida, o responsável da medida elaborará um relatório com as principais conclusões do programa	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde

**Medida 2:** Criação do SINACC (Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia)

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1 Diagnóstico atual</b>			
1.1	Nomear uma equipa de especialistas para substituição do programa SIGIC, com nomeação do responsável do SINACC	Grupo de Trabalho PES	-

1.2	Levantamento dos principais problemas do anterior modelo SIGIC que incluem, entre outros: 1. Revisão da tabela do anterior modelo SIGIC dado existir cirurgias pagas por defeito ou por excesso 2. Revisão dos incentivos e majoração a pagar à equipa 3. Revisão das regras de contratualização que dificultam acordos com o sector social e privado	Grupo SINACC	-
<b>Fase 2 Desenho do SINACC</b>			
2.1	Levantamento das propostas de melhoria para o SINACC, que entre outras, incluíram: 1. Valorização 2. Inclusão de critérios de qualidade clínica 3. Segmentação de doentes por carga de doença para priorização 4. Nova codificação de suporte aos hospitais para as alterações dos GDH cirúrgicos e o SINACC 5. Codificação a nível central do SINACC 6. Automatização do processo de referenciação de doentes	Grupo SINACC	-
2.2	Discussão da proposta para o SINACC com Grupo de Trabalho PES	Grupo de Trabalho PES	-
2.3	Validação / Negociação do novo modelo com as entidades sociais e privadas	Grupo SINACC	-
2.4	Especificação funcional e técnica da plataforma tecnológica de suporte ao SINACC	Grupo SINACC	-
2.5	Desenho da proposta final para o SINACC	Grupo de Trabalho PES	-
<b>Fase 3 Aprovação e operacionalização do programa SINACC</b>			
3.1	Elaboração da nova portaria	ACSS	-
3.2	Validação, assinatura da nova portaria	Ministério da Saúde	-
3.3	Publicação da nova portaria em diário da república	Ministério da Saúde	-

3.4	Desenvolvimento da plataforma tecnológica de suporte ao SINACC	SPMS	-
-----	--	------	---

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

**Medida 1:** Resolução das listas de espera cirúrgicas fora do tempo máximo de resposta

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
<b>1. Indicadores Major de monitorização do programa</b>			
1.1	Percentagem de doentes em LIC fora do tempo máximo de resposta garantido no final do programa	10% da LIC, sendo certo que todos os doentes que ultrapassem o TMRG devem ser de prioridade 1	ACSS/DE
1.2	Percentagem de complicações operatórias	Inferior a 10%	ULGA
1.3	Satisfação do doente	-	<i>A definir</i>
<b>2. Indicadores mensais de monitorização do programa</b>			
2.1	Número de doentes operados por entidade e patologia	-	SPMS
2.2	Número de doentes que não foram operados com detalhe da razão (devido recusa ou falta de condições clínicas)	-	ULGA
2.3	Tempo desde o agendamento até à primeira consulta	-	ULGA
2.4	Tempo desde o agendamento até à realização das cirurgias	-	ULGA
2.5	Número de complicações sendo os critérios de Clavien-Dindo	-	ULGA
2.6	Taxa de Mortalidade até 30 dias pós-procedimento	-	ULGA
2.7	Número de enfartes e pneumonias até 30 dias pós procedimento	-	
2.8	Taxa de Reinternamento até 30 dias pós-procedimento	-	ULGA
2.9	Questionário de satisfação dos doentes	-	<i>A definir</i>





## Medida B.2 | Nova prioridade clínica para doentes oncológicos

### 1. Objetivos

- Nova regulamentação com mecanismos de monitorização e controlo de forma a assegurar que todos os doentes do fórum oncológico são tratados e operados em tempo útil;
- Revisão dos indicadores oncológicos de forma a garantir a correta priorização dos doentes, e de forma a assegurar as vagas necessárias.

### 2. Conceito

A revisão dos indicadores oncológicos envolve, nomeadamente, a revisão dos códigos de diagnóstico e procedimento. Com esta revisão, pretende-se criar alertas de prioridade adicional para os diferentes departamentos e/ou serviços cirúrgicos, e estabelecer a precedência cirúrgica obrigatória na programação dos agendamentos. Esta medida visa garantir o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e manter a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) controlada.

Este processo será suportado por uma regulamentação própria, assegurando o controlo mensal do cumprimento dos indicadores oncológicos por entidade, garantindo o respeito pela prioridade da patologia oncológica.

As instituições de saúde serão submetidas a auditorias regulares para verificar o cumprimento dos indicadores contratualizados, ao abrigo de um regime sancionatório próprio.

### 3. População-alvo

A população-alvo abrange 100% dos doentes com indicador oncológico positivo.

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Levantamento do processo atual &amp; levantamento de problemas</b>		
1.1	Reunião com peritos para avaliar o processo atual de entrada dos doentes na LIC	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
1.2	Reunião com o responsável das bases de dados para compreender o processo da sua criação e potenciais entraves à sua modificação	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
1.3	Reunião com as equipas responsáveis pelo desenvolvimento informático	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
<b>Fase 2</b>	<b>Modificar o processo para doentes com consulta multidisciplinar</b>		
2.1	Criação, no processo clínico do doente, de um campo adicional para colocação da data(s) reuniões multidisciplinares	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
2.2	Modificação das bases de dados para contemplar esta novo campo no cálculo das LIC	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
<b>Fase 3</b>	<b>Implementar a nova métrica</b>		
3.1	Comunicação aos diferentes serviços das alterações	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
3.2	Início da nova contagem para doentes que tenham consulta multidisciplinar	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

Serão definidos uma série de indicadores para monitorização, de forma a garantir a correta execução da medida. Estes indicadores serão recolhidos mensalmente, de forma sistematizada, permitindo a comparação entre instituições e a tomada de medidas para mitigar potenciais problemas identificados.

Os indicadores de desempenho esperados para esta medida incluem:

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
<b>1.</b>	<b>Indicadores Major</b>		
1.1	Percentagem de doentes com indicador oncológico positivo que estão abrangidos	<i>A definir</i>	ULGA
1.2	Percentagem de doentes com TMRG para Consulta da Especialidade após referenciação de patologia maligna	<i>A definir</i>	ULGA
1.3	Percentagem de doentes com necessidade de Decisão Terapêutica em tempo útil nos casos/patologias indicados segundo os fluxogramas institucionais atualizados	<i>A definir</i>	ULGA
1.4	Percentagem de doentes com indicador oncológico positivo operados dentro dos TMRG por unidade	<i>A definir</i>	ULGA
<b>2.</b>	<b>Indicadores de follow-up</b>		
2.1	Tempo médio desde referenciação até consulta com a especialista	<i>A definir</i>	ULGA
2.2	Tempo médio para a realização de MCDT	<i>A definir</i>	ULGA
2.3	Tempo médio desde decisão cirúrgica em consulta multidisciplinar até à realização da cirurgia oncológica	<i>A definir</i>	ULGA

Estes indicadores serão recolhidos em três momentos:

- a) Mensal: Reporte pelos Diretores Clínicos de todas as Unidades de Saúde à Direção Executiva do SNS e à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) dos TMRG para Consulta da Especialidade após referenciação de patologia maligna e obrigatoriedade da Decisão Terapêutica em tempo útil nos casos/patologias indicados com fluxogramas institucionais atualizados;

- 
- b) Trimestral: Mapa comparativo regional e nacional por Unidades Locais de Saúde (ULS), Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), Hospitais Universitários e unidades de saúde privadas/sociais de tempos médios de consulta, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e cirurgia das especialidades oncológicas;
  - c) Semestral: Reporte institucional dos indicadores de desempenho e resultado clínico de cada Unidade de Saúde em relação à doença oncológica cirúrgica para a Direção Executiva do SNS ou ACSS.

## Medida B.3 | Reforço do acesso à consulta especializada

### 1. Objetivos

Redução das Lista de Espera para Consulta Especializada, com especial foco em doentes com os TMRG ultrapassados.

### 2. Conceito

Em Portugal, as listas de espera para consulta constituem um indicador fundamental do sistema de saúde, representando o número de doentes que aguardam por uma consulta médica de especialidade hospitalar num determinado intervalo de tempo. A administração destas listas é realizada com base na prioridade clínica dos doentes, confirmada pelo médico triador do Hospital, e no Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG). A gestão eficiente destas listas é essencial para garantir que todos os doentes recebam o atendimento necessário de forma oportuna e eficaz.

De acordo com a listagem mais recente, datada de abril de 2024, existem em Portugal 891.022 doentes em lista de espera para consulta, dos quais 454.528 (aproximadamente 51%) já ultrapassaram o TMRG. Focando apenas nos doentes que ultrapassaram o TMRG, verificamos que as especialidades mais carenciadas a nível nacional são a Oftalmologia, que contabiliza 93.728 doentes, seguida da Ortopedia (57.203) e Dermatologia (38.730). Ao analisarmos regionalmente os doentes que já ultrapassaram os TMRG, verificamos que a região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e da região Norte contabilizam o maior número de consultas por realizar e o Alentejo e a Região LVT são as zonas com maiores dificuldades na resposta, contabilizando um tempo médio para consulta de 260 e 143 dias, respetivamente.

Considerando os níveis de prioridade atribuídos, existem cerca de 10.865 doentes classificados como muito prioritários que já ultrapassaram os 30 dias preconizados por lei. Já os doentes classificados como prioritários são cerca de 33.792, e os classificados como prioridade normal são 398.089. No que concerne aos doentes muito prioritários, a grande maioria são das especialidades de Oftalmologia, Obstetrícia, Dermatologia, Ortopedia e Cirurgia Geral, sendo a região de LVT a mais afetada em número de doentes e a região do Alentejo aquela com um maior tempo médio de resposta (155 dias). No que respeita aos doentes prioritários, a tendência a nível da especialidade mantém-se, excetuando a entrada no top 5 da Urologia e da Ginecologia ao invés da Cirurgia Geral e Obstetrícia. Uma vez mais, a região de LVT apresenta uma maior quantidade de doentes em lista de espera, ao passo que as regiões que apresentam um maior tempo de resposta média são o Alentejo e o Algarve. Por fim, considerando os doentes de prioridade normal, a especialidade mais carenciada é a Oftalmologia, seguida da Ortopedia, Otorrinolaringologia, Dermatologia e Ginecologia. A nível regional, a região Norte apresenta o maior número de doentes, ao passo que a zona do Algarve e do Alentejo apresentam mais tempo a dar resposta às consultas solicitadas.

Nesse sentido, foi criado um programa de resposta a estas listas de espera que contempla:



- Aumentar a percentagem de primeiras consultas por cada agenda de consultas, estimulando as altas dos doentes que não necessitem de acompanhamento hospitalar, pelo menos na mesma proporção da procura não respondida, libertando assim vagas para primeiras consultas;
- Redirecionamento dos doentes para especialidade relacionadas, caso seja clinicamente possível e haja disponibilidade;
- Utilizar o setor social e privado como uma força motriz complementar para dar resposta à Lista de Espera para Consulta (LEC), através da celebração de contratos de acordo com legislação vigente;
- Reavaliação da necessidade de consulta para doentes de prioridade “normal” assim que ultrapassado o TMRG, por parte dos Cuidados de Saúde Primários.

### **3. População-alvo**

Todos os doentes que estejam em lista de espera para consulta que tenham ultrapassado o TMRG.

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Identificação das necessidades</b>		
1.1	Levantamento da lista de doentes em LEC acima do TMRG		ACSS
1.2	Segmentação e caracterização dos diferentes pedidos de consulta de especialidade por região		Grupo de Trabalho PES
1.3	Priorização das consultas considerando os seguintes critérios: prioridade, especialidade e maior tempo de espera e/ou maior número de doentes fora TMGR.		Grupo de Trabalho PES
1.4	<p>Após uma avaliação criteriosa das Listas de Espera para Consulta (LECs), e reconhecendo a magnitude da lista atual que regista 454.528 consultas de especialidade que excedem o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), foi elaborado um plano estratégico em cinco fases com uma forte participação do setor privado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redação de uma diretriz com o objetivo de aumentar a proporção de primeiras consultas CTH em relação às consultas subsequentes para pelo menos 33%, de acordo com as necessidades de cada especialidade.</li> <li>2. Redirecionamento de doentes para especialidades relacionadas, caso seja clinicamente possível e haja disponibilidade;</li> <li>3. Doentes de Prioridade “normal” que ultrapassem o TMRG deverão ser reavaliados nos cuidados de saúde primários para validar a necessidade da consulta;</li> <li>4. Majoração do valor da consulta de CTH acima do TMRG para 75% e pacote de subsequentes a 55%</li> <li>5. Contratualização com o setor social e privado de pacotes de consultas que englobe primeiras consultas, subsequentes e MCDT genéricos e baratos</li> </ol>		
1.5	[Validar]: Validação do interesse do setor social e privado privados relativos ao desenho do pacote criado, assim como os valores associados (ponto 3 do ponto 1.5)		Grupo de Trabalho PES Hospitais Privados
1.6	[Validar]: Revisão e validação do enquadramento legal do ponto 2.		Grupo de Trabalho PES

Fase 2 Análise cuidadosa das LECs de cada hospital			
	Cada serviço com o apoio da ULGA, fará uma análise cuidadosa da LEC do serviço de forma a:		
2.1	1. Priorizar os doentes com maior necessidade de consulta 2. Identificar doentes que possam ser vistos por outras especialidades que apresentem capacidade	Diretores de Serviço	ULGA
Fase 3 Aumentar a percentagem de primeiras consultas CTH nas agendas de consultas			
3.1	Identificação dos doentes atuais que podem ser acompanhados pelos Cuidados de Saúde Primários	Hospitais Públicos	
3.1.1	[Doentes com médico de família]: os doentes que tenham médico de família atribuído e que não necessitem de acompanhamento hospitalar devem ser reencaminhados para o seu centro de saúde. O reencaminhamento deverá ser acompanhado com uma nota de alta que garanta as diretrizes para o acompanhamento do doente (ex.: necessidade de exames e recorrência, sinais e sintomas de potencial agudização da patologia etc.)	Hospitais Públicos	Cuidados de Saúde Primários
3.1.1.1	[Em caso de agudização da patologia]: Criar um canal que facilite o contacto entre o hospital e os cuidados de saúde primários que garanta a marcação de consulta nos 7 dias seguintes ao início dos sintomas	Cuidados de Saúde Primários	Hospitais Públicos
3.1.2	[Doentes sem médicos de família]: Manutenção dos doentes em consulta, equacionando a utilização de consultas de Enfermagem para o seguimento destes doentes até que seja feita a atribuição de um médico de família;	Hospitais Públicos	
3.1.3	[Vagas disponíveis]: Ocupação das vagas libertas com novos doentes segundo os critérios de priorização elaborados no ponto 2.1	Hospitais Públicos	



3.2	[Monitorização]: Redução da percentagem de consultas subsequentes em 10% - Resultado em 3 meses	ULGA	Grupo de Trabalho PES
<b>Fase 4 Redirecionamento de doentes entre especialidades</b>			
4.1	[Para patologias que possam ser vistas por mais do que uma especialidade]: Caso haja excesso de capacidade numa especialidade, validar a possibilidade de dar suporte a uma especialidade que não consiga dar resposta	Hospitais Públicos	
4.2	[Caso haja sinergia]: Passar os doentes que estão em lista de espera para outra especialidade para iniciarem o seu acompanhamento	Hospitais Públicos	
<b>Fase 5 Reavaliação de doentes de prioridade normal</b>			
5.1	[Para doentes priorizados como normais]: Caso seja ultrapassado o TMRG, será emitido um alerta para que o médico de família reavalie o doente de forma a compreender se a necessidade de consulta se mantém. Este acompanhamento será feito através de um telefonema, ou em caso de necessidade através da marcação de uma consulta	Centros de saúde	
5.2	[Caso se mantenha]: Manter o doente na lista	Centros de saúde	
5.3	[Caso não se mantenha]: Retirar o doente da lista	Centros de saúde	
<b>Fase 6 Majoração do valor da consulta de CHT acima do TMRG</b>			
6.1	Definição do modelo de incentivo aos profissionais de saúde até 31 de dezembro 2024: modelo de majoração da primeira consulta	Grupo de Trabalho PES	



---

6.2	Elaboração da portaria com a definição do modelo de contratualização com o sector público	ACSS	
6.3	Validação e publicação da portaria com a definição do modelo de contratualização com o sector público	Ministério da Saúde	
6.4	Após a aplicação de todas as medidas acima descritas, o hospital fará uma estimativa do número de consultas por especialidade acima do TMRG para as quais não conseguem responder, de forma a ter uma estimativa das necessidades a contratualizar com o sector social e privado	Hospital Público	
<b>Fase 7 Contratualização com o Sector Social e Privado</b>			
7.1	Priorização das especialidades a enviar para o privado	Conselho de administração dos hospitais	
7.2	Listagem dos MCDT pedidos mais comuns por especialidade	Conselho de administração dos hospitais	Grupo de Trabalho PES
7.3	Envio do plano negocial com privado para a Grupo de Trabalho PES: número de doentes a enviar por especialidade	Conselho de administração dos hospitais	Grupo de Trabalho PES

---

A contratação por parte do hospital deverá garantir:

1. O pagamento de uma primeira consulta a um valor mais alto, e das subsequentes mais baixo
2. MCDT estarão incluídos no valor compreensivo pago. Para tal há que garantir a inclusão de MCDT habituais para diagnóstico e excluir MCDT onerosos para garantir a atratividade do sector social e privado
3. Regras de monitorização para garantir que não há um excesso de altas por parte dos hospitais privados/social
4. Em caso de alta, garantir envio da nota de alta de forma a garantir o correto acompanhamento dos doentes nos cuidados de saúde primários
5. Em caso de agudização da doença, o doente deverá voltar ao hospital privado/social, para retomar a seu acompanhamento
6. Em caso de necessidade de proposta cirúrgica, o doente deverá ingressar na LIC nacional, não podendo fazer bypass aos doentes do SNS
7. Doentes que tenham apenas a 1ª consulta deverão ser auditados para garantir o correto acompanhamento dos doentes
8. Caso haja necessidade de um MCDT não contemplado no acordo, deverá existir uma autorização prévia por parte da ULS (emissão de termos de referência dentro dos contratos existentes na ULS)

7.4

Conselho de  
administração dos  
hospitais

7.5	Negociação com o privado	Hospitais Público	Hospital Privado/social
7.6	Envio dos doentes	Hospital Privado/social	

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
<b>1.</b>	<b>Aumentar a percentagem de primeiras consultas vs. consultas subsequentes de 25% para 33%</b>		
1.1	Número de altas para os cuidados de saúde primários	<i>A definir</i>	ULGA
1.2	Percentagem de consultas subsequentes	Inferior a 66%	ULGA
1.3	Percentagem de agudizações por doentes que receberam alta	Inferior a 10%	ULGA
1.4	Satisfação do doente	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
<b>2.</b>	<b>Pacote sector Privado &amp; Social</b>		
2.1	Percentagem de doentes enviados para o sector privado e social		ULGA
2.2	Proporção de 1ª consultas versus consultas subsequentes	Aproximadamente 1:2	ULGA
2.3	Indicadores relativos à execução dos MCDT realizados [ <i>A definir à especialidade</i> ]	<i>A definir</i>	ULGA
2.4	Percentagem de consultas subsequentes para os doentes enviados	Superior a 50%	ULGA
2.5	Percentagem de altas para os cuidados de saúde primários	<i>A definir</i>	ULGA
2.6	Percentagem de agudizações para doentes que receberam alta	Inferior a 10%	ULGA
2.7	Satisfação do doente	<i>A definir</i>	<i>A definir</i>
<b>3.</b>	<b>Indicadores gerais do programa</b>		
3.1	Valor de LEC a 31 de dezembro 2024	Inferior a 5%, sendo que esses doentes são de prioridade normal	ULGA



## C. Medidas Estruturantes

### Medida C.1 | Monitorização à distância do doente crónico

#### 1. Introdução

Com o advento da tecnologia digital e a sua crescente aplicação na área da saúde, pretende-se a implementar um programa de monitorização à distância para doentes crónicos, utilizando não só a tecnologia de teleconsulta, mas também pela disponibilização de produtos (*devices*) e serviços.

#### 2. Objetivo

O objetivo primordial deste programa é assegurar o acompanhamento adequado de doentes com patologias crónicas que, quando devidamente controlados, não necessitam de se deslocar ao hospital. O programa tem duas vertentes principais:

1. Acompanhamento de Doentes com Patologias Raras: Esta vertente foca-se em garantir o correto acompanhamento de doentes com patologias consideradas raras. Estes doentes poderão se acompanhados em centros de excelência com elevada experiência, evitando grandes deslocamentos constantemente ou serem tratados noutros hospitais com menor experiência. Isto não só é mais vantajoso para os doentes, como também pode resultar em melhores resultados de saúde, uma vez que permite um acompanhamento mais regular e consistente.
2. Acompanhamento de Doentes Crónicos: Esta vertente foca-se no acompanhamento de doentes crónicos com patologias que não necessitam de acompanhamento regular em meio hospitalar. Exemplos incluem doentes com uma ou várias doenças metabólicas ou DPOC. Desta forma, os doentes têm a possibilidade de receber cuidados de saúde sem necessidade de deslocação garantido assim melhores resultados de saúde.

#### 3. Implementação do Programa (não exaustivo)

Reconhecendo que parte destes doentes poderão ser doentes de idade avançada com potenciais limitações tecnológicas, serão montadas equipas comunitárias geridas pelas câmaras municipais ou juntas de freguesias. Estas equipas acompanharão o doente e realizarão os exames simples necessários antes da consulta. Os resultados destes exames serão partilhados com o profissional de saúde que acompanha o doente. Em caso de necessidade e de concordância, o gestor destes doentes poderá estar presente na consulta. Paralelamente, é crucial assegurar a existência das condições necessárias nos hospitais públicos, com salas dedicadas ao acompanhamento de doentes remotamente.

#### 4. Desafios e Soluções Potenciais (não exaustivo)

Um dos principais desafios será garantir que todos os doentes, independentemente da sua idade ou conhecimento tecnológico, possam beneficiar deste programa. Para superar este desafio, o programa incluirá formação e apoio para os doentes e as suas famílias, bem como para os profissionais de saúde



envolvidos. Além disso, serão exploradas parcerias com organizações locais para fornecer apoio adicional quando necessário.

Em resumo, este programa representa uma oportunidade significativa para melhorar o cuidado e a qualidade de vida dos doentes crónicos, reduzindo ao mesmo tempo a pressão sobre os hospitais e outros serviços de saúde. Com o planeamento e implementação adequados, este programa tem o potencial de transformar o cuidado de doentes crónicos em Portugal.

## Medida C.2 | Revisão de protocolos para consulta de especialidade nos Cuidados de Saúde Primários

### 1. Introdução

Os atuais protocolos de referência entre os centros de saúde e os hospitais desempenham um papel crucial na garantia de um atendimento eficaz e eficiente aos doentes. Estes protocolos estabelecem as diretrizes para a transferência de doentes entre diferentes níveis de cuidados, assegurando que os doentes recebam o tratamento adequado no local certo e no momento certo.

### 2. Objetivo

Considerando a nova organização dos cuidados de saúde em Portugal resultando numa maior aproximação dos cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares, pretende-se proceder a uma revisão destes mesmos protocolos.

As revisões destes protocolos têm dois grandes objetivos; por um lado, garantir uma melhor triagem dos doentes antes de serem referenciados para os hospitais centrais. Esta medida permitirá uma utilização mais eficiente dos recursos hospitalares e reduzirá a pressão sobre os serviços de especialidade. Por outro, pretende-se garantir que, quando os doentes são enviados para a consulta de especialidade, já vão acompanhados com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) mais usuais utilizados pela especialidade. Isto permitirá que os especialistas tenham acesso a um conjunto de informações iniciais cruciais para fazer um primeiro diagnóstico e, potencialmente, iniciar o tratamento o mais rapidamente possível.

### 3. Implementação do Programa (não exaustivo)

1. Identificação das Especialidades com Maior Lista de Espera: Levantamento detalhado para identificar as especialidades que apresentam as maiores listas de espera para consultas.
2. Criação de Programas Piloto: Com base nas especialidades identificadas, desenvolver programas piloto específicos para cada uma delas. Estes programas terão como objetivo principal criar o protocolo de referência entre o CSP e os Hospitais.



3. **Avaliação e Expansão:** Por fim, após a implementação dos programas piloto, realizar uma avaliação detalhada dos resultados. Com base nesta avaliação, fazer os ajustes necessários e expandir os programas para outras especialidades.

## Medida C.3 | Alargamento da Hospitalização Domiciliária

### 1. Introdução

A Hospitalização Domiciliária (HD) é uma modalidade de assistência hospitalar que tem vindo a ganhar relevância no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal. Esta modalidade de assistência permite que os doentes recebam cuidados de saúde de nível hospitalar nas suas próprias casas, proporcionando um ambiente mais confortável e familiar para a recuperação.

### 2. Objetivos

O principal objetivo é o alargamento da hospitalização domiciliária em Portugal, com especial foco nos doentes pós-operatórios. Este alargamento visa garantir o correto acompanhamento dos doentes que tenham condições clínicas e de suporte familiar adequadas para o acompanhamento domiciliário. Através deste modelo de cuidados, pretende-se melhorar a qualidade de vida dos doentes, reduzir o tempo de internamento hospitalar e otimizar a utilização dos recursos hospitalares. Além disso, a hospitalização domiciliária pode contribuir para a redução do risco de infeções hospitalares e promover a autonomia do doente no seu processo de recuperação.

## Medida C.4 | Revisão dos protocolos para inclusão de doente em Lista de Inscritos para Cirurgia

### 1. Introdução

Os atuais protocolos para a inclusão de doentes na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) em Portugal são baseados numa série de critérios clínicos e administrativos. Estes protocolos visam garantir que os doentes que necessitam de cirurgia sejam devidamente registados e priorizados com base na urgência e na gravidade da sua condição.

### 2. Objetivos

Com a implementação desta medida, pretende-se rever os protocolos atuais de inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), com o objetivo de esgotar todas as possibilidades de tratamentos antes de se proceder à inclusão de um paciente na referida lista. Esta estratégia implica uma avaliação regular do estado de saúde do doente e a consideração de todas as opções de tratamento disponíveis, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas, antes de se tomar a decisão pela intervenção cirúrgica.



Deste modo, assegura-se que o doente que necessite de uma cirurgia explore todas as possibilidades de tratamento e só seja incluído na LIC quando todas as alternativas tenham sido esgotadas. Prevê-se, assim, que a LIC seja tendencialmente reduzida, evitando que os doentes permaneçam desacompanhados enquanto aguardam pela cirurgia. Estes protocolos deverão ser revistos pelas ULS para todas as cirurgias para as quais se possam considerar alternativas não farmacológicas e farmacológicas. Esta abordagem visa garantir uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde e um melhor acompanhamento dos pacientes.

## Medida C.5 | Monitorização de acompanhamento à atividade adicional

### 1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde, tal como está implementado, enfrenta desafios constantes para garantir um atendimento ágil e equitativo aos doentes. De forma a assegurar que os tempos máximos de resposta são cumpridos, será criada uma nova regulamentação que visa monitorizar, fiscalizar e penalizar as instituições de saúde que não atendam aos objetivos e compromissos propostos.

### 2. Objetivos

O objetivo principal desta medida é garantir que os tempos máximos de resposta são cumpridos, e que a prestação de serviços de saúde é feita de uma forma eficaz, eficiente e de qualidade.

Os principais atributos deste regulamento passam por:

1. Monitorização contínua: Será identificada uma entidade responsável por monitorizar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida em todas as instituições de saúde. Essa entidade avaliará regularmente os indicadores de desempenho, como o tempo de espera para consultas, exames e cirurgias.
2. Supervisão e fiscalização rigorosa: As instituições de saúde serão submetidas a auditorias regulares para verificar o cumprimento dos prazos. Caso sejam identificadas falhas, serão aplicadas sanções proporcionais à gravidade da infração.
3. Priorização da Patologia Oncológica: Reconhecemos a importância da patologia oncológica e da sua urgência, de acordo com a prioridade clínica respetiva, será dada prioridade a estes doentes de forma que sejam atendidos o mais rápido possível. Reconhecendo a existência de exceções a esta regra, estes casos deverão ser clinicamente justificados de forma que, quando auditados, não comprometam a norma geral apresentada.





## 2. Eixo Estratégico 2 | Bebés e Mães em Segurança

O objetivo primordial deste eixo estratégico passa por assegurar o acesso das utentes grávidas aos cuidados de saúde, garantindo a segurança clínica no contexto da saúde materno-infantil, com vista a:

1. **Otimizar a capacidade da rede de maternidades e o acesso da grávida aos cuidados de saúde:** propõe-se a atribuição de incentivos financeiros, em conjunto com um reforço das convenções com o setor privado, visando aumentar a capacidade para a realização de partos e garantir assim uma resposta mais eficaz às necessidades das futuras mães. Em paralelo, a criação de um regime de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU), com uma consulta aberta de Ginecologia, tem o objetivo de aliviar as urgências de obstetrícia, direcionando os casos de ginecologia para um serviço especializado e mais adequado. Adicionalmente, a revisão da tabela de preços convencionados para Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), com especial enfoque nas ecografias pré-natais, é uma medida que se espera promover um maior acesso a estes exames essenciais durante a gravidez, contribuindo para um acompanhamento pré-natal mais completo e seguro.
2. **Reforçar os mecanismos de comunicação entre a grávida e o SNS:** serão reforçados os mecanismos de comunicação entre a grávida e o SNS, promovendo canais de comunicação direta com a grávida (SNS GRÁVIDA, através da linha SNS 24), permitindo o direcionamento para as unidades de cuidados de saúde com capacidade para providenciar os cuidados de saúde necessários.
3. **Potenciar as valências dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento da grávida e no parto:** propõe-se a atualização dos rácios de pessoal e a reestruturação das equipas nos locais de parto visando otimizar a eficiência e a qualidade do atendimento, otimizando as valências das equipas multidisciplinares. Reconhece-se ainda a importância do papel dos Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) no acompanhamento integral da grávida, garantindo um suporte especializado e contínuo ao longo da gravidez. Por fim, de um ponto de vista mais estruturante, a separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia reflete um esforço para reforçar a especialização dos cuidados e alavancar a experiência acumulada dos profissionais de saúde na respetiva área de especialização.

Este eixo estratégico pretende, desta forma, garantir que todas as grávidas tenham acesso a cuidados de saúde materno-infantil em tempo útil, com a máxima segurança e qualidade, proporcionando assim um ambiente seguro e acolhedor para o nascimento de novas vidas.



## A. Medidas Urgentes

### Medida A.1 | Criação de canal de atendimento direto para a grávida, alavancando na linha SNS 24 (SNS GRÁVIDA)

#### 1. Objetivos

- a) Privilegiar a comunicação direta com a grávida via a criação de linha telefónica diferenciada, para a referenciação urgente, ou para a maternidade acordada com o médico obstetra assistente, ou no âmbito da disponibilidade da rede global de maternidades, privilegiando a comunicação direta com a grávida como medida de maior proximidade junto da utente;
- b) Organizar o circuito da grávida, em particular em situações de urgência, garantindo uma resposta de qualidade e segurança.

#### 2. Conceito

As utentes grávidas requerem um atendimento diferenciado, nomeadamente ao nível de informação relativamente às unidades de saúde preparadas para atender às suas necessidades específicas. Em concreto, é fundamental garantir que as utentes grávidas têm à disposição um canal de comunicação facilmente acessível e com capacidade de resposta para auxiliar no direcionamento para as unidades de saúde de maior proximidade e com capacidade de resposta, independentemente de se encontrarem em trabalho de parto ou requeiram outro tipo de cuidado urgente no âmbito da sua gravidez.

A criação de uma linha de atendimento dedicada para grávidas (SNS GRÁVIDA), alavancada nas valências atuais do SNS 24 e à qual as grávidas poderão recorrer facilmente através do número atual 808 24 24 24, é fundamental para garantir o bem-estar e a segurança das futuras mães e dos seus bebés. Esta linha de atendimento será um recurso valioso para dar resposta a situações de emergência, incluindo casos iminentes de parto (através de reencaminhamento para o INEM), garantindo que as grávidas recebem assistência imediata e adequada à necessidade.

Através desta linha de atendimento, as grávidas terão acesso a profissionais qualificados e capacitados que estarão disponíveis para oferecer orientação personalizada, tranquilizando as gestantes e proporcionando-lhes confiança durante todo o processo de prestação de informação e direcionamento para unidades de saúde com capacidade efetiva de assistência.

A linha de atendimento dedicada, enquanto parte integrante do SNS 24, é um recurso essencial para garantir que todas as utentes grávidas tenham acesso a cuidados de qualidade, independentemente da sua localização. Esta linha desempenhará também um papel crucial na promoção da saúde materna e no bem-estar das futuras mães, garantindo que cada gravidez seja acompanhada com atenção e cuidado, nomeadamente em situações urgentes, desde o início até ao nascimento do bebé.

Nas situações em que a utente grávida se desloque diretamente e pelos próprios meios a uma unidade de urgência que não tenha capacidade de resposta, deverá ser da responsabilidade da entidade a



articulação com o INEM para que a utente seja encaminhada para uma outra unidade com capacidade confirmada, salvaguardando o suporte e acompanhamento necessário no período de espera.

### **3. População-alvo**

Utentes grávidas

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Criar canal de atendimento direto para a grávida, alavancando na linha SNS 24 (SNS GRÁVIDA)</b>		
1.1	Partilhar algoritmos de triagem e matriz de referência de grávidas que estabelecem contacto através da linha SNS 24	SPMS	-
1.2	Rever algoritmos de triagem de grávidas da linha SNS 24	Grupo de Trabalho PES	-
1.3	Formalizar junto da SPMS o pedido de criação da linha SNS Grávida	Ministério da Saúde	Grupo de Trabalho PES; SPMS
1.4	Rever processo do INEM para validação da capacidade do hospital em situação de ativação de emergência hospitalar	INEM	-
1.5	Rever processo do SNS24 para validação da capacidade do hospital em situação de necessidade de referência para a urgência	SPMS	-
1.6	Validar a existência de uma linha de contacto disponível nas ULS em horário de funcionamento da urgência para validação de capacidade pelo INEM	Ministério da Saúde	INEM
1.7	Disponibilizar acesso pelo SNS24 à informação relativa a estrangimentos nos serviços de urgência (atualmente disponível no INEM – CODU)	SPMS	INEM
1.8	Realizar formação aos operadores da linha SNS24 no novo processo	SPMS	-
1.9	Ativar a linha SNS Grávida ( <i>go-live</i> ) e plano de comunicação	SPMS	-
1.10	Dar acesso a dados de georreferenciação a facultar ao INEM na transferência da chamada em situações de emergência hospitalar	SNS24	INEM

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Lançamento da linha de atendimento SNS GRÁVIDA	<i>Go-live</i> na data planeada	SPMS
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	Número de grávidas referenciadas através da linha de atendimento SNS GRÁVIDA	<i>a definir</i>	SPMS
2.2	Taxa de sucesso da “Resposta Nível 1” (de acordo com matriz de resposta às áreas de influência em utilização pela SPMS)	<i>a definir</i>	SPMS
2.3	Grau de satisfação dos utentes com o atendimento prestado na linha de atendimento SNS GRÁVIDA	<i>a definir</i>	SPMS

## 6. Modelo Operacional indicativo

A operacionalização do apoio providenciado pela linha SNS GRÁVIDA (SNS 24) e deverá ser realizada tendo em consideração um conjunto de atividades regulares, por forma a garantir o seu funcionamento contínuo.

Neste sentido, deverão ser assegurados os seguintes processos de carácter recorrente:

	Atividade:	Responsável:	Entidades participantes:
1	Contacto via SOS GRAVIDA (SNS 24)		
1.1	Grávida contacta a linha do SNS24 e prime a tecla "X" (a confirmar) para ativar o serviço "SNS Grávida" - mensagem automática "Ativou a linha de apoio à grávida" (texto indicativo)	SNS24	-
1.2	Caso apresente sintomas, prime a tecla "1" (a confirmar), ativando protocolo de triagem	SNS24	-
1.2.1	SNS24 recolhe os seus dados e confirma que se trata de uma mulher grávida	SNS24	-
1.2.2	SNS24 aplica o protocolo de obstetrícia até obter uma disposição final	SNS24	-
1.2.3	[emergência hospitalar] Transfere a chamada, em contexto, para o INEM >> <i>continua na atividade 2.1</i>	SNS24	INEM
1.2.4	[referenciação para urgência] Verifica o hospital disponível (informação disponível atualmente no SNS24) e valida, mediante acesso a informação relativa a constrangimentos nos serviços de urgência, a disponibilidade para receber a utente, considerando a sua localização	SNS24	ULS
1.2.4.1	Caso a 1ª alternativa não tenha disponibilidade/ capacidade, valida alternativas adicionais do sistema público, considerando a localização da utente	SNS24	ULS



1.2.5	[observação CSP <24h] Referencia para CSP, considerando a localização da utente	SNS24	ULS
1.2.6	[autocuidados] Recomenda autocuidados, de acordo com o protocolo, e procede ao follow-up no período previsto	SNS24	-
1.3	Caso não apresente sintomas, prime a tecla "2" (a confirmar) para pedido de informação	SNS24	-
1.3.1	SNS24 recolhe os seus dados e confirma que se trata de uma mulher grávida	SNS24	-
1.3.2	SNS24 presta os esclarecimentos solicitados pela utente (caso pretenda informações sobre as urgências, procede à verificação da respetiva disponibilidade/ capacidade, conforme previsto na atividade 1.2.4)	SNS24	-

A linha SNS GRÁVIDA (SNS 24) deverá funcionar em simbiose com o suporte da linha do INEM:

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>2</b>	<b>Contacto via INEM</b>		
2.1	INEM recebe, por via de transferência de chamada do SNS24, pedido de ativação de emergência médica	INEM	SNS24
2.1.1	INEM inicia processo de localização, triagem e aconselhamento	INEM	-
2.1.2	Verifica o hospital disponível e valida, mediante acesso a informação disponível no sistema CODU e contacto telefónico direto com a unidade, a capacidade para receber a utente, considerando a sua localização	INEM	ULS; Hospitais Privados
2.1.2.1	Caso a 1ª alternativa não tenha disponibilidade/ capacidade, valida alternativas adicionais do sistema público, recorrendo, como última opção, ao setor privado, considerando a localização da utente >> <i>continua na atividade 3.1</i>	INEM	ULS; Hospitais Privados



---

<i>Nota: sob critérios clínicos, a grávida poderá ter de ser encaminhada para a urgência mais próxima</i>			
2.1.3	INEM envia os meios de socorro para recolha da utente	INEM	-
2.1.4	INEM transporta a utente para a unidade previamente identificada	INEM	ULS; Hospitais Privados
2.2	INEM recebe contacto direto por via do 112	INEM	-
2.2.1	INEM inicia processo de localização, triagem e aconselhamento	INEM	-
2.2.2	Verifica o hospital disponível e valida, mediante acesso a informação disponível no sistema CODU e contacto telefónico direto com a unidade, a capacidade para receber a utente, considerando a sua localização	INEM	ULS; Hospitais Privados
2.2.2.1	Caso a 1ª alternativa não tenha disponibilidade/ capacidade, valida alternativas adicionais do sistema público, recorrendo, como última opção, ao setor privado, considerando a localização da utente >> <i>continua na atividade 3.1</i> <i>Nota: sob critérios clínicos, a grávida poderá ter de ser encaminhada para a urgência mais próxima</i>	INEM	ULS; Hospitais Privados
2.2.3	INEM envia os meios de socorro para recolha da utente	INEM	-
2.2.4	INEM transporta a utente para a unidade previamente identificada	INEM	ULS; Hospitais Privados

---



As grávidas em trabalho de parto que necessitem de referência para um Hospital Privado (caso não exista disponibilidade ou capacidade de resposta pelas unidades públicas) deverão ser reencaminhadas pelo INEM:

<b>3</b>	<b>Referenciação de Partos para setor Privado</b>		
3.1	INEM verifica, em chamada com a utente, o cumprimento dos requisitos previstos no Protocolo - utentes com gravidez >36 semanas, sem patologia grave previamente identificada	INEM	-
3.2	INEM (CODU) contacta telefonicamente o médico responsável pela equipa de obstetria da entidade convencionada	INEM	Hospitais Privados
3.3	Entidade convencionada confirma existência de disponibilidade	Hospitais Privados	INEM
3.4	INEM envia os meios de socorro para recolha da utente	INEM	-
3.5	INEM transporta a utente para a unidade previamente identificada	INEM	Hospitais Privados



## Medida A.2 | Atribuição de incentivos financeiros para aumentar a capacidade de realização de partos

### 1. Objetivos

Rentabilizar a capacidade instalada global do país em locais de parto do Serviço Nacional de Saúde.

### 2. Conceito

A realização de partos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) é fundamental para garantir o acesso universal a cuidados de saúde materna seguros e de qualidade, promovendo a equidade na prestação de cuidados a todas as mulheres, independentemente da sua situação financeira ou localização geográfica. Com esta abordagem abrangente, o SNS desempenha um papel essencial na redução da mortalidade materna e infantil, devendo proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para o parto, com equipamentos e profissionais capacitados e motivados para assegurar suporte multidisciplinar adequado durante o trabalho de parto e o parto em si.

A valorização das equipas de parto multidisciplinares é essencial para garantir a excelência no atendimento às gestantes e recém-nascidos. Estas equipas, compostas por médicos obstetras, enfermeiros, pediatras, anestesistas e outros profissionais de saúde, trabalham em sinergia para proporcionar um cuidado integral e humanizado. Manter estes profissionais motivados é crucial, pois a sua satisfação e bem-estar refletem-se diretamente na disponibilidade e qualidade do serviço prestado. Em 2023, Portugal registou 85.994 nascimentos (fonte: N.º nados-vivos, 2023, INE), tendo sido realizados 66.106 partos no sistema público de saúde em Portugal (fonte: Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares, 2023, SNS Transparência).

De forma a acomodar uma maior parcela de partos no sistema de saúde público, pretende-se com esta medida rentabilizar os locais de parto existentes no SNS, nomeadamente através da revisão dos incentivos concedidos aos profissionais de saúde que compõem as equipas responsáveis por acompanhar o parto e garantir que cada nascimento ocorre em segurança. Propõe-se a reativação, ainda que adaptada, das horas majoradas e a reavaliação da possibilidade de recurso ao regime de prestação de serviços por trabalhador do mapa de pessoal da entidade beneficiária e ainda a conjugação com incentivo por parto, calculado a partir de um valor de produção médio base.

A distribuição do valor de incentivo pela equipa responsável pelo acompanhamento dos partos (obstetras, anestesistas, enfermeiros, auxiliares, neonatologistas, ...) será da responsabilidade da respetiva ULS.

### 3. População-alvo

- Utentes grávidas (em trabalho de parto)
- Profissionais de saúde envolvidos no parto (ex.: obstetras, anestesistas, enfermeiros, neonatologistas, auxiliares, ...)

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Atribuir incentivos financeiros de forma a aumentar a capacidade para a realização de partos</b>		
1.1	Efetuar primeira revisão de incentivos por parto praticados no SNS, considerando uma estimativa de partos a realizar no sistema público	Ministério da Saúde	ACSS
1.2	Comparar custos para realização objetivo de partos 2024 no público vs. status quo (partos no público + partos realizados no privado devido a falta de capacidade no público)	Ministério da Saúde	ACSS
1.3	Fechar proposta final de incentivos por parto e objetivo de número de partos a praticar no SNS, caso necessário, e definir condições associadas	Ministério da Saúde	-
1.4	Estimar custo total da medida	ACSS	-
1.5	Desenvolver e publicar o respetivo diploma legal para a implementação da medida	Ministério da Saúde	ACSS

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Fecho de valor do incentivo	Concluído	ACSS / Ministério da Saúde
1.2	Publicação da legislação	Concluído	ACSS / Ministério da Saúde
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	% de partos realizados pelo sistema público vs. total de partos realizados	>80%	ACSS
2.2	% taxa de cesarianas nos partos realizados no SNS	<30%	ACSS



## Medida A.3 | Reforço de convenções com o setor social e privado

### 1. Objetivo

Aumentar a capacidade instalada para realização de partos em parceria com o setor social e privado, para a garantia de cuidados em tempo útil.

### 2. Conceito

Por forma a garantir a complementaridade na prestação de cuidados deverá ser, sempre que necessário, desenvolvido um protocolo de parceria com o setor social e privado para disponibilizar capacidade adicional para a realização de partos.

O SNS deverá continuar a ser valorizado e desenvolvido, assegurando que os recursos públicos são prioritariamente destinados à melhoria contínua dos serviços prestados, sendo, por isso, crucial que o setor social e privado atue como um complemento ao serviço público, e não como um substituto.

A realização de convenções com os prestadores do setor social e privado torna-se, assim, importante para potencializar o acesso universal e rápido a cuidados de saúde às utentes grávidas que entram em trabalho de parto, sem comprometer a primazia e a qualidade do atendimento público. Através desta colaboração, pretende-se assegurar que todas as gestantes têm acesso a um atendimento de qualidade e em segurança, preservando a integridade e a excelência do SNS como pilar fundamental da saúde em Portugal.

### 3. População-alvo

Utentes grávidas (em trabalho de parto)

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Reforçar convenções com o setor Social e Privado</b>		
1.1	Rever protocolo atual entre Sistema Nacional de Saúde e setor Social e Privado	ACSS	-
1.2	Quantificar capacidade do setor Social e Privado para eventual alargamento do protocolo	APHP / UMP	-
1.3	Estimar custo total da medida	ACSS	-
1.4	Preparar novo protocolo com o setor Social e Privado para alargamento a nível nacional	ACSS	Ministério da Saúde
1.5	Incluir novos prestadores na matriz de referência de utentes grávidas	SPMS	-
1.6	Disponibilizar acesso a plataforma SPMS aos hospitais privados para comunicação da disponibilidade das urgências	SPMS	-
1.7	Desenvolver e publicar o enquadramento legal necessário para a implementação da medida	ACSS	Ministério da Saúde

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Total de partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor Social e Privado	A definir	ACSS / Ministério da Saúde
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	% taxa de cesarianas nos partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor Social e Privado – <u>Partos de Baixo Risco</u>	A definir	Hospitais Privados
2.2	% taxa de cesarianas nos partos realizados ao abrigo do protocolo com o setor Social e Privado – <u>Partos de Alto Risco</u>	A definir	Hospitais Privados



## B. Medidas Prioritárias

### Medida B.1 | Criação de um regime de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência

#### 1. Objetivos

- a) Permitir que os médicos especializados em Obstetrícia possam dedicar a maioria do seu tempo de atividade em urgência a casos clínicos da sua área de especialidade (Obstetrícia), em detrimento de urgências ginecológicas;
- b) Fomentar o acesso dos utentes a consulta dedicada de Ginecologia em regime aberto.

#### 2. Conceito

Atualmente, cerca de 40% das urgências atendidas por médicos especializados em ginecologia-obstetrícia são referentes a casos ginecológicos não urgentes. Existe, por consequência, uma potencial sobrecarga dos serviços de urgência e uma redução da disponibilidade desses profissionais para urgências obstétricas. Para aliviar essa carga, sugere-se a criação de centros de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU), onde utentes com urgências ginecológicas poderão ser atendidas em um regime de consulta aberta e em horários dedicados.

Os centros ARGU visam descentralizar o atendimento de casos ginecológicos não complicados, permitindo que os profissionais em urgência se concentrem mais em situações obstétricas, melhorando a eficiência e a qualidade do atendimento. Essa abordagem especializada procura reduzir potencialmente o tempo de espera e proporcionar um atendimento mais direcionado e eficiente para as utentes.

#### 3. População-alvo

- Uteses com casos urgentes do foro Ginecológico
- Médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia



#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Criação de um regime de Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU)</b>		
1.1	Definir circuitos para o agendamento das consultas de Ginecologia, com origem na urgência e no SNS24	Ministério da Saúde	SPMS; SNS24
1.2	Garantir, mediante circular normativa da ACSS, a divisão de urgência entre Obstetrícia e Ginecologia, passando o atendimento da Ginecologia para consulta aberta - Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU)	Ministério da Saúde	ACSS; ULS
1.3	Estabelecer ARGU nas ULS com Hospitais Centrais	Ministério da Saúde	ULS (Hospitais Centrais)
1.4	Alargar implementação das ARGU aos Hospitais Periféricos	Ministério da Saúde	ULS (Hospitais Periféricos)

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
<b>1.</b>	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	% de ULS com Hospitais Centrais (com serviço de Ginecologia) com Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU)	100%	ACSS; ULS
1.2	% de ULS com Hospitais Periféricos (com serviço de Ginecologia) com Atendimento Referenciado de Ginecologia de Urgência (ARGU)	50%	ACSS; ULS



---

2. Indicadores de Desempenho			
2.1	% de casos de urgência de Ginecologia endereçados por médicos especialistas em Obstetrícia – ULS com Hospitais Centrais (com serviço de Ginecologia)	<10%	ULS
2.2	% de casos de urgência de Ginecologia endereçados por médicos especialistas em Obstetrícia – ULS com Hospitais Periféricos (com serviço de Ginecologia)	<20%	ULS

---



## Medida B.2 | Atualização dos rácios de pessoal e da composição das equipas nos locais de parto em função de critérios técnico-científicos atendíveis

### 1. Objetivos

- a) Otimizar as valências técnicas e capacidade de intervenção de especialistas da equipa multiprofissional nos locais de parto, garantindo disponibilidade de equipa para realização de partos em todos os turnos;
- b) Rentabilizar a capacidade de intervenção de especialistas da equipa multiprofissional, conforme as atribuições e responsabilidades funcionais definidas nas boas práticas.

### 2. Conceito

A realização de partos é assegurada através da intervenção de uma equipa multiprofissional, sendo necessário garantir a disponibilidade mínima de cada tipologia de profissional de saúde. Em concreto, os partos deverão ter o apoio de médicos especialistas, sendo o rácio de médicos necessários por especialidade definido através do Regulamento n.º 1029-A/2022, que regula a constituição das equipas médicas nos serviços de urgência.

De forma a otimizar de forma integrada as valências técnicas dos profissionais de saúde que compõem a equipa de parto, será necessário clarificar os rácios de pessoal e a composição das equipas. Esses rácios encontram-se estabelecidos com base em critérios técnico-científicos sólidos, levando em consideração não só o número de partos realizados anualmente, mas também a capacidade diária dos locais de parto. Isso significa que os rácios devem ser aplicados de acordo com a disponibilidade de blocos de parto e profissionais de saúde em cada dia específico, em vez de se basearem apenas na capacidade anual de cada instituição.

É igualmente importante assegurar a flexibilidade por parte dos hospitais e maternidades para ajustar a sua capacidade diária de acordo com a procura e os recursos disponíveis, reduzindo as situações de necessidade de encerramento. Isso irá garantir que as utentes grávidas que necessitem de assistência possam ser atendidas de forma mais próxima, rápida e segura.

Paralelamente, será fundamental valorizar e fortalecer o papel de todos os profissionais de saúde envolvidos, reconhecendo sua importância e contribuição para o processo de parto e nascimento.

### 3. População-alvo

- Utentes grávida
- Profissionais de saúde envolvidos no parto (ex.: obstetras, anestesistas, enfermeiros, neonatologistas, auxiliares, ...)

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Atualizar os rácios de pessoal e a composição das equipas nos locais de parto</b>		
1.1	Reunir com OM para estabelecer os critérios de qualidade para reformulação da constituição das equipas multiprofissionais nas maternidades	Ministério da Saúde	Ordem Médicos
1.2	Efetuar benchmarking com países europeus da dimensão e composição das equipas em bloco de parto	Ministério da Saúde	ACSS
1.3	Definir indicadores de qualidade para o acompanhamento da medida	Ministério da Saúde	Ordem Médicos
1.4	Clarificar rácios de pessoal no regulamento atual e funcionamento mediante capacidade diária de salas de parto disponíveis	Ministério da Saúde	Ordem Médicos
<b>Fase 2</b>	<b>Rentabilizar a capacidade de intervenção de especialistas da equipa multiprofissional</b>		
2.1	Reavaliar a Norma de Orientação Clínica (NOC) já existente e aprovada com vista a otimizar o papel dos profissionais da equipa multidisciplinar	Ministério da Saúde	DGS

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	Desvio do rácio por ULS vs. rácio standard recomendado	50% ULS sem desvio	ACSS; ULS
1.2	Nº de ULS com reunião para reforço da NOC efetuada	100% ULS	Ministério da Saúde



## Medida B.3 | Revisão da tabela de preços convencionados para Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (ecografias pré-natais)

### 1. Objetivo

Promover a realização de um maior número de ecografias pré-natais, complementando a capacidade atual do sistema público com a capacidade adicional do setor privado.

### 2. Conceito

Atualmente, existem aproximadamente de 200 profissionais de saúde (ginecologistas-obstetras com subespecialidade em Medicina Materno-Fetal) habilitados para realizar ecografias pré-natais em Portugal. A Portaria n.º 24/2023 de 9 de janeiro (artigo 2.º - Anexo – Tabela de Radiologia (Exames ecográficos de diagnóstico pré-natal) estabelece a remuneração para a unidade de saúde por ecografia pré-natal realizada no sistema de saúde público, sendo este valor parcialmente distribuído pela equipa responsável pela realização da ecografia pré-natal.

De forma a complementar a capacidade para realização de ecografias pré-natais do sistema público de saúde, o doente poderá ser reencaminhado para o setor Privado em regime de convenção, ao abrigo da tabela de preços convencionados para MCDT (Área M – Tabela de Radiologia, Ecografia – Abdómen e pélvis), que apresenta preços distintos da tabela aplicável ao sistema público de saúde supramencionada (fonte: SNS - Portaria n.º 24/2023 de 9 de Janeiro; Convencionado - Tabela MCDT Convencionados 2024):

	Preços por regime e tipologia exame	
	SNS	Convencionado
Ecografia do 1.º trimestre da gravidez, a realizar entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias de gestação	90,00 €	14.50 € (+2,50 € taxa moderadora)
Ecografia do 2.º trimestre da gravidez, também conhecida como ecografia morfológica, a realizar entre as 20 e as 22 semanas e 6 dias de gestação	120,00 €	39.00 € (+7,00 € taxa moderadora)
Ecografia do 3.º trimestre da gravidez, a realizar entre as 30 e as 32 semanas e 6 dias de gestação	70,00 €	14.50 € (+2,50 € taxa moderadora)

Com o intuito de incentivar a realização de um maior número de ecografias pré-natais, pretende-se, através desta medida, proceder à revisão dos preços estipulados na tabela de preços convencionados para MCDT, recorrendo, de forma complementar ao SNS, a entidades do setor Privado.



Esta iniciativa visa não apenas aumentar a acessibilidade das grávidas aos cuidados de saúde pré-natal, mas também promover a deteção precoce de eventuais complicações gestacionais, contribuindo, assim, para uma melhor saúde materna e fetal. Ao tornar os procedimentos mais acessíveis no setor privado, ampliam-se as opções disponíveis para as grávidas, reduzindo potencialmente tempos de espera.

### **3. População-alvo**

- Utentes grávidas
- Médicos ginecologistas-obstetras com subespecialidade em Medicina Materno-Fetal

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Rever a tabela de preços convencionados para MCDT, nomeadamente para ecografias pré-natais</b>		
1.1	Verificar capacidade do setor Privado para realização de ecografias pré-natais	Ministério da Saúde	ACSS; colégio de especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos
1.2	Rever e publicar a tabela de preços convencionados de MCDT (trabalho de âmbito mais alargado, onde se incluem as ecografias pré-natais)	ACSS	Ministério da Saúde

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
<b>1.</b>	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	Revisão da tabela de MCDT convencionados	Concluída e publicada	ACSS
<b>2.</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>		
2.1	Nº de ecografias pré-natais realizadas (por tipologia: 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre) – SNS + convencionadas	Superior ao valor verificado em 2023	ACSS



## Medida B.4 | Generalização do Atendimento Pediátrico Referenciado

### 1. Objetivos

Alargar o acesso a cuidados agudos e urgentes, nomeadamente com a generalização de pontos de Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) no contexto das unidades locais de saúde, como complemento da rede de serviços de urgência vocacionada para situações clínicas mais graves.

### 2. Conceito

A urgência pediátrica compreende uma oportunidade de melhoria ao nível da priorização do atendimento condicionada à complexidade clínica do doente. Durante os últimos 12 meses, no período compreendido entre maio de 2023 e abril 2024, acorreram às urgências do Serviço Nacional de Saúde (SNS) um total de 566.205 utentes pediátricos categorizados com pulseira verde ou azul após triagem de Manchester em âmbito de urgência (fonte: ACSS). Estes dados destacam a necessidade de oferecer uma alternativa para este grupo de utentes, visando reduzir a pressão sobre as urgências pediátricas.

Propõe-se, assim, a implementação de consultas abertas em horários predefinidos, como alternativa ao atendimento de urgência para situações clínicas não emergentes. Estas consultas serão disponibilizadas nos pontos de Atendimento Pediátrico Referenciado (APR), que têm como principal objetivo o atendimento da população em idade pediátrica.

Com esta medida, retira-se potencialmente dos serviços de urgência de Pediatria cerca de 60% dos episódios por classificação nos grupos de triagem azuis e verdes, ficando o serviço de urgência com as situações que verdadeiramente dele necessitam.

O APR funcionará como uma extensão dos cuidados primários, permitindo que médicos de família ou assistentes, tanto em instituições públicas quanto privadas, possam encaminhar utentes para observação no próprio dia, na consulta aberta de pediatria, quando julgarem necessário. Esta medida não procura apenas aliviar a sobrecarga das urgências pediátricas, mas também garantir uma abordagem mais eficaz e centrada no utente, promovendo uma melhor gestão dos recursos e uma experiência de cuidado mais satisfatória para as famílias.

Em termos de implementação, prevê-se a realização de um projeto piloto na região do Porto, beneficiando da estrutura já implementada da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP) que envolve a ULS de São João, a ULS de Santo António e a ULS de Matosinhos. Com o encaminhamento dos utentes pediátricos com pulseira verde ou azul para as respetivas APR das ULS envolvidas, o atendimento de urgência da UPIP ficará focado em situações com prioridade clínica mais elevada.

### 3. População-alvo

População em idade pediátrica



#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Generalização de pontos de Atendimento Pediátrico Referenciado (APR)</b>		
1.1	Aferir número de doentes pediátricos (menores de 12 anos) com nível de prioridade reduzido (azul e verde) na urgência por ULS, que poderão ser reencaminhados para pontos de atendimento pediátrico referenciado (APR)	Ministério da Saúde	ACSS; ULS
1.2	Definir circuitos para o agendamento das consultas pediátricas nos APR, com origem na urgência e no SNS24	Ministério da Saúde	SPMS; SNS24
1.3	Garantir, mediante circular normativa da ACSS, a generalização de pontos de atendimento pediátrico referenciado (APR), passando o atendimento de Pediatria (menores de 12 anos) com prioridade verde ou azul para consulta aberta	Ministério da Saúde	ACSS; ULS
1.4	Implementar pontos de atendimento pediátrico referenciado (APR), de acordo com plano definido	Ministério da Saúde	ULS

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	% de ULS com APR operacional	50%	ACSS; ULS



## C. Medidas Estruturantes

### Medida C.1 | Separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia

#### 1. Objetivos

- a) Promover o foco dos profissionais de saúde nas áreas de especialização correspondentes, potenciando as suas valências e conhecimento clínico;
- b) Minimizar ocorrências de atendimento de utentes com necessidades ginecológicas por profissionais especialistas em Obstetrícia.

#### 2. Conceito

Para melhorar o atendimento e a qualidade dos cuidados de saúde na área da ginecologia/obstetrícia em Portugal, é essencial direcionar os esforços dos médicos para as suas áreas de especialização. Esta abordagem garante o desenvolvimento de conhecimentos sólidos e atualizados nas suas áreas específicas de atuação, promovendo assim um serviço de excelência para os utentes.

A separação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia desempenha um papel importante nesse processo. Ao segmentar essas áreas, é possível otimizar a gestão de recursos humanos, garantindo que os profissionais estejam distribuídos de acordo com a oferta e as necessidades específicas de cada especialidade. Isso permite uma melhor alocação de médicos com competências e experiências adequadas para lidar com os diversos casos que surgem na prática diária.

Além disso, essa separação facilita a criação de equipas mais especializadas e coesas, capazes de oferecer um atendimento mais eficiente e personalizado aos utentes, os quais podem beneficiar de uma abordagem mais direcionada e especializada para suas necessidades específicas, seja em consultas ginecológicas de rotina ou durante o período de gestação e parto.



## Medida C.2 | Reforço do acompanhamento da grávida por Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

### 1. Objetivos

- a) Assegurar um acompanhamento dedicado e de proximidade da grávida desde o início da gravidez até ao momento do parto;
- b) Promover o papel dos Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) ao nível do apoio à grávida ao longo do período de gravidez.

### 2. Conceito

A proposta de envolver os EESMO no acompanhamento contínuo de grávidas desde a consulta inicial no hospital até ao parto é uma iniciativa que visa a humanização dos cuidados prestados e garantir que todas as necessidades das grávidas sejam atendidas de forma integral.

Este modelo de apoio personalizado permite não só o esclarecimento de dúvidas e a organização de consultas, mas também auxilia a preparação das futuras mães para o parto.

A humanização dos cuidados é um aspeto crítico na promoção de uma experiência positiva durante a gravidez. A presença constante de um EESMO como tutor irá facilitar a criação de um vínculo de confiança e segurança, elementos fundamentais para uma gestação saudável e um parto bem-sucedido.

A operacionalização desta medida deverá passar por um programa piloto que permita avaliar a eficácia do modelo antes de ser implementado em maior escala.

### 3. População-alvo

- Utentes grávidas
- Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)



## Medida C.3 | Estabelecimento de novas estruturas organizacionais para blocos de parto / obstetrícia

### 1. Objetivos

Criar um novo modelo de organização e financiamento dos blocos de parto e serviços de obstetrícia, promovendo a sua diferenciação e dotando-os de maior autonomia e capacidade de incentivo e fixação dos profissionais.

### 2. Conceito

Esta medida visa propor um novo modelo de organização e financiamento que promova a diferenciação dos blocos de parto e serviços de Obstetrícia, conferindo-lhes maior autonomia e capacidade para incentivar e reter os profissionais de saúde especializados.

A realidade atual tem demonstrado que o encerramento de serviços de Obstetrícia e a falta de incentivos adequados aos profissionais de saúde têm impactado negativamente a assistência às grávidas, especialmente em momentos críticos como o parto. É imperativo que se estabeleça um sistema que não só reconheça o valor destes profissionais, mas que também os motive a permanecer no SNS.

O estabelecimento de novas estruturas organizacionais com maior autonomia para Blocos de Parto / Obstetrícia surgem como uma solução inovadora para alcançar este objetivo. Através da implementação destas estruturas, será possível oferecer um grau superior de autonomia — operacional e financeira — que pode revolucionar a gestão de recursos e a prestação de serviços. Esta autonomia permitirá uma resposta mais ágil e adaptada às necessidades das grávidas, além de criar um ambiente propício à inovação e à aplicação de boas práticas.

Com a meta estabelecida para 2025, a criação destas novas estruturas organizacionais de obstetrícia e blocos de parto deve ser uma prioridade estratégica. Este modelo organizacional tem o potencial de transformar o panorama dos cuidados de saúde materno-infantil em Portugal, garantindo que cada grávida receba o melhor atendimento possível e que os profissionais de saúde sejam justamente valorizados e incentivados. É uma visão que almeja não apenas a excelência operacional, mas também a satisfação e segurança das futuras mães e dos profissionais dedicados à área da obstetrícia, particularmente no acompanhamento de partos.

### 3. População-alvo:

Blocos de parto e serviços de Obstetrícia; Equipas de acompanhamento de partos (obstetras, anestesistas, neonatologistas, enfermeiros, auxiliares, ...)



### 3. Eixo estratégico 3 | Cuidados Urgentes e Emergentes

A emergência pré-hospitalar e as urgências hospitalares têm um papel crucial no tratamento de doentes urgentes e emergentes. Em situações críticas, cada segundo conta e pode fazer a diferença entre a vida e a morte dos doentes. Por este motivo, “evitar a morte evitável” é o principal objetivo deste eixo.

O percurso dos doentes não se inicia, nem se esgota, dentro do Serviço de Urgência. Na prática há todo um circuito a montante e a jusante que também deve ser tido em consideração para uma análise estruturada e profunda dos diversos fatores que comprometem o seu desempenho. Por exemplo, como acontece em diversas unidades hospitalares, se cerca de 40% dos doentes na sala de espera forem triados com azuis (não urgentes) e verdes (pouco urgentes), será expectável que a capacidade de resposta da equipa do serviço diminua e, em determinadas circunstâncias, coloque até em risco de vida outros doentes urgentes ou emergentes.

As medidas detalhadas neste eixo foram identificadas tendo por base os fatores de *input*, *throughput* e *output* do Serviço de Urgência. Ou seja, o *input* considera os fatores que impactam o acesso em termos de volume e complexidade dos doentes que chegam às urgências. O *throughput* refere-se aos fatores que determinam o tempo necessário para se avaliar e gerir os doentes no serviço, e que normalmente está dependente das equipas e processos definidos internamente. E o *output* remete para fatores relacionados com o internamento hospitalar e a alta dos doentes.

Assumindo-se o Serviço de Urgência como um pilar estratégico do Serviço Nacional de Saúde, é fundamental que se avancem com medidas individuais que se complementam num propósito global e reformista em prol do doente. A organização das medidas em Urgentes, Prioritárias e Estruturantes, tem como racional a prioridade de execução das mesmas e o impacto que é expectável gerarem no funcionamento dos serviços de urgência dos hospitais.



## A. Medidas Urgentes

### Medida A.1 | Requalificação dos espaços dos Serviços de Urgência- Urgência Geral / Psiquiátrica

#### 1. Objetivo

Realizar obras em espaços dos Serviços de Urgência hospitalares, com início nas Urgências Psiquiátricas carenciadas, para melhoria da qualidade de atendimento, aumento da segurança dos doentes e incremento da eficiência dos cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

#### 2. Conceito

A requalificação dos espaços hospitalares é fundamental para garantir a continuidade dos padrões exigentes da prestação de cuidados de saúde e a experiência do atendimento da população que recorre às instituições do SNS.

Tendo em conta o impacto da pandemia na saúde mental em Portugal e o contexto nacional de sucessivos anos de investimento nas Urgências Psiquiátricas, torna-se crucial a requalificação destes espaços dedicados.

O processo de requalificação das Urgências Psiquiátricas será endereçado ao nível da melhoria física das instalações (redimensionamento/expansão) e modernização dos equipamentos.

Pretende-se com esta medida mitigar as necessidades já identificadas e nivelar as urgências psiquiátricas a nível nacional, em termos de infraestrutura, qualidade de atendimento e segurança para os doentes. Em paralelo à requalificação das urgências psiquiátricas serão também consideradas as Urgências Gerais para posterior requalificação das mesmas.

#### 3. População-alvo

Urgências Psiquiátricas carenciadas.

#### 4. Cronograma de Atividades

	Atividade:	Responsável:	Entidades participantes:
<b>Fase 1</b>	<b>Publicação de despacho</b>		
1.1	Criação de comissão / grupo de trabalho com recursos humanos da DE-SNS/ACSS para gestão da implementação da medida	Ministério da Saúde	
1.1	Construção de despacho que aprova o regulamento do programa de incentivo financeiro à requalificação das urgências gerais/psiquiátricas do Serviço Nacional de Saúde	Ministério da Saúde	
1.2	Publicação do despacho em DR	Ministério da Saúde	
<b>Fase 2</b>	<b>Disponibilização de linha de financiamento, candidaturas e atribuição de financiamento</b>		
2.1	Autorização à ACSS para disponibilização de linha de financiamento específica para requalificação das Urgências Gerais/Psiquiátricas, nomeadamente para a qualificação das infraestruturas e dos respetivos equipamentos	Ministério da Saúde	ACSS
2.2	Apresentação de candidatura pelas unidades de saúde do SNS que disponham de Urgências Gerais/Psiquiátricas, de forma a permitir uma avaliação uniforme e coerente das várias candidaturas e a garantir transparência na utilização dos recursos financeiros afetos ao SNS	Hospitais públicos	ACSS
2.3	Avaliação das candidaturas e definição dos incentivos financeiros a atribuir, sem prejuízo da intervenção da ACSS, I. P., 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	DE-SNS	ACSS



---

2.4	Atribuição do financiamento no âmbito do processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS e formalização mediante adenda ao contrato-programa das unidades de saúde do SNS para 2024, tendo um limite total de 20 milhões de euros	ACSS	
<b>Fase 3</b>	<b>Contratação, início das obras e monitorização</b>		
3.1	Preparação do dossier e contratação pública descentralizada com o propósito de conclusão da requalificação de urgências gerais/psiquiátricas a 15 de dezembro de 2024	Hospitais públicos	
3.2	Disponibilização da verba atribuída contra apresentação de faturas até 28 de fevereiro	ACSS	
3.3	Monitorização da realização das obras	DE-SNS	Hospitais públicos

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores Major de Implementação		
1.1	Nº de requalificações a decorrer e previstas	<i>A definir</i>	DE-SNS
1.2	Taxa de execução e de cumprimento dos prazos propostos	<i>A definir</i>	DE-SNS
1.3	Taxa de execução e de cumprimento dos custos propostos	<i>A definir</i>	DE-SNS





## Medida A.2 | Criação de Centros de Atendimento Clínico para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica

### 1. Objetivos

Disponibilizar alternativas de atendimento a doentes não urgentes ou pouco urgentes, com início num piloto em Lisboa e no Porto, com intenção de expansão mediante os resultados obtidos ao longo da implementação, e alargamento progressivo a outras áreas urbanas, em função da necessidade identificada localmente.

### 2. Conceito

Pretende-se respeitar a missão do Serviço de Urgência enquanto local para a observação e estabilização das situações clínicas realmente urgentes e emergentes, garantindo respostas a outros níveis para a procura assistencial que não se enquadra na missão prioritária deste tipo de serviço.

Assim, quando a situação clínica aguda é triada como não urgente ou pouco urgente (na SNS24, no Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM ou na triagem hospitalar com a prioridade azul ou verde segundo a metodologia da Triagem de Manchester), o doente poderá ser encaminhado para os Cuidados de Saúde Primários, ou para uma das alternativas disponíveis na rede para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica, doravante designado de Centro de Atendimento Clínico, bem como, para a consulta externa hospitalar. Em função da situação clínica e a efetiva necessidade e indicação, o transporte do mesmo poderá ser agilizado pelo hospital ou através de parceiros.

A informação do doente deverá acompanhá-lo e ser disponibilizada ao Médico do Centro de Atendimento Clínico ou outro destino. Os Centros de Atendimento Clínico funcionarão como uma “coroa de proteção” aos hospitais com Serviço de Urgência, podendo estes ser entidades públicas, sociais e privadas que possam disponibilizar logísticas adequadas para o atendimento de situações agudas de menor complexidade clínica e urgência. O Centro de Atendimento Clínico poderá dispor de alguns Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), como a química seca, meios de radiologia convencional e eletrocardiograma. De forma complementar, e no sentido de se aumentar a capacidade de resposta da estrutura instalada no SNS, deverá ser explorada a criação de “consultas abertas” nos próprios hospitais com Serviço de Urgência. Em Lisboa, por exemplo, já estão a ser realizados esforços para se encontrarem um conjunto de alternativas com capacidade de atendimento de aproximadamente 1.000 doentes por dia com situações agudas de menor complexidade clínica (implicando entre 24 e 36 gabinetes de observação) até ao final de 2024.

Após a implementação desta medida em Lisboa, seguida depois do Porto, serão abrangidas outras cidades de forma gradual, tendo como racional de inclusão a prioridade das mesmas no enquadramento nacional.



### **3. População-alvo**

Doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica (não urgentes ou pouco urgentes), triados respetivamente pelo SNS24, CODU INEM ou na triagem hospitalar com a prioridade azul e verde segundo metodologia da Triagem de Manchester, inicialmente nas regiões metropolitanas de Lisboa e Porto.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1	Mapeamento de camas e análise de informação	
1.1	Mapeamento de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	Grupo de Trabalho PES
Fase 2	Reuniões com potenciais parceiros para locais mais carenciados	
2.1	Reuniões com entidades sociais e privados para identificação de interesse e capacidade instalada por região para receber camas indevidamente ocupadas nos hospitais	DE-SNS
Fase 3	Comunicação das parcerias aos hospitais e contratualização descentralizada	
3.1	Comunicado a todos os hospitais com indicações claras de como deverão proceder para firmar contrato com as entidades sociais e privadas	DE-SNS
3.2	Contrato entre hospitais e entidades sociais e privados	Hospitais públicos

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Nº de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Nº de camas contratadas ao setor social e privado	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Custo total com camas contratadas no setor social e privado	<i>A definir</i>	ACSS



## Medida A.3 | Implementação da consulta do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários para situações agudas de menor complexidade e urgência

### 1. Objetivos

Possibilitar o agendamento de consulta do dia seguinte com Médico de Família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da zona de residência do doente não urgente ou pouco urgente.

### 2. Conceito

Pretende-se respeitar a missão do Serviço de Urgência enquanto local para a observação e estabilização das situações clínicas realmente urgentes e emergentes, garantindo respostas a outros níveis para a procura assistencial que não se enquadra na missão prioritária deste tipo de serviço.

Assim, quando a situação clínica aguda é triada como não urgente ou pouco urgente (na SNS24, no Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM ou na triagem hospitalar com a prioridade azul ou verde segundo a metodologia da Triagem de Manchester), o doente poderá ser encaminhado para os Cuidados de Saúde Primários ou para uma das alternativas disponíveis na rede para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica.

Quando o doente está acamado, o agendamento para os Cuidados de Saúde Primários deverá ser no próprio dia. Se não estiver acamado o agendamento deverá ser realizado entre 24 e 48h. Apenas quando não há vaga nos Cuidados de Saúde Primários ou o doente está fora da sua área de residência, o doente deverá ser direcionado para Centro de Atendimento Clínico (no âmbito da “coroa de proteção” do respetivo Serviço de Urgência). O agendamento da consulta do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários poderá ser realizado in loco, no hospital, após a triagem ou então via SNS24, desde que garantido o acesso às agendas e a partilha de informação entre o hospital e o Cuidados de Saúde Primários de destino.

Esta medida está implementada na ULS Póvoa do Varzim/Vila do Conde, na ULS Gaia Espinho e na ULS Entre Douro e Vouga, e até ao final do ano deverá ser alargada a mais ULS, com a devidas adaptações.

### 3. População-alvo

Doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica (não urgentes ou pouco urgentes), triados respetivamente pelo SNS24, CODU INEM ou na triagem hospitalar com a prioridade azul e verde segundo metodologia da Triagem de Manchester.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Construção do caso de estudo para agilizar a disseminação por todas as ULS			
1.1	Preparação dos sistemas de informação da ULS Póvoa do Varzim/Vila do Conde, na ULS Gaia Espinho e na ULS Entre Douro e Vouga para possibilidade de marcação de consulta nos Cuidados de Saúde Primários	SPMS	
1.2	Criação de caso de estudo para facilitar a disseminação por outras ULS	SPMS	
Fase 2 Revisão da circular normativa, evolução dos sistemas de informação e formação das equipas			
2.1	Revisão da circular normativa n.º 11/2022/ACSS	ACSS	
2.2	Disponibilização de sistemas de informação que permitam a possibilidade de marcação de consulta nos Cuidados de Saúde Primários a partir dos hospitais na região Lisboa e Vale do Tejo	SPMS	
2.3	Preparação dos sistemas de informação do SNS24 para possibilidade de marcação de consulta nos Cuidados de Saúde Primários aquando da chamada	SPMS	
2.4	Preparação dos sistemas de informação para a possibilidade de transmissão da informação do hospital para os Cuidados de Saúde Primários	SPMS	
2.5	Formação às Unidades Locais de Saúde e SNS24	SPMS	ULS e SNS24

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de mensais de monitorização		
1.1	Nº episódios de urgência com prioridade de Manchester azul e verde	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Tempo médio de espera por prioridade de Manchester	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Nº de unidades dos Cuidados de Saúde Primários com agenda aberta aos Hospitais	<i>A definir</i>	SPMS
1.4	Nº de agendamentos de consulta do dia seguinte nos Cuidados de Saúde Primários por proveniência (Hospital ou SNS24)	<i>A definir</i>	ACSS
1.5	Nº de consultas do dia seguinte realizadas nos Cuidados de Saúde Primários por proveniência (Hospital ou SNS24)	<i>A definir</i>	ACSS
1.6	Nº de consultas do dia seguinte canceladas nos Cuidados de Saúde Primários por proveniência (Hospital ou SNS24)	<i>A definir</i>	ACSS



## B. Medidas Prioritárias

### Medida B.1 | Libertação de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares

#### 1. Objetivos

- a) Aumentar o número de camas disponíveis para internamentos hospitalares, evitando a utilização de indevida de camas clínica por motivos sociais (o que impede acesso a cuidados a doentes que necessitam dessas camas);
- b) Diminuir a existência de camas com doentes internados nos corredores dos serviços de urgência, promovendo a alocação das situações sociais noutras espaços da comunidade / rede adequados ao propósito;
- c) Reforçar as equipas multidisciplinares de resposta domiciliária.

#### 2. Conceito

Pretende-se retirar as situações sociais dos internamentos hospitalares a nível nacional. Recentemente foi comunicado existirem 2.164 casos. Para além de se recorrer a opções da rede a nível social e privado, pretende-se também promover a Hospitalização Domiciliária, sempre que aplicável.

A União das Misericórdias já adiantou ter a capacidade de receber utentes e, em paralelo, o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, em articulação com o Ministério da Saúde, indicou a possibilidade de disponibilização de camas para utentes em lares ou em respostas no Domicílio. Portanto, há que garantir estas camas e explorar outras opções de índole social (IPSS - incluindo ordens religiosas que colaboram neste domínio) ou privado.

Dar nota que, em geral, as respostas na Rede Geral da RNCCI contemplam as seguintes tipologias com internamento:

- Unidade de Convalescença (UC) para até 30 dias de internamento
- Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) para 30-90 dias
- Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) para mais do que 90 dias

Portanto, inevitavelmente, importa iniciar-se a implementação da medida com as entidades já envolvidas, evoluindo-se a partir daí com os restantes parceiros.

Outra solução poderá passar pela ocupação transitória de camas em unidades privadas, onde, apesar de implicar encargos mais elevados, estes serão sempre mais baixos do que a diária do internamento hospitalar em unidade de patologia aguda. Portanto, tirar estes utentes dos hospitais de agudos e colocá-los noutras logísticas de apoio é importante de ponto de vista operacional para o bom funcionamento da Saúde, mas, também, é excelente para o interesse público pois inevitavelmente representará uma solução económica financeira mais vantajosa no contexto global do Estado. Sempre que aplicável, deverá ser considerado também a opção de hospitalização domiciliária.





### **3. População-alvo**

Casos sociais que devem ter destino próprio e doentes com indicação clínica que necessitam de cama no internamento hospitalar.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1	Mapeamento de camas e análise de informação	
1.1	Mapeamento de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	Grupo de Trabalho PES
Fase 2	Reuniões com potenciais parceiros para locais mais carenciados	
2.1	Reuniões com entidades sociais e privados para identificação de interesse e capacidade instalada por região para receber camas indevidamente ocupadas nos hospitais	DE-SNS
Fase 3	Comunicação das parcerias aos hospitais e contratualização descentralizada	
3.1	Comunicado a todos os hospitais com indicações claras de como deverão proceder para firmar contrato com as entidades sociais e privadas	DE-SNS
3.2	Contrato entre hospitais e entidades sociais e privados	Hospitais públicos

#### 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Nº de camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares	<i>A definir</i>	ACSS

---

1.2	Nº de camas contratadas ao setor social e privado	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Custo total com camas contratadas no setor social e privado	<i>A definir</i>	ACSS

---

## Medida B.2 | Criação da especialidade médica de Urgência

### 1. Objetivos

Permitir a especialização médica numa área de impacto direto na qualidade dos cuidados de saúde prestados a doentes urgentes e emergentes que correm risco de vida.

### 2. Conceito

A especialidade de Medicina de Urgência é firmemente reconhecida a nível mundial e em especial na Europa como está refletido no reconhecimento formal pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005. Atualmente esta especialidade existe em 31 países da Europa e em cerca de 83 países mundialmente.

São exemplos de vantagens para o sistema:

- Possibilidade de alocar Especialistas dedicados em Serviços de Urgência Básica, Urgências Médico-Cirúrgicas, Polivalentes, Instituto Nacional de Emergência Médica e outras áreas dedicadas à Medicina de Urgência. Desta forma garante-se a presença e coordenação médica firme em todo o sistema, reduzindo o risco de substituição de Médicos por outras classes profissionais.
- Especialização nas temáticas da clínica de urgência de acordo com as melhores práticas.
- Sentido de pertença ao seu Serviço, mantendo uma atividade estruturada e contínua facilitando a gestão dos problemas clínicos, resultando em ganhos determinantes em saúde.
- Organização mais eficiente em toda a Rede de Urgência e Emergência.
- Redução do número de Médicos tarefeiros não-Especialistas nos Serviços de Urgência (muitas vezes sem formação adequada que garanta segurança aos nossos utentes).
- Menor necessidade de transferência inter-hospitalar de doentes.
- Promoção de mais investigação e alinhamento na comunidade científica internacional e permitindo um planeamento a longo prazo, e consequentemente, melhor gestão.
- Especialistas motivados com carreira dedicada contribuem para melhorar a eficiência de Serviços de Urgência.

Portugal é um dos quatro países que, a nível europeu, ainda não aprovaram esta especialidade. Espanha já implementou a um programa nas Forças Armadas.



Dada a importância desta medida, estão já a ser realizados esforços no sentido de se aprovar a criação da especialidade Médica de Urgência até ao final de 2024, para em 2025 serem disponibilizadas as primeiras vagas para internato.

### **3. População-alvo**

Médicos com interesse em especializar-se em Medicina de Urgência.

#### 4. Cronograma de Atividades

<b>Fase 1</b> Aprovação via Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos		
1.1	Elaboração da proposta de criação da especialidade de Medicina de Urgência por parte do Colégio da Competência em Emergência Médica (CCEM)	CCEM
1.2	Apresentação e aprovação da proposta à Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos	CCEM
1.3	(Se aprovado) Notificação aos serviços de urgência da receção de internos no início de 2025	CCEM
1.4	Elaboração de um decreto-lei referente à criação da especialidade de Medicina de Urgência	Grupo de Trabalho PES
1.5	Publicação de decreto-lei referente à criação da especialidade de Medicina de Urgência	Grupo de Trabalho PES
<b>Fase 2</b> Aprovação via Assembleia da República		
2.1	(Se reprovado) Apresentação da proposta de criação da especialidade de Medicina de Urgência ao Ministério da Saúde	Grupo de Trabalho PES
2.2	Reuniões com diferentes partidos políticos com assento parlamentar	Ministério da Saúde

2.3	Apresentação e aprovação do documento na Assembleia da República	Ministério da Saúde
2.4	Publicação do documento aprovado em Diário da República referente à criação da especialidade de Medicina de Urgência	Hospitais Públicos
Fase 3	Notificação aos hospitais para receção de internos	
3.1	Notificação aos serviços de urgência da receção de internos de formação especializada no início de 2025	CCEM

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores anuais de implementação		
1.1	Nº vagas, por Unidade Local de Saúde (segundo a respetiva idoneidade formativa) e por ano	<i>A definir</i>	CCEM
1.2	Nº de inscritos na especialidade (a prazo)	<i>A definir</i>	CCEM



## Medida B.3 | Desenvolvimento de programas de vacinação contra o Vírus da Gripe e Vírus Sincicial Respiratório

### 1. Objetivos

Implementar programas de vacinação para a época Outono-inverno 2024/2025 – vírus da gripe e vírus sincicial respiratório – no sentido de se diminuírem as idas às urgências.

### 2. Conceito

Pretende-se implementar três programas de vacinação relevantes para a época Outono-Inverno 2024/2025, nomeadamente:

1. Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe com dose reforçada para pessoas acima dos 85 anos

Esta campanha tem como objetivo a maximização da proteção das populações mais vulneráveis, e a mitigação do impacto das infeções respiratórias por vírus da Gripe nos estabelecimentos de saúde.

Por forma a maximizar a proteção das populações mais vulneráveis e mitigar o impacto das infeções respiratórias por vírus da Gripe nos estabelecimentos de saúde, será generalizada, na próxima campanha de vacinação sazonal, a administração da vacina contra a gripe de dose elevada, de forma gratuita, às pessoas com idade igual ou superior a 85 anos, garantindo-se ainda a administração desta vacina, pelo SNS e de forma gratuita, a todas as pessoas residentes em estruturas residenciais para idosos.

Pretende-se ainda o reforço da vigilância clínica, laboratorial e de serviços de saúde da infeção por Gripe, bem como a garantia da monitorização e a avaliação dos resultados e do impacto da estratégia de vacinação.

2. Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe para pessoas acima dos 60 anos e grupos risco

Por forma a maximizar a proteção da população, todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, grávidas, profissionais de saúde, outros prestadores de cuidados, e pessoas com patologias crónicas ou com condições e contextos de saúde a definir pela Direção-Geral da Saúde, beneficiarão da vacinação gratuita contra a Gripe.

Pretende-se ainda o reforço da vigilância clínica, laboratorial e de serviços de saúde da infeção por Gripe, bem como a garantia da monitorização e a avaliação dos resultados e do impacto da estratégia de vacinação.

3. Prevenção da infeção por Vírus Sincicial Respiratório em idade pediátrica

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é uma causa muito comum de infeção respiratória, responsável por epidemias anuais sazonais, com uma carga de doença muito significativa em crianças pequenas, em





particular nos primeiros meses de idade. Embora seja mais grave em crianças com fatores de risco, nos quais se incluem prematuridade, doença cardiopulmonar, imunodeficiências e exposição ao tabaco, entre outros, a maioria das crianças hospitalizadas com infeção por VSR são crianças saudáveis. Os custos diretos e indiretos associados são significativos, bem como o impacto na qualidade de vida das crianças e seus cuidadores.

Os últimos anos trouxeram progressos muito importantes na prevenção desta infeção, através da imunização passiva da criança, protegendo-a na primeira época sazonal de exposição a este vírus. Alguns países, entre os quais Espanha, iniciaram a administração do anticorpo monoclonal contra VSR em 2023, para todas as crianças a entrar na primeira época sazonal de infeção por VSR, com resultados muito promissores na redução do internamento.

Tendo em conta a carga estimada da doença por VSR em Portugal e o seu impacto, a proteção desta infeção com anticorpo monoclonal será oferecida a partir de outubro 2024 a todas as crianças na sua primeira época sazonal de infeção por VSR, estendendo-se à segunda época sazonal nos grupos de risco para doença grave. Este anticorpo substituirá o anticorpo Palivizumab, que foi usado ao longo dos últimos anos apenas em grupos de risco.

A vigilância epidemiológica do VSR em Portugal será mantida e reforçada.

### **3. População-alvo**

População enquadrada em cada uma das campanhas de vacinação.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Mapeamento das populações-alvo			
1.1	Dimensionamento das populações mais vulneráveis por programa de vacinação	ACSS	
Fase 2 Operacionalização dos programas de vacinação			
2.1	Articulação entre Direção-Geral da Saúde, Direção-Executiva do SNS e Ministério da Saúde para construção de linhas orientadoras por programa de vacinação	DE-SNS	DGS e Ministério da Saúde
2.2	Revisão e publicação de normas em função das linhas orientadoras definidas em cada programa de vacinação	DGS	
2.3	Implementação dos programas de vacinação em articulação com a rede capacitada para a administração	DE-SNS	ULS e Farmácias Comunitárias
Fase 3 Monitorização e avaliação do impacto			
3.1	Controlo mensal dos indicadores	DE-SNS	

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	N.º de utentes vacinados contra a gripe > 85 anos	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	N.º de utentes vacinados contra a gripe > 60 anos e grupos de risco	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	N.º de utentes vacinados contra VSR	<i>A definir</i>	ACSS
1.4	N.º total de episódios de urgência por gripe por faixa etária	<i>A definir</i>	ACSS
1.5	N.º total de episódios de urgência pediátrica por infeção por VSR	<i>A definir</i>	ACSS

## Medida B.4 | Realização de teleconsultas médicas em situações agudas de menor complexidade e urgência clínica

### 1. Objetivos

Garantir, via SNS24, o acesso a teleconsultas a qualquer doente não urgente e pouco urgente para acelerar o seu atendimento e evitar que permaneça no Serviço de Urgência hospitalar.

### 2. Conceito

Pretende-se respeitar a missão do Serviço de Urgência enquanto local para a observação e estabilização das situações clínicas realmente urgentes e emergentes, garantindo respostas a outros níveis para a procura assistencial que não se enquadra na missão prioritária deste tipo de serviço.

Assim, quando a situação clínica aguda é triada como não urgente ou pouco urgente no SNS24, o doente poderá ser encaminhado para os Cuidados de Saúde Primários ou para uma outra alternativa da rede para observação de situações agudas de menor complexidade e urgência clínica, ou ainda teleconsulta médica via SNS24.

Esta medida passará a possibilitar a teleconsulta médica em algumas situações de menor complexidade, nomeadamente, patologias do foro respiratório (em antecipação do período do inverno). O projeto ficará ativo numa região piloto, sendo depois disseminado de forma gradual para outras.

### 3. População-alvo

Doentes não urgentes ou pouco urgentes, triados pelo SNS24 como situações agudas de menor complexidade e urgência clínica, com acesso eletrónico.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Arranque da implementação nos sistemas de informação		
1.1	Envolvimento da SPMS para se explicar o que se pretende	Ministério da Saúde (ou entidade a ser nomeada para o efeito)
1.2	Início do desenvolvimento dos sistemas de informação de suporte ao piloto	SPMS
Fase 2 Garantia da capacidade de resposta		
2.1	Cálculo da estimativa de procura	ACSS
2.2	Acordo para garantia de capacidade de resposta do fornecedor Altice (NOS) de acordo com estimativa de procura	SPMS
Fase 3 Conclusão da implementação, formação e comunicação		
3.1	Definição da região do país, e lista de Unidades Locais de Saúde, onde será iniciado o piloto	Ministério da Saúde (ou entidade a ser nomeada para o efeito)
3.2	Disponibilização da funcionalidade de teleconsulta às Unidades Locais de Saúde da região definida e ao SNS24	SPMS
3.3	Sistema informático deverá permitir também às Unidades Locais de Saúde e SNS24 a possibilidade de gerar e enviar link por SMS para doentes	SPMS

3.4	Formação às Unidades Locais de Saúde e SNS24	SPMS
3.5	Campanha de comunicação direcionada à população de cada região definida (Ação 3.1)	Hospitais Públicos

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Tempo médio de espera para doente ser atendido	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Nº teleconsultas realizadas por proveniência (Hospitais e SNS24)	<i>A definir</i>	SPMS/ACSS
1.3	Nº teleconsultas realizadas com sucesso (Sem problemas técnicos)	<i>A definir</i>	SPMS
1.4	Nº teleconsultas que resultaram em referência (Serviços de Urgência, Cuidados de Saúde Primários, “Coroa de proteção”)	<i>A definir</i>	ACSS
1.5	Nº teleconsultas que originaram prescrição de MCDT	<i>A definir</i>	SPMS
1.6	Nº teleconsultas que originaram prescrição de Medicamentos	<i>A definir</i>	SPMS
1.7	Grau de satisfação dos doentes	<i>A definir</i>	SPMS



## Medida B.5 | Desenvolvimento do algoritmo do SNS24 para pré-triagem, encaminhamento, referência e agendamento de consultas do dia seguinte

### 1. Objetivos

Promover a melhoria contínua do serviço do SNS24 no sentido de se aumentar a sua relevância como primeira linha de contacto dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde.

### 2. Conceito

O Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde – SNS 24 através do Serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento é responsável por avaliar e orientar os cidadãos perante um problema de saúde não urgente ou emergente.

Dada a importância que o SNS24 representa enquanto primeiro ponto de contacto no acesso aos cuidados de saúde, estão em desenvolvimento novas formas de melhorar o seu âmbito em termos de pré-triagem, encaminhamento, referência e agendamento de consultas do dia seguinte.

Neste momento, o SNS24 agrega mais de 60 algoritmos direcionados para Serviço de Urgência Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia. No sentido de se evoluir o atual sistema para contemplar mais áreas, serão consideradas mais opções, como por exemplo, o sistema *Telephone Triage and Advice* – TTA. Em paralelo, estão também a ser explorados mecanismos de atualização automáticos de informação de suporte ao encaminhamento para Centros de Atendimento Clínicos para situações de menor complexidade e urgência clínica e no âmbito da referência para Urgências Metropolitanas por especialidade ou procedimento específico. Uma outra funcionalidade que também está a ser endereçada é a possibilidade de o operador do SNS24 ter acesso a agendas dos Cuidados de Saúde Primários para efetivar, quando aplicável, o agendamento de uma consulta do dia seguinte para doentes não urgentes ou pouco urgentes.

A implementação desta medida deverá ficar concluída até ao final do ano de 2024, com início em regiões específicas para pilotagem, permitindo depois de forma consistente a sua disseminação.

### 3. População-alvo

Doentes não urgentes ou pouco urgentes triados pelo SNS24.



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

---



#### 4. Cronograma de Atividades

<b>Fase 1 Arranque da implementação nos sistemas de informação</b>		
1.1	Envolvimento da SPMS para se explicar o que se pretende	Ministério da Saúde (ou entidade a ser nomeada para o efeito)
1.2	Início do desenvolvimento dos sistemas de informação de suporte ao piloto	SPMS
<b>Fase 2 Levantamento de informação e inclusão da mesma nos sistemas de informação</b>		
2.1	Definição da região do país, e lista de ULS, onde será iniciado o piloto	Grupo de Trabalho PES
2.2	Mapeamento e envio da lista de Centros de Atendimento Clínico para o SNS24	Grupo de Trabalho PES
2.3	Mapeamento e envio das urgências metropolitanas por especialidade ou procedimento específico para o SNS24	Grupo de Trabalho PES
2.4	Inclusão dos Centros de Atendimento Clínico definidos nos sistemas de informação interno do SNS24 para agilizar o encaminhamento pelo mesmo	SPMS
2.5	Inclusão das listas atualizadas das urgências metropolitanas para uma referência devidamente adequada	SPMS

### Fase 3 Avaliação de sistemas mais evoluídos de pré-triagem

- |     |   |      |
|-----|---|------|
| 3.1 | No sentido de se evoluir o atual sistema de pré-triagem para além do que existe para a Urgência Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, avaliar outros sistemas, como por exemplo o sistema <i>Telephone Triage and Advice</i> – TTA | SPMS |
|-----|---|------|

### Fase 4 Conclusão da implementação e formação

- |     |   |      |
|-----|---|------|
| 4.1 | Disponibilização ao SNS24 o acesso às agendas dos Cuidados de Saúde Primários da região definida para permitir o agendamento de consultas do dia seguinte, a possibilidade de encaminhamento para Centros de Atendimento Clínico ativos e a referência para urgências metropolitanas por especialidade ou procedimento específico | SPMS |
| 4.2 | Formação dos profissionais do SNS24   | SPMS |

## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Nº chamadas recebidas (completas e desligadas a meio)	<i>A definir</i>	SPMS
1.2	Nº de situações com referência, por proveniência	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Grau de satisfação dos doentes	<i>A definir</i>	SPMS



## Medida B.6 | Realização de campanhas de informação utilizando a rede de farmácias comunitárias

### 1. Objetivos

- a) Informar a população sobre a correta utilização dos serviços de saúde, destacando alternativas ao serviço de urgência, particularmente em situações de atendimento a doentes não urgentes ou pouco urgentes;
- b) Facilitar o entendimento sobre o percurso adequado do doente dentro do sistema de saúde, promovendo um encaminhamento eficiente e correto.

### 2. Conceito

A medida consiste na implementação de campanhas de informação nas farmácias comunitárias, aproveitando a sua proximidade e acessibilidade. As campanhas incluirão a distribuição de materiais de comunicação, como folhetos, cartazes ou outros conteúdos visuais, que expliquem quando e como utilizar os serviços de urgência adequadamente.

Paralelamente, a equipa da farmácia estará capacitada para que, em momentos específicos, possa esclarecer as dúvidas dos utentes sobre o percurso correto a seguir dentro do sistema de saúde. O farmacêutico, pela sua formação e competência, poderá desempenhar um papel fundamental para orientar os utentes sobre quando é realmente necessário recorrer ao serviço de urgência e quais outras opções existem.

Neste âmbito, será promovida uma articulação estreita entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde e as farmácias comunitárias da sua área de intervenção. Esta colaboração poderá materializar-se, por exemplo, através da realização de ações ou eventos regulares destinados à discussão de temas relacionados com a prevenção e a gestão da doença, fomentando uma abordagem integrada e coordenada que visa otimizar o encaminhamento eficiente.

### 3. População-alvo

Farmácias comunitárias

População geral

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Preparação e implementação de campanhas de informação			
1.1	Articulação com as associações setoriais sobre os objetivos da campanha e definição das ações a desenvolver	Ministério da Saúde	Associações Setoriais
1.2	Preparação de materiais de comunicação	Ministério da Saúde	
1.3	Comunicação e capacitação das equipas das farmácias comunitárias para darem suporte à campanha	Associações Setoriais	
1.4	Implementação das campanhas	Farmácias	Associações Setoriais

#### 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	N.º de farmácias aderentes	<i>A definir</i>	Ministério da Saúde
1.2	N.º de campanhas de informação realizadas	<i>A definir</i>	Ministério da Saúde
1.3	Satisfação dos utentes	<i>A definir</i>	Ministério da Saúde

## Medida B.7 | Criação do Departamento de Urgência e Emergência Médica na Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde

### 1. Objetivos

Garantir a centralização e responsabilização da gestão e acompanhamento da rede de urgência e emergência numa equipa dedicada dentro da Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS).

### 2. Conceito

Pretende-se criar um departamento dentro da DE-SNS dedicado à gestão e acompanhamento da Rede de Urgência e Emergência em Portugal.

Neste momento, os estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. que foram aprovados na Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, não preveem esta equipa. Apenas é mencionado no artigo 7.º o departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, onde uma das 17 competências é “Promover o desenho e a implementação das redes de referência hospitalar, incluindo o desenvolvimento de urgências metropolitanas e regionais”

A existência de um departamento dentro da DE-SNS para assumir a gestão centralizada das urgências e emergências será fundamental para assegurar:

- **Coordenação e Eficiência:** Um departamento centralizado permitiria uma melhor coordenação entre os hospitais e serviços de urgência;
- **Rede de referência por especialidade atualizada:** O mapeamento regular e a disseminação de um único documento central para SNS24, INEM e Hospitais ficaria assegurada;
- **Monitorização e Avaliação:** A definição de indicadores, a recolha de informação de forma padronizada dos hospitais, a avaliação e o benchmarking nacional dos SU iria permitir identificar boas práticas, áreas de melhoria e implementar mudanças conforme necessário;
- **Planeamento Estratégico:** Com base na evidência obtida da realidade das Urgências, seria possível planear em rede e atuar localmente com ações o mais à medida de cada hospital;
- **Comunicação e Informação:** Planificação das urgências, surtos, estudos recentes, casos de sucesso.

Assim que for nomeada a nova equipa executiva da DE-SNS esta medida deverá ser uma das prioridades a ser logo implementada.

### 3. População-alvo

Todos os profissionais dos serviços de urgência, que neste momento não têm à sua disposição um canal único para os acompanhar, de forma central e dedicada, na resolução dos desafios.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Revisão da atual portaria e publicação da nova portaria em Diário da República		
1.1	Revisão da Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro que aprova os estatutos da DE-SNS: não é linear que haja obrigatoriedade de alteração do estatuto, podendo o referido departamento ser enquadrado no item Monitorização e Avaliação (assunto para avaliação jurídica)	Ministério da Saúde (ou entidade a ser nomeada para o efeito)
1.2	Definição do âmbito do departamento para nova portaria, detalhando responsabilidades para com a rede e poderes sobre outros organismos (por exemplo, SPMS, DGS, INEM)	Ministério da Saúde (ou entidade a ser nomeada para o efeito)
1.3	Aprovação da portaria por parte da Ministra da Saúde	Ministério da Saúde
1.4	Publicação em Diário da República	Ministério da Saúde

#### 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Tempo médio de espera nos serviços de urgência, por prioridade Manchester	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Número de transportes inter-hospitalares de doentes críticos, por Unidade Local de Saúde	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Grau de satisfação das Unidade Local de Saúde	<i>A definir</i>	ACSS

## Medida B.8 | Transporte inter-hospitalar integrado do doente crítico

### 1. Objetivos

Garantir o transporte inter-hospitalar do doente crítico em segurança, com veículos e Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar do INEM, e Médicos e Enfermeiro experientes das ULS, com início em Lisboa, no Porto e em Coimbra.

### 2. Conceito

Pretende-se garantir o transporte em segurança de doentes críticos entre hospitais, envolvendo no mesmo projeto o INEM e as ULS, com início em Lisboa, no Porto e em Coimbra.

O INEM irá dedicar uma ambulância em cada área metropolitana, especificamente para o transporte de doentes críticos e as Vias Verdes de Enfarte, Acidente Vascular Cerebral e Trauma, respeitando as recomendações aplicáveis ao transporte do doente crítico publicadas pela Ordem dos Médicos.

O INEM já deu indicação que tem ambulâncias prontas para o arranque do piloto ainda em 2024. Ato contínuo, o INEM poderá atribuir um subsídio a uma ULS em cada região considerada para a aquisição de uma ambulância nova.

O INEM suportará o encargo com o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar de cada ambulância, mas as ULS terão de assumir as escalas da equipa: Médico e Enfermeiro (entre pessoal dos Serviços de Medicina Intensiva / Anestesiologia/ pessoal com experiência VMER – Viatura Médica). A gestão dos veículos deverá ser assegurada, com rotação semanal entre as ULS parceiras do INEM em cada região.

Em Lisboa, será expectável uma escala de rotação semanal entre: ULS Santa Maria, ULS São José, ULS Lisboa Ocidental e ULS Arrábida-Seixal. No Porto, será expectável uma escala de rotação semanal entre: ULS São João, ULS Santo António, ULS Vila Nova Gaia e ULS Matosinhos. Em Coimbra, apenas será envolvida a ULS Coimbra.

Existe motivação dos Serviços de Medicina Intensiva para o efeito, bem como, o apoio científico da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

O arranque deste piloto está previsto para outubro de 2024, considerando desde o início indicadores de monitorização e desempenho.

### 3. População-alvo

Doentes críticos que necessitem de ser transportados entre hospitais.

#### 4. Cronograma de Atividades

<b>Fase 1</b>			
<b>Definição do âmbito do piloto, em Lisboa e no Porto</b>			
1.1	Determinação das Unidades Locais de Saúde que farão parte do piloto (nomeadamente: ULS Santa Maria, ULS São José, ULS Lisboa Ocidental, ULS Arrábida-Seixal, ULS São João, ULS Santo António, ULS Vila Nova Gaia, ULS Matosinhos e ULS Coimbra)	Ministério da Saúde	
3.2	Definição dos indicadores de monitorização e desempenho	INEM	
<b>Fase 2</b>			
<b>Implementação do piloto</b>			
3.3	Início do piloto em Lisboa, Porto e Coimbra, com uma ambulância dedicada em cada área metropolitana, especificamente para o transporte de Doentes Críticos e a Vias Verdes de Enfarte, Acidente Vascular Cerebral e Trauma, respeitando as recomendações aplicáveis ao transporte do doente crítico publicadas pela Ordem dos Médicos	INEM	
3.4	Definição das escalas. Em Lisboa, será expectável uma escala de rotação semanal entre: ULS Santa Maria, ULS São José, ULS Lisboa Ocidental e ULS Arrábida-Seixal. No Porto, será expectável uma escala de rotação semanal entre: ULS São João, ULS Santo António, ULS Vila Nova Gaia e ULS Matosinhos. Em Coimbra, apenas será envolvida a ULS Coimbra.	DE-SNS	ULS



## 5. Indicadores de Monitorização e Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Nº de pedidos de transportes de doentes críticos, por proveniência (ULS)	<i>A definir</i>	INEM
1.2	Nº de transportes de doentes críticos realizados, por proveniência (ULS)	<i>A definir</i>	INEM
1.3	Nº de transportes de doentes críticos realizados, por destino (ULS)	<i>A definir</i>	INEM
1.4	Nº de transportes de doentes críticos com sucesso (sem complicações adicionais para o doente)	<i>A definir</i>	INEM
1.5	Nº de pedidos por hora e dia, categorizados em realizados e cancelados	<i>A definir</i>	SPMS/INEM

## **C. Medidas Estruturantes**

### **Medida C.1 | Alteração do modelo dos locais de atendimento de doentes com situações agudas de menor complexidade e urgência clínica**

#### **1. Objetivos**

Rever o modelo atual dos locais de atendimento de doentes não urgentes e pouco urgentes, atualmente designados de Serviço de Atendimento de Situações Urgentes (SASU), que per si constitui um contrassenso técnico para “Centros de Atendimento Clínico”.

#### **2. Conceito**

O local de atendimento de situações menos complexas / não urgentes não deve seguir o modelo atual do SASU (Serviço de Atendimento de Situações Urgentes) quando não se trata de situações verdadeiramente urgentes, nem pode ser previsto num SAP (Serviço de Atendimento Permanente) quando não existe funcionamento contínuo. Assim, surge o novo modelo de Centro de Atendimento Clínico para as situações agudas de menor complexidade e urgência clínica.

#### **3. População-alvo**

Doentes com situações menos complexas (não urgentes e pouco urgentes).

## Medida C.2 | Apoio médico a doentes em lares (ERPI)

### 1. Objetivos

Assegurar que os doentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) são regularmente acompanhados por médicos das respetivas USF que se deslocam à sua localização, ou outros mecanismos de acompanhamento clínico. Adicionalmente, deverá ser reavaliado o mecanismo de candidatura à verba prevista em PRR para reabilitação dos ERPIs.

### 2. Conceito

No contexto de uma população com 25% de utentes com mais do que 65 anos de idade, é fundamental evitar o transporte frequente e desnecessário para o Serviço de Urgência de utentes altamente dependentes. Contudo, esta medida implica articulação entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social no sentido de se negociar a disponibilidade de recursos humanos das Unidades de Saúde Familiar e cabimento financeiro para assegurar cuidados clínicos em lares.

Sobre a verba considerada em PRR para a reabilitação de ERPIs, deverá ser repensado o mecanismo de candidatura no sentido de acelerar o processo de execução do mesmo.

### 3. População-alvo

Doentes residente em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

## 4. Eixo Estratégico 4 | Saúde Próxima e Familiar

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) desempenham um papel crucial em Portugal, atuando como a porta de entrada para o sistema de saúde e proporcionando cuidados abrangentes e acessíveis à população. As unidades de CSP atuam num conjunto de pilares fundamentais com vista a assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde, prevenir doenças e acompanhar condições crónicas, abordando, de forma integrada, as necessidades de saúde, nas vertentes preventiva e curativa.

Existem mais de 1,7 milhões de portugueses sem Médico de Família atribuído, sendo as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Leiria as mais preocupantes:

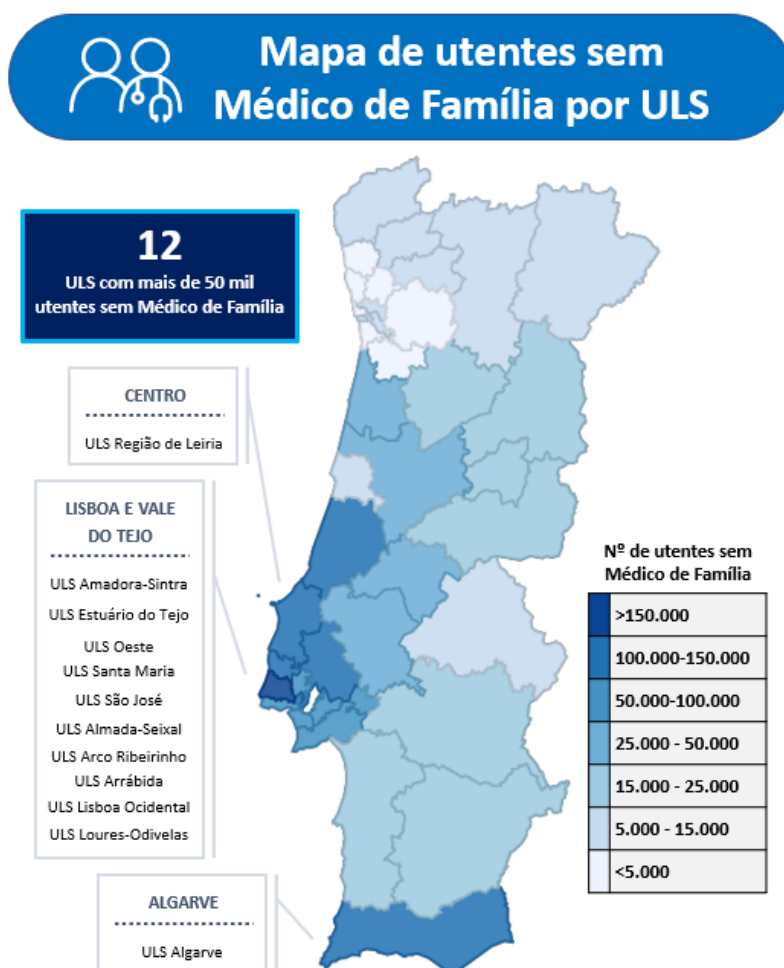


Figura 1 - Mapa de utentes sem Médico de Família por ULS, Maio 2024 (fonte: SPMS)

Neste âmbito, as medidas previstas no eixo estratégico dos Cuidados de Saúde Primários pretendem promover o acesso ao médico para quem precisa e garantir o acompanhamento regular dos utentes em situações de menor complexidade, na vertente preventiva e curativa. Pretende-se assim:



1. **Assegurar o acesso a um médico para quem mais precisa (Médico de Família ou médico assistente) e fomentar a prevenção e diagnóstico antecipado:** propõe-se afetar Médicos de Família ou médico assistente aos utentes que mais precisam, maximizando a capacidade do setor público e garantindo que cada vez mais cidadãos tenham acesso a um médico que os acompanha de forma regular. Em paralelo, a criação de uma linha de atendimento dedicada proporcionará um acesso mais rápido e direto aos serviços médicos necessários, enquanto a implementação de USF modelo C contribuirá para uma maior eficiência e qualidade no acompanhamento dos utentes. No âmbito da prevenção, a disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) de química seca e radiologia convencional nos cuidados de saúde primários, bem como a dinamização de mais rastreios oncológicos, reforçará as capacidades de deteção precoce e intervenção rápida, essenciais para a melhoria contínua da saúde da população.
2. **Reforçar a capacidade de resposta e fomentar a eficiência dos cuidados de saúde primários:** a integração de parceiros do setor social e a colaboração com entidades privadas ou público-privadas, exemplificada pela colaboração com o Hospital de Cascais (PPP), são medidas cruciais para reforçar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários. A valorização da experiência dos profissionais aposentados, ao reintegrá-los no sistema, amplia a capacidade de atendimento. A revisão dos critérios de transição entre USF modelo A e UCSP para USF modelo B visa otimizar a gestão e a qualidade dos serviços prestados. O fortalecimento da colaboração com associações de médicos e cooperativas, juntamente com a promoção do regime voluntário de carteira adicional de utentes, são também estratégias que incentivam a participação ativa dos profissionais de saúde no acompanhamento de um maior número de utentes. Ademais, a criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) representa um avanço na otimização da utilização do tempo e valências dos profissionais de saúde, libertando tempo dos médicos para a atividade assistencial.

Este eixo estratégico pretende desta forma melhorar a prestação de cuidados de saúde primários, promover o acesso ao médico para quem preciso e garantir o acompanhamento regular aos utentes nas vertentes preventivas e curativas.



## A. Medidas Urgentes

### Medida A.1 | Atribuição de Médicos de Família aos utentes em espera com a capacidade atual do setor público

#### 1. Objetivos

- a) Otimizar a atribuição de Médicos de Família, tendo em consideração a atualização das listas de utentes das ULS e o grau de necessidade e utilização dos cuidados de saúde primários pela população
- b) Fomentar a atribuição de Médicos de Família com capacidade imediata à população atualmente em espera, considerando critérios de estratificação de risco, valorizando quem mais precisa face à carga de doença e ao risco calculado em função de parâmetros científicos

#### 2. Conceito

A atribuição de Médicos de Família aos utentes que se encontram atualmente em espera, sem Médico de Família atribuído, é uma prioridade que reflete o compromisso do setor público com a saúde e bem-estar da população. A capacidade atual do setor público, embora limitada, pode ser otimizada através da implementação de medidas que visam a eficiência e a precisão na gestão dos recursos disponíveis. Uma dessas medidas inclui a atualização das listagens de utentes, reformulando a atribuição de médicos de família a utentes não frequentadores dos cuidados de saúde primários, nomeadamente residentes estrangeiros e não-residentes sem registo de consulta médica nos cuidados de saúde primários há mais de 5 anos.

A concretização desta ação irá resultar na possibilidade de atribuir Médico a Família a cerca de 130.561 utentes, inativando o registo, até solicitação em contrário, de 49.796 não residentes e de 80.767 residentes estrangeiros sem consulta recente.

Tipologia de Utente	Nº Utentes abrangidos (a transferir para lista paralela)
<b>Não-Residentes</b> (sem consulta CSP nos últimos 5 anos)	49.796
<b>Residentes estrangeiros</b> (sem consulta CSP nos últimos 5 anos)	80.767
<b>Total</b>	<b>130.561</b>

Adicionalmente, serão ainda atribuídos Médicos de Família aos utentes de concelhos onde atualmente existe carência de um número reduzido de utentes com Médico de Família por atribuir (menos que 120 utentes), representando cerca de 27% do total de concelhos ao nível de Portugal Continental (3.612 utentes).



Unidades Locais de Saúde (ULS)	Utentes s/ Mdf (concelhos <120 utentes s/ Mdf)
ULS NORDESTE	259
ULS TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO	501
ULS TÂMEGA E SOUSA	610
ULS ALTO MINHO	267
ULS ALTO AVE	83
ULS GAIA / ESPINHO	92
ULS BRAGA	110
ULS MÉDIO AVE	98
ULS ENTRE DOURO E VOUGA	45
ULS VISEU DÃO - LAFÕES	239
ULS GUARDA	193
ULS COIMBRA	274
ULS REGIÃO AVEIRO	26
ULS CASTELO BRANCO	77
ULS BAIXO ALENTEJO	143
ULS ALTO ALENTEJO	324
ULS ALENTEJO CENTRAL	216
ULS ALGARVE	55
<b>Total</b>	<b>3.612</b>

Esta medida será um passo significativo na direção de um sistema de saúde mais inclusivo e responsivo às necessidades da população, permitindo, no total, a atribuição de Médicos de Família a 134.175 utentes, que beneficiarão de uma assistência médica mais acessível e personalizada, alinhando-se assim com os esforços contínuos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo setor público.

A atribuição destes Médicos de Família por cada ULS deverá seguir um conjunto de critérios de estratificação de risco, dando prioridade a utentes grávidas, aos menores de 12 anos de idade, aos adultos com mais do que 55 anos de idade e aos portadores de doença crónica.

### 3. População-alvo

Utentes sem Médico de Família atribuído e residentes estrangeiros e não residentes com Médico de Família atribuído sem utilização dos cuidados de saúde primários nos últimos 5 anos.

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
Fase 1	Afetar Médicos de Família aos utentes atualmente em espera, considerando a capacidade atual do setor Público		
1.1	Solicitar à SPMS listagem de utentes com MdF atribuído (residentes estrangeiros, não residentes, etc.)	Grupo de Trabalho PES	SPMS
1.2	Solicitar dados adicionais à SPMS (não frequentadores 1, 3, 5 anos)	Grupo de Trabalho PES	SPMS
1.3	Partilhar listagem com a Grupo de Trabalho PES	SPMS	-
1.4	Estimar o n.º de novos utentes a atribuir MdF com a capacidade atual	Grupo de Trabalho PES	-
1.5	Partilhar manual para as ULS acederem à informação relativa a óbitos, não residentes / residentes estrangeiros sem contacto, para efeitos de atribuição de novos utentes	SPMS	-
1.6	Preparar e publicar despacho para solicitar às ULS a atualização da listagem de utentes	Ministério da Saúde	-
1.7	Preparar e publicar ofício para solicitar às ULS a atribuição de Médico de Família para utentes de concelhos com necessidades <120	Ministério da Saúde	-



## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	% de ULS com listagem de utentes atualizada (remoção de não residentes + residentes estrangeiros sem consulta nos CSP >5 anos e atribuição de novos doentes)	100% até final 2024	Ministério da Saúde
2.	<b>Indicadores de Desempenho</b>		
2.1	Nº de novos utentes previamente sem Médico de Família (maio 2024) com MdF ou médico assistente atribuído	400 mil utentes (até 2025)	Ministério da Saúde



## Medida A.2 | Reforço da resposta pública dos Cuidados de Saúde Primários em parceria com o setor social

### 1. Objetivos

Aumentar a resposta pública dos cuidados de saúde primários com vista a garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde essenciais, de forma regular, quando o utente necessitar.

### 2. Conceito

O elevado número de utentes sem Médico de Família por atribuir em Portugal é uma questão crítica que exige ação imediata. A mobilização do setor social, por meio da alocação de médicos assistentes, é uma medida pragmática para garantir o acesso a cuidados médicos regulares à população sem Médico de Família.

A colaboração com parceiros do setor Social, em particular através da União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e da Cruz Vermelha Portuguesa, é fundamental para atingir este objetivo. Estes parceiros, com a sua vasta rede e experiência, estão numa posição privilegiada para complementar os esforços do setor público, especialmente em áreas onde a escassez de recursos é mais acentuada. Este protocolo irá estabelecer um modelo de financiamento baseado num preço por utente. No âmbito do protocolo, será definido um volume máximo de utentes que cada instituição poderá acolher, mediante a capacidade disponível, garantindo uma distribuição equilibrada e eficiente dos recursos, sendo a alocação de utentes realizada com base no critério da proximidade à instituição social disponível. As instituições do setor social envolvidas deverão ter a possibilidade de prescrever medicamentos e MCDT, podendo igualmente proceder à referência hospitalar de consultas de especialidade, se necessário.

A linha SNS 24 desempenhará um papel importante na comunicação com os utentes, nomeadamente através de contactos ativos (*outbound*) para comunicar a atribuição de médico assistente ou, numa fase posterior, por iniciativa própria dos utentes (*inbound*) com vista a procurar a atribuição de médico assistente, mediante a capacidade disponível.

Após a atribuição inicial de médicos assistentes, segundo o critério da proximidade, os utentes serão estratificados por risco, permitindo uma abordagem priorizada na atribuição de médico a quem mais precisa, nomeadamente utentes grávidas, aos menores de 12 anos de idade, aos adultos com mais do que 55 anos de idade e aos portadores de doença crónica.

A implementação deste protocolo permitirá a atribuição de um médico assistente a um total de 350 mil utentes em instituições do setor social (300 mil Misericórdias e 50 mil Cruz Vermelha Portuguesa), com especial foco em regiões de maior carência como Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve,



proporcionando-lhes acesso a cuidados médicos dentro de um raio de deslocação adequado. Esta medida incide não só na melhoria da cobertura dos cuidados de saúde primários, como também na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, assegurando que os utentes, independentemente da sua localização, possam beneficiar de acompanhamento médico quando precisam.

### **3. População-alvo**

Utentes sem Médico de Família atribuído

#### 4. Cronograma de Atividades

	Atividade:	Responsável:	Entidades participantes:
Fase 1	Reforçar a resposta pública dos Cuidados de Saúde Primários com parceiros do setor Social		
1.1	Avaliar a capacidade de resposta das Misericórdias, mediante o envio das necessidades por região para avaliação	Grupo de Trabalho PES	União das Misericórdias Portuguesas (UMP)
1.2	Partilhar a listagem de entidades do setor social com a respetiva capacidade	UMP	-
1.3	Definir uma proposta de valor base para o pacote por doente	ACSS	Grupo de Trabalho PES
1.4	Negociar pacote de pagamento anual por doente com UMP	Grupo de Trabalho PES	Ministério da Saúde; ACSS; UMP
1.5	Definir fonte de financiamento	Ministério da Saúde	-
1.6	Solicitar à UMP uma linha de contacto dedicada para articulação com o atendimento do SNS24	Grupo de Trabalho PES	-
1.7	Definir o processo de atribuição de médico assistente do setor Social e de comunicação ao utente > <u><i>ver modelo operacional abaixo</i></u>	Grupo de Trabalho PES	SPMS
1.8	Implementar alterações no RNU para prever a sinalização de utentes que têm médico assistente e o registo da unidade	ACSS	SPMS
1.9	Preparar e publicar despacho sobre o protocolo	Ministério da Saúde	-
1.10	Estabelecer processo de monitorização da prescrição de MCDT e Medicamentos	ACSS (CCM-SNS)	Ministério da Saúde; SPMS
1.11	Constituir um grupo de acompanhamento para monitorização da operação	DE-SNS	Ministério da Saúde

**Fase 2 Assegurar a interoperabilidade de sistemas com o setor Social**

2.1	Disponibilizar acesso aos sistemas da SPMS por parte das instituições do setor Social ao abrigo do protocolo	SPMS	Instituições do setor Social
2.2	Migrar informação do doente previamente registada em sistema próprio e/ou papel para sistemas da SPMS	Instituições do setor Social	-

**5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho**

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
<b>1.</b>	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	% utentes da lista de selecionados para alocação a hospitais do setor Social com carta enviada / médico assistente atribuído	90% (até 2025)	Ministério da Saúde
<b>2.</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>		
2.1	Nº de novos utentes previamente sem Médico de Família (maio 2024) com MdF ou médico assistente atribuído	400 mil utentes (até 2025)	Ministério da Saúde

## 6. Modelo Operacional indicativo

A atribuição de médicos assistentes do setor Social e respetiva comunicação ao utente deverá seguir um processo operacional recorrente:

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
1	Atribuição de médico assistente do setor Social e de comunicação ao utente		
1.1	Partilha a listagem de entidades do setor social com a respetiva capacidade	UMP	ACSS
1.2	Identifica os utentes de cada ULS sem médico de família, de acordo com critérios de proximidade às entidades com disponibilidade, cruzando com as entidades disponíveis	ACSS; DE-SNS	SPMS
1.3	Solicita às ULS a validação das listagens num prazo de 8 dias	ACSS	ULS
1.4	Envia carta para todos os utentes de cada ULS com indicação da disponibilidade do médico assistente, indicando que serão contactados para esclarecimento de dúvidas e confirmação	ACSS; DE-SNS	SPMS
1.5	Partilha a listagem de utentes identificados com o SNS24	ACSS; DE-SNS	-
1.6	Contacto pela Linha ( <i>outbound</i> )	SNS24	-

## Medida A.3 | Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Parceria Público-Privada com Hospital de Cascais)

### 1. Objetivo

Criar capacidade adicional de prestação de cuidados de saúde primários que beneficiará diretamente os utentes das ULS de Lisboa Ocidental e Amadora-Sintra, inseridas numa das regiões com maior escassez de Médicos de Família.

### 2. Conceito

O estabelecimento de parcerias com entidades privadas, como o Hospital de Cascais, surge como uma oportunidade para ampliar a oferta de serviços de saúde essenciais, alavancando a atual Parceria Público-Privada (PPP). Este protocolo visa, portanto, reforçar a capacidade de resposta do sistema de saúde, particularmente nos concelhos de Cascais e Sintra (Sintra Ocidental).

Foi identificada, no concelho de Cascais e em cinco freguesias do concelho de Sintra, a existência de mais de 110.000 utentes sem Médico de Família, situação que é agravada pelo facto de os respetivos Centros de Saúde, no âmbito da reorganização do Serviço Nacional de Saúde, terem ficado integrados na ULS de Lisboa Ocidental e na ULS de Amadora-Sintra, com obrigatoriedade de articulação com o Hospital de Cascais, não se garantindo a pretendida integração de cuidados com organização das respostas em saúde em função das pessoas.

O Hospital de Cascais detém uma capacidade instalada suficiente e disponível para responder às necessidades em saúde daqueles 75.000 utentes, bem como assegurar a realização de todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica que venham a ser considerados necessários.

Através desta colaboração, o Hospital de Cascais contribuirá para a criação de uma capacidade adicional que beneficiará diretamente os utentes, oferecendo uma resposta mais efetiva e eficiente aos desafios do sistema de saúde.

### 3. População-alvo

Utentes sem Médico de Família atribuído atualmente afetos à ULS Amadora-Sintra – residentes no concelho de Sintra (Sintra Ocidental) – e ULS Lisboa Ocidental – residentes no concelho de Cascais

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Avaliar a necessidade de resposta do Setor Privado e delinear enquadramento legal</b>		
1.1	Analisar com Hospital de Cascais capacidade para prestação de cuidados de saúde primários e condições base	Ministério da Saúde	-
1.2	Avaliar enquadramento jurídico do acordo com o Hospital de Cascais	Ministério da Saúde	-
1.3	Preparar Despacho para encetar negociação com Hospital de Cascais, ao abrigo do contrato atual das PPP	Ministério da Saúde	-
<b>Fase 2</b>	<b>Negociar protocolo de colaboração com o setor Privado</b>		
2.1	Negociar com Hospital de Cascais a contratualização para prestação de cuidados de saúde primários a 88 mil utentes (2024)	ULS	-

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	Publicação de Despacho	Despacho publicado (1º Semestre 2024)	Ministério da Saúde
1.2	Protocolo negociado com Hospital de Cascais	Protocolo assinado (3º Trimestre 2024)	ULS





## Medida A.4 | Criação de linha de atendimento para utentes que necessitem de acesso a médico no dia

### 1. Objetivos

- a) Estabelecer um canal de comunicação direto com utentes que necessitem acesso a Médico de Família / médico assistente no dia;
- b) Facilitar o processo de atribuição de médico assistente aos utentes elegíveis, promovendo uma via de contacto dedicada com os mesmos.

### 2. Conceito

A criação de uma linha de atendimento dedicada aos utentes que necessitam de acesso a um médico dedicado é uma iniciativa que visa fortalecer o sistema de saúde e promover a acessibilidade dos utentes a cuidados médicos regulares. A integração da linha SNS 24 neste processo é essencial, pois representa um recurso valioso e já estabelecido que pode ser adaptado para atender a esta necessidade de modo eficaz e eficiente.

Esta linha de atendimento será fundamental para dar suporte à medida de reforço da resposta pública através da atribuição de médicos assistentes no setor social a utentes que não têm Médico de Família e necessitam de acesso a médico.

Numa 1ª fase de implementação, a linha de atendimento irá realizar chamadas para os utentes sem Médico de Família (*outbound*), com o objetivo de lhes efetuar a atribuição de médicos assistentes em instituições do setor social.

Numa fase posterior, os utentes poderão de forma proativa contactar a linha de atendimento sempre que necessitarem de um médico assistente (caso não tenham Médico de Família ou não tenha sido atribuído médico assistente no setor social previamente).

Esta abordagem bidirecional assegura que todos os utentes, principalmente aqueles que podem não ter a iniciativa de contactar a linha, sejam considerados para atribuição de médico assistente, que deverá efetuada durante a própria chamada, otimizando o tempo e o processo para o utente.

Esta linha vai também abrir a possibilidade de contacto direto pelas entidades de Cuidados de Saúde Primários, as quais poderão, em caso de necessidade de resposta a um utente sem Médico de Família, contactar a linha no sentido de solicitar o acesso, por via do setor Social e Privado, a uma consulta médica no dia. Para o efeito, deverá ser contratualizado um pacote de consultas com uma agenda associada e partilhada.

Após o contacto com a linha, o acompanhamento por um médico assistente poderá ser efetuado, de forma complementar, com recurso a telemedicina, sendo essa uma decisão a tomar pelo utente / médico, em função da necessidade clínica e da capacidade tecnológica disponível.

### 3. População-alvo

Utentes sem Médico de Família atribuído

---

#### 4. Cronograma de Atividades

	Atividade:	Responsável:	Entidades participantes:
Fase 1	Criar linha de atendimento para utentes que necessitem de acesso a médico no dia		
1.1	Efetuar reunião de briefing para transmitir necessidades e discutir operacionalização da linha	Grupo de Trabalho PES	SPMS
1.2	Formalizar junto da SPMS o pedido de criação da linha de atendimento	Ministério da Saúde	Grupo de Trabalho PES
1.3	Rever processo de atendimento em situações de chamada efetuada/ recebida > <i>ver modelo operacional abaixo</i>	SPMS	Grupo de Trabalho PES
1.4	Realizar formação aos operadores da linha SNS24 no novo processo	SPMS	-
1.5	Ativar a linha de atendimento ( <i>go-live</i> ) e plano de comunicação	SPMS	-

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Lançamento da linha de atendimento de apoio	<i>a definir</i>	SPMS
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	Número de chamadas <i>outbound</i>	<i>a definir</i>	SPMS

## 6. Modelo Operacional indicativo

A operacionalização da linha de atendimento deverá ser realizada tendo em consideração um conjunto de atividades regulares, por forma a garantir o seu funcionamento contínuo.

Neste sentido, deverão ser assegurados pela linha de atendimento os seguintes processos de carácter recorrente:

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
1	Linha de atendimento – chamadas efetuadas para os utentes ( <i>outbound</i> )		
1.1	SNS24 recebe lista de utentes elegíveis para contacto para atribuição de médico assistente no setor Social, seguindo o critério de proximidade à instituição social	SNS24	
1.2	SNS24 contacta utentes identificados para alocação a instituição social selecionada	SNS24	
1.2.1	<i>[caso utente aceite atribuição de médico na Misericórdia selecionada]</i> SNS24 comunica ao utente que lhe irá ser atribuído um médico assistente na instituição selecionada	SNS24	
1.2.2	<i>[caso utente não aceite atribuição de médico na Misericórdia selecionada]</i> SNS24 regista que utente não aceitou e contacta utente seguinte na lista de utentes elegíveis para contacto	SNS24	
1.2.3	<i>[caso capacidade indicada para a instituição social não esteja completa]</i> SNS24 contacta utentes seguintes na lista de utentes elegíveis para a instituição social selecionada e questiona se aceita atribuição de médico assistente	SNS24	
1.3	SNS24 envia, diariamente, listagem com as confirmações dos utentes para a UMP e para a ACSS	SNS24	UMP; ACSS
1.4	UMP distribui junto de cada unidade a listagem dos respetivos utentes	UMP	



1.5	ACSS valida a informação, notifica a ULS e confirma à SPMS para atualização do RNU	ACSS	ULS; SPMS
1.6	SPMS sinaliza no RNU que o utente tem médico assistente e regista a entidade	SPMS	
1.7	Monitoriza a efetiva operacionalização da atribuição dos utentes	DE-SNS	
2	Linha de atendimento – chamadas recebidas dos utentes ( <i>inbound</i> )		
2.1	Utente contacta a linha administrativa do SNS24 e prime a tecla "X" (a definir) para ativar a linha de suporte à atribuição do médico assistente	SNS24	
2.2	<i>[se utente pretender atribuição de médico assistente]</i> SNS24 indica ao utente que irá verificar a disponibilidade na área de proximidade	SNS24	
2.2.1	<i>[caso exista capacidade disponível dentro da área de proximidade]</i> SNS24 indica ao utente que existe disponibilidade para atribuição de médico assistente na área de proximidade e informa qual a instituição atribuída	SNS24	
2.2.2.1	<i>[caso não exista capacidade disponível dentro da área de proximidade]</i> SNS24 verifica capacidade nas instituições sociais em regiões adjacentes à área de proximidade do utente	SNS24	
2.2.2.2	<i>[caso não exista capacidade disponível dentro da área de proximidade]</i> SNS24 questiona utente se aceita que seja atribuído um médico assistente numa instituição social numa região adjacente à sua área de proximidade	SNS24	
2.2.2.3	<i>[caso utente aceite atribuição de médico assistente em instituição social fora da área de proximidade]</i> SNS24 informa o utente sobre qual a instituição atribuída	SNS24	



---

2.4	<i>[caso utente não aceite atribuição de médico assistente em instituição social fora da área de proximidade]</i> SNS24 regista pedido do utente e coloca-o em lista de espera prioritária para a área de proximidade	SNS24	
2.5	SNS24 envia, diariamente, listagem com as confirmações dos utentes para a UMP e para a ACSS	SNS24	UMP; ACSS
2.6	UMP distribui junto de cada unidade a listagem dos respetivos utentes	UMP	
2.7	ACSS valida a informação, notifica a ULS e confirma à SPMS para atualização do RNU	ACSS	ULS; SPMS

---



## B. Medidas Prioritárias

### Medida B.1 | Implementação de USF-modelo C

#### 1. Objetivos

- a) Aumentar a capacidade disponível no SNS para prestação de cuidados de saúde primários, com especial enfoque em regiões com menor cobertura de Médicos de Família;
- b) Criar um modelo complementar de organização das unidades de prestação de cuidados de saúde primários (USF-modelo C), em paralelo com o reforço da estrutura atual com expansão de USF modelo B.

#### 2. Conceito

As Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C são instituições que se enquadram no sistema de cuidados de saúde primários em Portugal, oferecendo uma estrutura mais autónoma e flexível que promove a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e a eficiência na prestação dos mesmos. Este modelo permite uma maior responsabilização das equipas de saúde, incentivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes.

A autonomia conferida às USF modelo C visa estimular uma gestão mais eficaz e uma resposta mais rápida às necessidades dos utentes.

Sendo as regiões de Lisboa e Vale do Tejo – LVT (67% dos utentes sem MdF em Portugal), Algarve (7% dos utentes sem MdF em Portugal) e Centro (17% dos utentes sem MdF em Portugal, com enfoque para Leiria que representa 7%) as que registam maiores carências, a implementação de USF modelo C poderão ser uma alternativa fundamental para colmatar parcialmente as necessidades da população residente nestas regiões.

Assim, propõe-se que no início de julho de 2024 sejam colocados a concurso 4 agrupamentos de USF modelo C (cada um destes composto por 5 USF modelo C), para início de funções antes do final do ano.

Estes agrupamentos deverão ser distribuídos por três regiões com maior necessidade (2 em Lisboa, 1 no Algarve, 1 em Leiria), com uma base populacional de 45 mil utentes por agrupamento, perfazendo uma capacidade total para 180 mil utentes (dos quais metade – 90 mil utentes – na área de Lisboa e Vale do Tejo (LVT)).

Durante o ano 2025, deverão ser lançadas mais duas fases de concurso público para implementação de quatro (2+2) novos agrupamentos (cada um destes composto por 5 USF modelo C) na região de

Lisboa, totalizando uma cobertura populacional de 360.000 utentes, em conjunto com a primeira fase de concurso lançada em 2024.

A implementação das USF modelo C preconizadas nestes dois concursos (divididos em 3 fases) potenciará a cobertura de uma parte significativa das necessidades nas regiões visadas, sendo estas regiões complementarmente alvo de outras medidas presentes, em paralelo, neste plano.

Região	Utentes inscritos CSP (Nº)	Utentes sem MdF atribuído		% dos Utentes sem MdF atribuído (Nacional)	Cobertura utentes sem MdF após 2024 (Fase 1)		Cobertura utentes sem MdF após 2025 (Fases 2+3)	
		Nº	% do Total		Nº	% do Total	Nº	% do Total
Norte	3,768,546	72,166	1,9%	5%	-	-	-	-
Centro	1,892,082	259,308	13,7%	17% (7% Leiria)	45,000	17% (43% Leiria)	45,000	17% (43% Leiria)
LVT	3,684,984	1,043,486	28,3%	67%	90,000	9%	270,000	26%
Alentejo	488,986	78,773	16,1%	5%	-	-	-	-
Algarve	517,361	110,306	21,3%	7%	45,000	41%	45,000	41%
Nacional	10,351,959	1,564,039	15,1%	100%	180,000	12%	360,000	23%

Atendendo à acentuada necessidade que se vive nestas regiões, poderá ser relevante priorizar a prestação de cuidados às populações que por norma mais necessitam de cuidados médicos regulares, nomeadamente os menores de 12 anos e os maiores de 55 anos, mulheres grávidas e utentes com patologias crónicas. Como vantagem complementar, as USF modelo C iriam ainda estimular a competitividade e o alargamento da carteira de serviços das USF, nomeadamente no que concerne a utentes com patologia crónica agudizada e doenças agudas.

Paralelamente ao concurso público para implementação de agrupamentos de USF modelo C nas regiões de Lisboa, Leiria e Algarve, reconhece-se a possibilidade de estabelecer USF modelo C de pequena e média dimensão que possam operar de forma ágil e adaptada às comunidades locais. Esta implementação concretiza um passo adicional na reorganização dos cuidados de saúde primários em Portugal. Com o apoio de parceiros capacitados, este novo modelo promove não só a eficiência na prestação de serviços de saúde, mas também o reforço do sistema de saúde com uma abordagem mais integrada e centrada no utente.

### 3. População-alvo

Utentes das áreas de influência dos futuros agrupamentos de USF modelo C (Lisboa, Algarve e Leiria)

#### 4. Cronograma e Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Implementar USF modelo C</b>		
1.1	Face à situação atual e às prioridades, estabelecer, de forma faseada, as necessidades de constituição de USF modelo C por região e o período de contratação	Ministério da Saúde	ACSS
1.2	Preparar o Caderno de Encargos e demais peças do concurso, de acordo o quadro legal em vigor	ACSS	SPMS
1.3	Publicar o concurso	ACSS	SPMS
1.4	Prestar os esclarecimentos dentro dos prazos definidos e aguardar a resposta pelas entidades concorrentes	ACSS	SPMS
1.5	Proceder à avaliação pelo júri das propostas apresentadas e publicar o relatório preliminar	ACSS	SPMS
1.6	Publicar o relatório final e proceder à adjudicação formal	ACSS	SPMS
1.7	Acompanhar a fase de preparação da operação das USF modelo C, em conjunto com a entidade selecionada	ACSS	SPMS
1.8	Início da operação das USF modelo C	ACSS	ULS
1.9	Acompanhar e monitorizar de forma contínua a operação das USF modelo C	ACSS	ULS



## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Nº de novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 USF por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno Encargos)	2 em Lisboa + 1 no Algarve + 1 no Centro (1º Trimestre 2025)	ACSS
1.2	Nº de novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 USF por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno Encargos)	2 em Lisboa (2º Trimestre 2025)	ACSS
1.3	Nº de novos agrupamentos de USF modelo C (até 5 USF por agrupamento) por região selecionada (de acordo com o estipulado no Caderno Encargos)	2 em Lisboa (4º Trimestre 2025)	ACSS
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	<i>(a monitorização contínua do desempenho das USF modelo C deverá ser realizada através da avaliação dos indicadores definidos no Caderno de Encargos, conforme a legislação em vigor aplicável à constituição e monitorização das atividades das USF modelo C)</i>		ULS / ACSS



## Medida B.2 | Reforço da resposta pública com médicos aposentados

### 1. Objetivos

- a) Colmatar lacunas pontuais na capacidade disponível para prestação de cuidados de saúde primários à população;
- b) Dotar as ULS de recursos humanos adicionais / temporários para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde dos seus utentes.

### 2. Conceito

O Decreto-Lei n.º 89/2010 surge como um instrumento crucial para complementar a capacidade do SNS na prestação de cuidados de saúde primários, ao estabelecer um regime excecional para contratação de médicos aposentados pelos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em vigência até 31 dezembro 2024. Este regime visa não só colmatar as lacunas existentes na prestação de cuidados, mas também aproveitar a experiência acumulada destes profissionais.

Conforme estipulado no artigo 24º da Lei do Orçamento do Estado para 2024 (Lei n.º 82/2023 de 29 de dezembro), os médicos aposentados que exerçam funções nos cuidados de saúde primários mantêm a respetiva pensão de aposentação, acrescida de 75% da remuneração base correspondente à categoria (nota: se médico aposentado desempenhar funções numa USF modelo B, não é elegível para incentivo indexado ao Índice de Desempenho da Equipa (IDE)). Adicionalmente, no Despacho n.º 2486/2024, foram definidos contingentes específicos para o recrutamento de médicos aposentados em 2022, 2023 e 2024 (427, 587 e 900 médicos, respetivamente), com objetivo de suprir as necessidades não cobertas pela capacidade atual dos cuidados de saúde primários.

Segundo dados do RHV, estima-se que cerca de 556 médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) se aposentem durante este ano (idade igual ou superior a 66 anos). Comparativamente com os expectáveis 461 médicos recém-especialistas de MGF (excluindo PPP e Regiões Autónomas), verifica-se um saldo negativo entre médicos aposentados e recém-formados de 95 médicos, reforçando a necessidade de extensão no ativo de médicos em vias de aposentação.

Esta medida prioritária, a aplicar em regime transitório a 3 anos, visa atuar em duas vertentes:

1. **Prorrogação do regime de contratação de médicos aposentados:** fundamental para assegurar a continuidade deste reforço. É imperativo que tal extensão seja claramente delineada na formalização legal da medida (Decreto-Lei), para que não seja interpretada como um estímulo à reforma antecipada, mas sim como uma opção para os médicos que desejam continuar a contribuir para o sistema de saúde além da idade de reforma estipulada, mediante as necessidades não cobertas da população.



- 2. Revisão do regime excepcional de contratação de médicos aposentados:** propõe-se aumentar a remuneração base do médico dos 75% para os 100%. Os médicos aposentados em funções numa USF modelo B deverão ainda ser elegíveis para 50% dos incentivos indexados ao IDE.

A adoção desta medida proporcionará um reforço significativo na capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, dotando as ULS de recursos adicionais de forma temporária, sendo possível assegurar a satisfação das necessidades de cuidados de saúde dos utentes, aproveitando a valiosa experiência dos médicos aposentados e mantendo a qualidade e a eficiência do serviço prestado.

Pretende-se que este regime transitório não comprometa a necessária renovação dos quadros, pelo que se admite a sobreposição necessária para que os médicos aposentados possam vir a ser substituídos por recém-graduados.

### **3. População-alvo**

- População geral
- Médicos aposentados (ou em vias de aposentação brevemente)

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
Fase 1	Reforçar a resposta pública com quadros aposentados		
1.1	Identificar e rever as condições de contratação de médicos aposentados	Ministério da Saúde	ACSS
1.2	Apresentar e discutir a proposta com sindicatos e associações	Ministério da Saúde	-
1.3	Preparar diploma legal para revisão do regime de contratação de médicos aposentados por parte das ULS	Ministério da Saúde	ACSS; ULS

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Decreto-Lei para prorrogação e atualização do regime de contratação de médicos aposentados	Publicado	Ministério da Saúde
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	Nº de novos utentes cobertos pela capacidade adicional resultante da contratação de médicos aposentados	<i>a definir</i>	ULS / ACSS



## Medida B.3 | Revisão dos critérios de transição de USF-modelo A e UCSP e para USF-modelo B

### 1. Objetivos

- a) Potenciar a melhoria na prestação de cuidados de saúde das atuais USF-modelo A e UCSP, com vista a efetuarem a transição para USF-modelo B;
- b) Fomentar o alargamento da rede de USF-modelo B a nível nacional.

### 2. Conceito

A melhoria contínua dos cuidados de saúde primários é um pilar fundamental para o bem-estar da população e a eficiência do sistema de saúde em Portugal. Neste contexto, a transição de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo A para USF modelo B assume um papel crucial, sendo as USF modelo B reconhecidas por uma gestão mais autónoma e por padrões de qualidade superiores.

Atualmente, a transição de UCSP e USF modelo A para USF modelo B é regida pelo artigo 17º da Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro, alterada pela Portaria n.º 127-A/2024/1, que estabelece como critério um Índice de Desempenho Global (IDG) superior ou igual a 60%. Esta barreira, embora garanta um certo nível de qualidade, pode limitar a capacidade de muitas UCSP e USF modelo A evoluírem para uma estrutura organizacional mais avançada e eficiente.

A proposta de flexibilização do critério de transição deverá avançar em duas vertentes:

1. **Reduzir o limiar nacional do IDG para mais de 50%**, representando uma oportunidade para que um maior número de UCSP e USF modelo A possa aspirar a tornar-se USF modelo B - esta mudança não só facilitará a transição como também incentivará as UCSP e USF modelo A a melhorarem o seu desempenho, aproximando-se dos padrões de qualidade das USF modelo B;
2. **Ajustar os critérios de acesso a USF modelo B à realidade verificada nas regiões de baixa densidade.**

A implementação desta medida permitirá uma monitorização mais eficaz das instituições, garantindo que os padrões de qualidade aplicável às USF modelo B sejam cumpridos. Além disso, a criação de mais USF modelo B potenciará a melhoria dos serviços prestados, refletindo-se numa maior satisfação dos utentes e numa prestação de cuidados de saúde mais eficiente.

Em suma, a revisão dos critérios de transição de UCSP e USF modelo A para USF modelo B é uma estratégia que alinha os objetivos de melhoria contínua com a realidade operacional das unidades de saúde dos cuidados de saúde primários. Esta medida não só facilitará a transição para um modelo de gestão mais eficiente como também contribuirá para o alargamento da capacidade e qualidade dos cuidados de saúde primários em Portugal, reforçando a rede de USF modelo B a nível nacional e promovendo uma evolução positiva no panorama da saúde pública.



### **3. População-alvo**

População geral (utentes das atuais USF modelo A e UCSP que transitem para USF modelo B)

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Rever critérios de transição de UCSP para USF modelo B</b>		
1.1	Revisitar enquadramento legal dos requisitos para transição das UCSP para USF modelo B	Ministério da Saúde	-
1.2	Redefinir os critérios atuais com vista a liberalizar a transição de UCSP para USF modelo B	Ministério da Saúde	-
1.3	Publicar diploma legal com novo conjunto de critérios de transição definidos	Ministério da Saúde	-

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	Publicação de portaria com critérios revistos	Publicação realizada (Até dez. 2024)	Ministério da Saúde
1.2	N.º de novas USF-B	<i>a definir</i>	Ministério da Saúde



## Medida B.4 | Reforço da resposta pública em parceria com o setor privado (Associações de Médicos e Cooperativas)

### 1. Objetivos

- a) Alargar a capacidade para prestação de cuidados de saúde primários do SNS;
- b) Garantir o acesso a cuidados de saúde de proximidade aos utentes das ULS com limitações na capacidade disponível.

### 2. Conceito

A colaboração entre o setor público e privado na saúde visa reforçar a resposta pública e garantir uma cobertura de cuidados mais ampla e eficiente. Neste sentido, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) poderá desempenhar um papel crucial no estabelecimento de convenções a nível nacional, definindo regras e diretrizes claras para a contratação de serviços com o setor privado por parte das Unidades Locais de Saúde (ULS). Esta convenção nacional será essencial para assegurar a transparência e a equidade na definição de preços, bem como para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos pelas unidades convencionadas.

As ULS têm a responsabilidade de ativar esta convenção sempre que necessário, através do lançamento de concursos públicos destinados a cooperativas e associações de médicos, visando a expansão da rede de cuidados de saúde. As cooperativas e associações de médicos assumem desta forma a responsabilidade pelo tratamento de parte dos doentes das ULS, operando dentro do quadro de preços previamente acordado.

A implementação desta estratégia de parceria é um passo significativo para garantir o acesso a cuidados de saúde de proximidade, especialmente para os utentes das ULS que enfrentem limitações na capacidade disponível. Ao alargar a capacidade para a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), esta abordagem contribui para a redução do tempo de espera para consulta nos CSP e para a melhoria do acesso aos serviços de saúde por parte da população portuguesa.

### 3. População-alvo

População geral.



#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Reforçar a resposta pública com parceiros do setor Privado (Associações de Médicos e Cooperativas)</b>		
1.1	Definir a necessidade e os critérios para estabelecimento de convenção com associações de médicos e convenções	ACSS	-
1.2	Preparar um contrato de convenção	ACSS	Ministério da Saúde
1.3	Disponibilizar e comunicar a convenção às ULS	ACSS	ULS
1.4	Acompanhar e monitorizar de forma contínua a operação das entidades do setor Privado	DE-SNS	-

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	<b>Indicadores de Implementação</b>		
1.1	Nº de utentes abrangidos por convenção com cooperativas / associações de médicos	A definir	ACSS
2.	<b>Indicadores de Desempenho</b>		
2.1	Indicadores de desempenho das cooperativas / associações de médicos ao abrigo da convenção serão definidos pela ACSS, devendo refletir métricas de desempenho semelhantes às aplicadas aos parceiros do setor Social (medida A.2)	A definir	ACSS

## Medida B.5 | Incentivo à adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes

### 1. Objetivos

- a) Aumentar a capacidade disponível para acomodar novos utentes nos cuidados de saúde primários do SNS;
- b) Possibilitar o aumento da carteira de utentes por médico, em regime voluntário.

### 2. Conceito

No contexto atual dos cuidados de saúde primários, a dimensão mínima em carteira de Unidades Ponderadas (UP) por médico situa-se em 1.917 UP para Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo B – equivalente em média a 1.550 utentes (fonte: Artigo 9.º DL n.º 298/2007 de 22 de agosto na sua redação atual) – e 2.164 UP para médicos em regime de dedicação plena individual – equivalente a aproximadamente 1.750 utentes.

Com o intuito de otimizar a distribuição de utentes e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, propõe-se a implementação de um regime voluntário que permita aos médicos aumentar a sua carteira de utentes. Este regime facultativo, a aplicar enquanto medida transitória a 5 anos, possibilitará que cada médico adicione até 200 utentes adicionais à sua lista, promovendo assim uma maior flexibilidade e capacidade de resposta às necessidades da população. Esta seria uma medida transitória, vigente durante 5 anos.

Para a concretização desta medida, será importante a auscultação dos sindicatos e associações do setor de MGF, assegurando que os termos e condições deste novo regime são claros. Por conseguinte, deverá proceder-se à publicação de um diploma legal que estabeleça o enquadramento legal é fundamental para garantir a transparência e a formalidade do processo.

A implementação deste regime aumentará a capacidade disponível para acolher novos utentes nos cuidados de saúde primários do SNS, representando um passo significativo na direção de uma cobertura mais ampla e eficiente dos cuidados de saúde primários, alinhando as necessidades dos utentes com a disponibilidade e a vontade dos médicos em expandir suas carteiras de forma voluntária.

### 3. População-alvo

- Utesntes sem Médico de Família atribuído
- Médicos de Medicina Geral e Familiar aderentes ao regime voluntário de carteira adicional de utentes

#### 4. Cronograma de Atividades

	<b>Atividade:</b>	<b>Responsável:</b>	<b>Entidades participantes:</b>
Fase 1	Estimular adesão ao regime voluntário de carteira adicional de utentes		
1.1	Definir proposta de regime voluntário de carteira adicional de utentes (ex.: nº utentes máximo em carteira adicional)	Grupo de Trabalho PES	-
1.2	Aferir a remuneração suplementar associada ao aumento da lista de utentes	Grupo de Trabalho PES	-
1.3	Apresentar e discutir a proposta com sindicatos e associações	Ministério da Saúde	-
1.4	Preparar diploma legal para aumento voluntário da lista de inscritos em carteira adicional de utentes	Ministério da Saúde	-

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Publicação do diploma legal para formalização da medida	Publicado	Ministério da Saúde
2.	Indicadores de Desempenho		
2.1	Nº total de utentes cobertos pelo regime voluntário de carteira adicional de utentes	<i>a definir</i>	ACSS / ULS



## C. Medidas Estruturantes

### Medida C.1 | Disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica em química seca e radiologia convencional

#### 1. Objetivos

- a) Fomentar o diagnóstico antecipado e tratamento de patologias detetáveis através de meios complementares de diagnóstico (MCDT) de química seca e radiologia convencional;
- b) Dotar os cuidados de saúde primários de MCDT adequados;
- c) Democratizar o acesso a MCDT e reduzir necessidade de encaminhamento para centros especializados, nomeadamente em regiões remotas.

#### 2. Conceito

A incorporação de tecnologias de química seca e radiologia convencional (ex.: raio-x) nos cuidados de saúde primários representa um avanço significativo na prestação de serviços médicos. A química seca, em particular, oferece uma série de vantagens, como a rapidez na obtenção de resultados e a redução do risco de contaminação, uma vez que não requer reagentes líquidos para a realização de exames laboratoriais. Esta tecnologia permite que os profissionais de saúde realizem uma ampla gama de testes bioquímicos de forma eficiente e confiável, facilitando o diagnóstico e o acompanhamento de condições crónicas, como diabetes e dislipidemias. Por outro lado, a disponibilidade de equipamentos de raio-x nos cuidados de saúde primários melhora significativamente a capacidade de diagnóstico imediato de diversas condições, como fraturas ósseas e patologia pulmonar, com apoio de telemedicina. A possibilidade de realizar radiografias no local reduz a necessidade de encaminhamento para centros especializados, acelerando o processo de diagnóstico e tratamento. Adicionalmente, a presença de raio-x nos cuidados primários é particularmente benéfica em áreas remotas ou com recursos limitados, onde o acesso a instalações de diagnóstico avançado pode ser restrito.

A disponibilização de MCDT de química seca (a implementar em diversos centros) e radiologia convencional (a implementar progressivamente ao abrigo do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)) será uma mais-valia particularmente em centros com atendimento de utentes urgentes de prioridade Verde e Azul e Serviços de Atendimento Complementar (SAC, ex-SASU).

#### 3. População-alvo

População geral



## Medida C.2 | Dinamização de rastreios oncológicos nos Cuidados de Saúde Primários

### 1. Objetivos

- a) Promover a prevenção de doenças oncológicas através do rastreio;
- b) Facilitar o acesso dos utentes ao rastreio de doenças oncológicas;
- c) Alargar o papel das unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (CSP) na vertente preventiva, dentro da esfera oncológica.

### 2. Conceito

A dinamização dos rastreios oncológicos nas unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (CSP) constitui um objetivo estratégico para a melhoria contínua da saúde pública. A existência de planos nacionais de rastreio oncológico, sob a coordenação da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), reflete o compromisso do sistema de saúde na prevenção e deteção precoce do cancro. Estes planos, que atualmente dependem da operacionalização pelas Unidades Locais de Saúde (ULS), são fundamentais para a implementação de medidas eficazes de rastreio.

Neste sentido, a necessidade de expandir os rastreios em áreas específicas (ex.: Gastroenterologia) é essencial, especialmente considerando patologias como o cancro colorretal e gástrico. A realização destes rastreios diretamente nos CSP não só é mais eficiente em termos de custos, evitando despesas desnecessárias em produção oncológica a nível hospitalar, mas também promove uma maior acessibilidade e conveniência para os utentes. Esta abordagem preventiva é crucial para a redução da incidência e mortalidade associadas às doenças oncológicas.

No âmbito concreto da Gastroenterologia, é necessário rever a convenção para a realização de colonoscopias, nomeadamente no seu âmbito e abrangência. A remuneração adequada por este procedimento é essencial, incentivando a prática de rastreios regulares e a intervenção precoce.

Em suma, a otimização dos rastreios oncológicos nos CSP permitirá não só alargar o papel destas unidades na prevenção do cancro, mas também fortalecerá o sistema de saúde como um todo. Esta iniciativa é um passo significativo na promoção da saúde oncológica e na prevenção de doenças, contribuindo para uma sociedade mais saudável e um sistema de saúde mais sustentável. A implementação desta medida reforçará a capacidade de resposta dos CSP, promovendo uma abordagem integrada e eficiente na luta contra o cancro.

### 3. População-alvo

População geral



## Medida C.3 | Criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica

### 1. Objetivos

- a) Libertar os centros de saúde de tarefas referentes à emissão de documentos para fins Fiscais e Sociais;
- b) Garantir resposta centralizada e otimizada, ao nível da ULS, para a emissão de Atestados de Robustez Física e Psíquica.

### 2. Conceito

A criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) surge como uma resposta estratégica às necessidades atuais do sistema de saúde. O objetivo principal destas estruturas será centralizar e especializar o processo de avaliação médica e psicológica, essencial para a emissão de documentos para fins fiscais e sociais, como Atestados de Robustez Física e Psíquica para diversos fins (exemplo: carta de condução grupo 1 e grupo 2, licença de caçador, conceção de licença para uso e porte de arma, desportista náutico – carta de marinheiro, patrão de vela e motor, de costa e de alto mar, entre outros).

Os CAMP funcionarão como unidades autónomas, dotadas de profissionais especializados nas áreas de medicina e psicologia, que trabalharão em conjunto para avaliar a condição dos indivíduos de forma integrada. A centralização destas atividades permitirá uma maior rapidez no processo de emissão dos documentos necessários.

Com a implementação dos CAMP, os médicos dos centros de saúde poderão dedicar-se mais intensamente às suas funções primárias de prestação de cuidados de saúde. A desvinculação das tarefas administrativas relacionadas com a emissão de atestados permitirá que os médicos se foquem no atendimento clínico dos utentes, melhorando a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde primários. Esta reorganização trará benefícios significativos para os profissionais de saúde e para os utentes, que passarão a ter um serviço mais ágil e focado nas suas necessidades médicas.

A criação de CAMP a nível nacional deverá beneficiar da experiência adquirida e boas práticas provenientes da implementação de CAMP atualmente em funcionamento a nível local.

### 3. População-alvo

- População geral que necessite de Atestado de Robustez Física e Psíquica para fins diversos
- Médicos de Medicina Geral e Familiar dedicados a atividades assistenciais



## 5. Eixo Estratégico 5 | Saúde Mental

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, especialmente nos países ocidentais industrializados. Em Portugal, concretamente, as perturbações psiquiátricas representam 12% da carga global de doenças, atrás das doenças cerebrais/cardiovasculares, com um peso global de 14%.

Nos últimos 20 anos, a legislação em saúde mental que vigorou permitiu avanços importantes em diversas dimensões, tanto numa perspetiva da organização dos serviços locais de saúde mental (SLSM), como no cumprimento dos direitos humanos e da regulamentação adequada do internamento compulsivo. No entanto, não permitiu que se implementasse de forma generalizada em Portugal um modelo organizativo de prestação de cuidados em linha com os dos outros países da Europa Ocidental. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde, problemas económicos, estigma e assimetrias regionais continuam a ser barreiras muito fortes, impedindo que as populações recebam cuidados de qualidade de forma equitativa.

Considerando a saúde mental como um pilar estratégico do Serviço Nacional de Saúde, é crítico que se avancem com medidas condizentes com as boas práticas internacionais e em linha com as necessidades locais. Algumas das medidas já estão previstas no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), pelo que apenas carecem de deliberação de organismos da tutela para depois serem operacionalizadas – sendo que em alguns casos o prazo de execução é 2024, ou seja, têm risco elevado de perda de financiamento por não execução. Outras, apesar de não serem financiadas pelo PRR, são igualmente relevantes pelo contributo que aportam no enquadramento nacional da saúde mental.

## **A. Medidas Urgentes**

### **Medida A.1 | Contratação de psicólogos para os Cuidados de Saúde Primários**

#### **1. Objetivos**

Reforçar a integração e participação de 100 psicólogos nas equipas multidisciplinares dos CSP na promoção da saúde mental, prevenção da doença e melhoria dos cuidados de saúde prestados em Portugal.

#### **2. Conceito**

A capacitação dos CSP com Psicólogos é fundamental para a garantia de uma abordagem holística e eficaz que promova o bem-estar da população em Portugal.

A presença de Psicólogos nos centros de saúde permite uma atuação mais abrangente à saúde, e em particular à saúde mental. Para além de ajudarem a prevenir e a tratar problemas emocionais de ansiedade, de depressão e de outros distúrbios psicológicos, os psicólogos podem ajudar a reduzir a carga da doença mental, melhorando a qualidade de vida dos cidadãos, e da comunidade onde se inserem. A intervenção precoce e contínua dos psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários é também essencial para reforçar a prevenção de comportamentos de risco para a saúde, como o tabagismo e o sedentarismo. Adicionalmente, os psicólogos podem ainda promover hábitos saudáveis e a adesão a tratamentos médicos, contribuindo também para diminuir o tempo e a frequência de hospitalizações, bem como o número de consultas médicas e idas às urgências.

Com a implementação desta medida pretende-se garantir a equidade de acesso a psicólogos no Serviço Nacional de Saúde, suprimindo esta necessidade nacional de longa data, que se agravou particularmente com pandemia da COVID-19.

#### **3. População-alvo**

Utentes dos Cuidados de Saúde Primários, em particular aqueles afetos a equipas deficitárias em termos de Psicólogos.



#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Operacionalização em função das prioridades identificadas			
1.1	Pedido a todos os Conselhos de Administração que indiquem o número de psicólogos que necessitam para os Cuidados de Saúde Primários, devidamente fundamentado	DE-SNS	
1.2	Avaliação dos pedidos e mapeamento das prioridades	DE-SNS	
1.3	Aprovação da verba para contratação de 100 Psicólogos	ACSS	
1.4	Mandar Hospitais, em função da prioridade	DE-SNS	Hospitais definidos
1.5	Contratação pública descentralizada com o propósito de conclusão da contratação até 31 de agosto		Hospitais definidos

#### 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	N.º de Psicólogos ativos nos Cuidados de Saúde Primário	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	N.º pessoas com doença mental grave seguidas por Psicólogos	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Taxa de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência	<i>A definir</i>	ACSS



## Medida A.2. | Criação de programa estruturado de Saúde Mental para as forças de segurança (PSP e GNR)

### 1. Objetivos

- Implementar uma Via Verde dedicada às forças de segurança;
- Disponibilizar os Cuidados de Saúde Primários com equipas multidisciplinares dedicadas;
- Recorrer aos serviços do SNS em caso de doença aguda em ambiente de urgência psiquiátrica;
- Rever o protocolo de apoio e acompanhamento psicológico e prevenção do suicídio.

### 2. Conceito

Um programa estruturado para a Saúde Mental dedicado às forças de segurança, como a Polícia de Segurança Pública (PSP) e a Guarda Nacional Republicana (GNR), deverá resultar da articulação entre o Ministério da Administração Interna e o Ministério da Saúde.

A Inspeção-Geral da Administração Interna (IGAI) já está atualmente a planear propor a criação de um grupo de trabalho (GT) para este efeito.

Considerando a importância que as forças de segurança representam para a sociedade civil, associado às necessidades específicas que têm na área de Saúde Mental, é fundamental atuar de forma colaborativa e efetiva. Nesse sentido, pretende-se implementar uma Via Verde dedicada, agilizar o acesso a urgências psiquiátricas e disponibilizar equipas multidisciplinares nos Cuidados de Saúde Primários para garantir o apoio e o acompanhamento psicológico – atuando ao nível do controlo e prevenção da doença – adaptado às situações de stress, depressão e à elevada taxa de suicídios observada nesse grupo profissional.

O programa será monitorizado e avaliado regularmente para assegurar o cumprimento dos seus objetivos.

### 3. População-alvo

Forças de segurança (PSP e GNR) de Portugal Continental.

#### 4. Cronograma de Atividades

<b>Fase 1 Mapeamento das necessidades por região</b>		
1.1	Identificação de todos os agentes que necessitam de apoio na área da Saúde Mental	Ministério da Administração Interna em articulação com o Ministério da Saúde
<b>Fase 2 Operacionalização</b>		
2.1	Constituição de grupo de trabalho inter-ministerial	IGAI
2.2	Implementação de Via Verde dedicada	Grupo de trabalho IGAI
2.3	Disponibilização de agenda nos CSP dedicados às forças de segurança	Ministério da Saúde
2.4	Revisão de protocolo de apoio e acompanhamento psicológico e prevenção do suicídio	Ministério da Saúde
<b>Fase 3 Monitorização e Avaliação dos Indicadores</b>		
3.1	Recolha e monitorização contínua dos indicadores	Grupo de trabalho IGAI

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores Mensais de Implementação		
1.1	Nº de agentes com necessidades na área da Saúde Mental	<i>A definir</i>	Grupo de trabalho IGAI
1.2	Nº de agentes que utilizaram a Via Verde	<i>A definir</i>	Grupo de trabalho IGAI
1.3	Nº de agentes acompanhados em CSP	<i>A definir</i>	Grupo de trabalho IGAI
1.4	Nº de agentes que acederam às urgências psiquiátricas	<i>A definir</i>	Grupo de trabalho IGAI
1.5	Nº de agentes que acederam às urgências gerais	<i>A definir</i>	Grupo de trabalho IGAI
1.6	Nº de suicídios	<i>A definir</i>	Grupo de trabalho IGAI

## Medida A.3 | Desinstitucionalização de situações crónicas em saúde mental

### 1. Objetivo

Desinstitucionalizar as pessoas com doença mental residentes em hospitais, promovendo respostas residenciais na comunidade.

### 2. Conceito

Nos últimos 20 anos têm vindo a reduzir-se progressivamente as funções outrora atribuídas aos hospitais psiquiátricos, tal como já estava previsto no PNSM em 2007. O ritmo de transferência de responsabilidades assistenciais ficou, no entanto, aquém do desejável, quer pela ausência de respostas em alguns hospitais gerais (e.g. internamento para pessoas com doença em fase de agudização), quer pela inexistência de um programa estruturado de desinstitucionalização.

Ao continuar a ser uma exceção no panorama da enorme evolução dos serviços de saúde do nosso país, ainda para mais sem qualquer fundamento de natureza científica que o sustente, Portugal está longe de ter aplicado no terreno as medidas a que se obrigou pelas convenções internacionais que assinou e ratificou. Esta situação tem afetado não só a população em geral, como também as pessoas que se encontram institucionalizadas (hospitais psiquiátricos, unidades forenses), tendo suscitado críticas e recomendações sucessivas de instâncias internacionais como o Comité Europeu para a Prevenção da Tortura (União Europeia) e o Subcomité para a Prevenção da Tortura das Nações Unidas.

Na sequência da sua inscrição como meta de reforma no PRR (*milestone* RE-2.3), foi revisto o acordo de prestação de serviços estabelecido em 1983, que definia e regulava as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social com fins de saúde (IPSS).

### 3. População-alvo

Doentes crónicos residentes em hospitais.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Aprovação do programa		
1.1	Aprovar Programa de SM (fev. 2023)	Ministério da Saúde
Fase 2 Emissão de parecer da DE-SNS		
2.1	Emissão de parecer para ACSS avançar com processo	DE-SNS
Fase 3 Operacionalização		
3.1	Articulação entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social sobre o avanço da medida	Ministério da Saúde
3.2	Estimativa da diária do montante para cuidados continuados de longa duração	ACSS
3.3	Realização de convenções com os diversos tipos de parceiros, mediante convenção / acordo com a União de Misericórdias e procedimento concursal relativamente às restantes situações (ou, alternativamente, procedimento concursal para todos os tipos de entidades e colaborações)	ACSS
3.4	Apresentação de candidaturas dentro dos prazos legais	IPSS
3.5	Mandar IPSS a usarem verba para operacionalização da medida, de forma que o programa possa estar concretizado na sua plenitude até 2026	ACSS

3.6 Comunicação à ACSS e DE-SNS do cumprimento da implementação da medida IPSS

**Fase 4 Auditoria às respostas criadas e monitorização**

4.1 Auditoria a IPSS convencionadas, de acordo com as competências dos organismos do Ministério da Saúde TBD

4.2 Semestralmente, IPSS realizarem ponto de situação à DE-SNS IPSS

**5. Indicadores de Monitorização e Desempenho**

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
1.	Indicador de implementação		
1.1	Nº de respostas implementadas	<i>A definir</i>	DE-SNS
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.2	Nº e idas às urgências	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Nº e % de reinternamento por DMG no prazo de 30 dias	<i>A definir</i>	ACSS
1.4	Gastos operacionais por doente padrão no SLSM	<i>A definir</i>	ACSS
1.5	Taxa de utilizadores frequentes do serviço de urgência	<i>A definir</i>	ACSS



## B. Medidas Prioritárias

### Medida B.1. | Criação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para adultos, infância e adolescência

#### 1. Objetivo

Criar 20 Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) em 18 ULS, com equipas dedicadas para adultos, infância e adolescência.

#### 2. Conceito

A criação de modelos descentralizados, em articulação estreita com os Cuidados de Saúde Primários e com todos os *stakeholders* envolvidos na saúde mental, quer públicos quer do setor social, com uma prestação balanceada entre hospital e comunidade, é hoje largamente consensual. Nesse sentido, considera-se fulcral a criação de equipas de coordenação multidisciplinar no contexto dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM). A esta equipa Comunitária deverá ser disponibilizado os recursos necessários para prestar uma resposta de proximidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental, em articulação com o setor social e os parceiros na comunidade.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e com o Decreto-Lei n.º 113/2021, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, as ECSM são os pilares fundamentais e estruturantes dos SLSM. Após a publicação do Decreto-Lei n.º 113/2021, os SLSM começaram de forma progressiva a reorganizar os seus recursos humanos, de modo a constituírem ECSM multidisciplinares, dado ser este o modelo organizativo preconizado na legislação. Este trabalho tem vindo a ser apoiado tecnicamente pelos Conselhos Regionais de Saúde Mental (CRSM), sob orientação da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM), e corresponde ao objetivo mais global de setorização do território.

Para além desta reorganização efetuada com os recursos humanos já existentes, a CNPSM tem vindo a implementar de forma progressiva as novas ECSM previstas no PRR, as quais foram selecionadas pelos CRSM, de acordo com princípios de diminuição do peso da interioridade e da escassez de recursos. Em 2021 e 2022 foram criadas vinte ECSM (10 de adultos e 10 de infância e adolescência). Torna-se necessário proceder com a implementação as 10 ECSM previstas para 2023, (não concretizadas) e proceder com a implementação das 10 ECSM previstas para 2024. Com este último procedimento, ficaria concluída até ao final de 2024 a meta do PRR de criação de 40 novas ECSM multidisciplinares, distribuídas pelo país.





As equipas dedicadas à população adulta serão compostas por 7 profissionais, especificamente: 1 Psiquiatra, 2 Enfermeiros, 1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social e 1 Assistente Técnico.

As equipas dedicadas à população jovem (infância e adolescentes) serão compostas por 7 profissionais, especificamente: 1 Psiquiatra, 1 Enfermeiros, 2 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social e 1 Assistente Técnico.

### **3. População-alvo**

Serviços Locais de Saúde Mental nas seguintes ULS: ULS Braga, ULS Alto Ave, ULS Médio Ave, ULS Tâmega e Sousa, ULS Entre Douro e Vouga, ULS Guarda, ULS Viseu Dão Lafões – Tondela, ULS Beira Interior, ULS Castelo Branco, ULS Lisboa Ocidental, ULS Loures-Odivelas, ULS Arco Ribeirinho, ULS Almada Seixal, ULS Estuário do Tejo, ULS Litoral Alentejano, ULS Norte Alentejano, ULS Alentejo Central, ULS Algarve.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Financiamento previsto em PRR		
1.1	Orçamento para a Saúde Mental acautelado em PRR	ACSS
Fase 2 Operacionalização da criação das 20 ECSM		
2.1	Emissão do despacho relativamente à orientação técnica 2023	ACSS
2.2	Conclusão da orientação técnica 2024 e emissão do despacho: avaliar se, neste momento, deverá haver orientação técnica integrada com as situações pendentes, indexadas de forma adequada às exigências do PRR	ACSS
2.3	Mandar 20 hospitais definidos a utilizarem verba para operacionalização da medida, com data esperada para implementação (2 meses). É de considerar que as contratações podem ser facilitadas mediante mecanismo mais céleres, nomeadamente mediante processo concursal simplificado (exceto no caso dos quadros médicos que serão concretizados mediante os mecanismos habituais de contratação, sendo para isso relevante indicação às ULS que permita a celebração imediata de contratos individuais de trabalho).	ACSS

ULS Braga, ULS Alto Ave, ULS Médio Ave, ULS Tâmega e Sousa, ULS Entre Douro e Vouga, ULS Guarda, ULS Viseu Dão Lafões – Tondela, ULS Beira Interior, ULS Castelo Branco, ULS Lisboa Ocidental, ULS Loures-Odivelas (2), ULS Arco Ribeirinho, ULS Almada Seixal, ULS Estuário do Tejo, ULS Litoral Alentejano, ULS Norte Alentejano, ULS Alentejo Central, ULS Algarve (2)



---

2.4	Abertura de candidaturas para contratação de novos colaboradores para constituir equipa comunitária (à exceção dos médicos, os profissionais são recrutados mediante processo concursal simplificado).	Hospitais definidos
2.5	Comunicação à ACSS e Secretaria de Estado da Gestão da Saúde cumprimento da implementação da medida	Hospitais definidos
<b>Fase 3</b>	<b>Auditoria e monitorização</b>	
3.1	Auditoria a hospitais definidos, com a adoção de um mecanismo de acompanhamento sistemático, com auditoria relativamente ao processo de criação das equipas comunitárias, com identificação do concretizado e das dificuldades encontradas nessa concretização.	ACSS
3.2	Apresentação de ponto de situação semestral à Secretaria de Estado da Gestão da Saúde	Hospitais definidos
3.3	Acautelar novas contratações no próximo Orçamento de Estado (segundo o definido na meta 2.11 do PRR)	Ministério da Saúde (SE Gestão)

---

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	Indicadores de Monitorização	Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	N.º de consultas realizadas por ECSM	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	N.º e % pedidos em LEC dentro dos TMRG	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	N.º e % consultas realizadas dentro do TMRG	<i>A definir</i>	ACSS
1.4	N.º pessoas com doença mental grave seguidos por ECSM	<i>A definir</i>	ACSS
1.5	N.º e % doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo do GDH	<i>A definir</i>	ACSS
1.6	N.º e % de reinternamento por DMG no prazo de 30 dias	<i>A definir</i>	ACSS
1.7	N.º e % doentes com consulta médica realizada nos primeiros 21 dias após a alta	<i>A definir</i>	ACSS
1.8	Gastos operacionais por doente padrão no SLSM	<i>A definir</i>	ACSS
1.9	N.º intervenções descentralizadas efetuadas por ECSM	<i>A definir</i>	ACSS
1.10	N.º e % doentes referenciados para RNCCI em tempo adequado (2 dias)	<i>A definir</i>	ACSS
1.11	Taxa de utilizadores frequentes do serviço de urgência	<i>A definir</i>	ACSS
1.12	N.º de episódios de internamentos por 100 000 hab.	<i>A definir</i>	ACSS



## Medida B.2. | Disponibilização de programas estruturados de intervenção na ansiedade e na depressão nos Cuidados de Saúde Primários

### 1. Objetivo

Desenvolver uma carteira de intervenções, nomeadamente programa de intervenção na doença mental comum – depressão e ansiedade - nos Cuidados de Saúde Primários.

### 2. Conceito

Em Portugal existe uma elevada prevalência anual de perturbações psiquiátricas (22,9%), com predomínio para as perturbações da ansiedade e depressivas. Concretamente, nos Cuidados de Saúde Primários, os dados disponíveis apontam para uma prevalência global de problemas de saúde mental entre os 29% e os 59%; o registo de utentes com problemas de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários mostra um padrão de aumento progressivo, comum às cinco regiões de saúde de Portugal continental.

Apesar de não existir uma norma de implementação no terreno, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários é uma prática estabelecida desde há muitos anos em vários Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM). Apesar disso, mantinham-se na avaliação de 2017 diversos problemas a justificar uma atenção especial: (1) ausência de um modelo definido de integração, com grande assimetria regional (2) distância física entre as equipas, (3) escassez de recursos humanos, nomeadamente de ECSM, (4) escassez de programas estruturados de tipo *stepped care* (ex.: manejo da depressão e ansiedade por etapas), capazes de disponibilizar abordagens não-farmacológicas.

Ao estabelecer a colaboração formal dos SLSM com os CSP, através de protocolos de articulação entre os dois níveis de cuidados (artigo 27º do Decreto-Lei nº113/2021), o modelo organizativo pressupõe a interação dos profissionais dos departamentos de Cuidados de Saúde Primários e as Equipas Comunitárias de Saúde Mental dos SLSM, com foco prioritário no seguimento de pessoas com doença mental comum (modelo de cuidados colaborativos). Neste sentido, é expectável:

- Ser contratados Psicólogos, Enfermeiros de Saúde Mental e Assistentes Sociais para equipas multidisciplinares (que não está orçamentado);
- Ser envolvido na coordenação 5 elementos (1 por região) de Medicina Geral e Familiar existentes na Coordenação Regionais da Saúde Mental;
- Existir um grupo análogo ao anteriormente previsto no Despacho nº 6302/2021 de 25 junho (grupos de apoio técnico às políticas de saúde – designado por GAPS, com representante dos Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados e Saúde Mental);
- Criação de projeto piloto em 5 programas locais.



### **3. População-alvo**

Doentes com perturbações da ansiedade e depressivas

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Parecer da DE-SNS		
1.1	Emissão de parecer para ACSS avançar com processo	DE-SNS
Fase 2 Operacionalização dos programas		
2.1	Definição de locais a avançar segundo parecer técnico entre os Cuidados de Saúde Primários e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, pelo que se identifica o envolvimento dos Medicina Geral e Familiar da Coordenação como interlocutores privilegiados para estabelecer a ponde entre as áreas	DE-SNS
2.2	Indicação à ACSS dos locais em apreço para fins de financiamento e acompanhamento	DE-SNS
2.3	Retomar grupo de trabalho previsto no Despacho nº 6302/2021 de 25 junho (grupos de apoio técnico às políticas de saúde - GAPS, com representante dos Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados e Saúde Mental)	SE Saúde
2.4	Apoio jurídico para escrever novo despacho	SE Saúde
2.5	Mandar as Unidades Locais de Saúde (Cuidados de Saúde Primários) para contratação	DE-SNS
2.6	Contratação efetuada pelas Unidades Locais de Saúde, que integram os cuidados de Saúde Primários)	ULS
2.7	Ponto de situação anual à DE-SNS	ULS

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

	<b>Indicadores de Monitorização</b>	<b>Objetivo:</b>	<b>Responsável:</b>
1.	Indicadores de Implementação		
1.1	Nº de doentes acompanhados	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Nº de idas às urgências	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Nº e % de reinternamento por DMG no prazo de 30 dias	<i>A definir</i>	ACSS
1.4	Gastos operacionais por doente padrão no SLSM	<i>A definir</i>	ACSS
1.5	N Taxa de utilizadores frequentes* (maior que 4) do Serviço de Urgência	<i>A definir</i>	ACSS



## Medida B.3. | Garantia da capacidade de internamento para situações agudas nos Serviços Locais de Saúde Mental

### 1. Objetivo

Instalar unidades de internamento de psiquiatria e saúde mental na ULS Viseu Dão Lafões – Tondela e ULS Entre Douro e Vouga, para garantia de resposta a situações agudas.

### 2. Conceito

Do ponto de vista da organização, o modelo preconizado pelas instituições internacionais mais relevantes na Saúde (Organização Mundial de Saúde, União Europeia, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) recomenda que os serviços de saúde mental sejam constituídos por uma rede de equipas e dispositivos na comunidade, que o internamento de situações agudas se faça exclusivamente em hospitais gerais e que haja uma articulação formal com os cuidados primários e continuados, tudo isto no contexto de uma interação constante com pessoas com doença mental, familiares e outros agentes relevantes da comunidade.

Com a instalação de unidades de internamento de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais sem essa valência, deu-se continuidade ao princípio da integração de toda a assistência psiquiátrica nos SLSM de hospitais gerais (ficando nos hospitais psiquiátricos apenas os serviços especiais de índole regional, como os forenses). Com esse desígnio, foram concluídas até 2023 as unidades de internamento de psiquiatria de adultos da ULS do Médio Ave e da ULS do Oeste, e de psiquiatria de infância e adolescência da ULS de Santa Maria.

Contudo, ainda são situações pendentes, a ULS Viseu Dão Lafões – Tondela (que aguarda parecer do Tribunal de Contas), e a ULS Entre Douro e Vouga (Santa Maria da Feira) que aguarda reprogramação financeira (onde esta medida tem um risco elevado de perda de financiamento por não execução).

### 3. População-alvo

ULS Entre Douro e Vouga e ULS Viseu Dão Lafões.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Ordem superior para ACSS			
1.1	Emissão de ordem superior para ACSS cumprir com a reprogramação financeira pendente	SE Gestão Saúde	
Fase 2 Operacionalização da medida nos SLSM definidos			
2.1	Avanço com reprogramação financeira de forma a viabilizar a obra	ACSS	
2.2	ULS Entre Douro e Vouga avançar com a obra	ULS EDV	
2.3	Emissão de parecer à ULS Viseu Dão Lafões e Tondela	Tribunal de Contas	
2.4	Comunicação à ACSS e Secretaria de Estado da Gestão da Saúde cumprimento da implementação da medida	ULS EDV	
2.5	ACSS e DE-SNS acompanham e auditam o processo na ULS Entre Douro e Vouga, conforme as competências próprias	ACSS	DE-SNS
2.6	Semestralmente, Hospitais realizarem de ponto de situação à Secretaria de Estado da Gestão da Saúde	Hospitais definidos	ULS EDV; ULS V

---

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Nº e % de Serviços Locais de Saúde Mental com garantia de internamento	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Nº doentes internados	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Taxa de ocupação do internamento, por serviço, com comparação da média nacional	<i>A definir</i>	ACSS

## Medida B.4 | Criação de serviços de saúde mental regionais para internamento de doentes de elevada complexidade

### 1. Objetivo

Garantir resposta adequada de internamento para doentes de elevada complexidade.

### 2. Conceito

Com a abertura das novas unidades de internamento previstas no PRR, tem vindo a ser efetuada progressivamente a transferência das áreas de influência para hospitais gerais na região norte e na região de LVT (vd. capítulos da CRSM-Norte e CRSM-LVT), processo que se continuará até 2025 (no caso das freguesias mais centrais de Lisboa, até à construção do Hospital Oriental de Lisboa)

Devem ser reorganizados os espaços e recursos dos Hospital de Magalhães Lemos, o Hospital Sobral Cid e o Hospital Júlio de Matos, de modo a assegurar o funcionamento dos serviços regionais de saúde mental de base institucional previstos para Lisboa, Porto e Coimbra.

### 3. População-alvo

Doentes de elevada complexidade.

#### 4. Cronograma de Atividades

Fase 1 Desenho do plano de intervenção			
5.1	Formalização de indicação para a criação de serviços regionais de saúde mental, pelo executivo do Governo (por se tratar de criação de entidades novas)	DE-SNS	
5.2	<p>Reporte à DE-SNS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Número de doentes com elevada complexidade em Portugal, que serão internados em serviços específicos para o efeito nos Hospitais Magalhães Lemos (Porto), Sobral Cid (Coimbra) e Júlio de Matos (Lisboa)</li> <li>o Equipamentos disponíveis e necessários adquirir para o seu bom funcionamento</li> <li>o Sistemas de informação que seriam necessários em articulação com a SPMS:</li> <li>o Necessidades de recursos humanos</li> <li>o Custos financeiros totais (reabilitação, equipamentos, RH...) estimados</li> </ul>	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
5.3	Desenvolvimento de plano de intervenção	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
5.4	As Unidades Locais de Saúde devem reportar o plano de intervenção, após parecer técnico da Coordenação Nacional de Saúde Mental, com conhecimento da DE-SNS	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
5.5	Envio do relatório à SEGS por ser a entidade que superintende as Unidades Locais de Saúde implicadas que integram os Hospitais Psiquiátricos	DE-SNS	SEGS



## Fase 2 Operacionalização dos Serviços de Saúde Mental Regionais

2.1	Emissão de parecer positivo para ACSS desbloquear verba	SEGS	ACSS
2.2	Mandar Unidades Locais de Saúde que integram hospitais psiquiátricos para contratação	ACSS	
2.3	Abertura em cada Unidades Locais de Saúde de procedimento concursal para as obras de beneficiação em causa	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
2.4	Conclusão das obras	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
2.5	Início do funcionamento dos Serviços de Saúde Mental Regionais de internamento de doentes de elevada complexidade	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
2.6	Semestralmente, Unidades Locais de Saúde que integra cada Hospital Psiquiátrico realiza ponto de situação à Secretaria de Estado da Gestão da Saúde	ULS	ULS São António, ULS Coimbra e ULS São José
2.7	Monitorização pela ACSS e DE-SNS conforme as competências próprias	ACSS e DE-SNS	

## 5. Indicadores de Monitorização e de Desempenho

Indicadores de Monitorização		Objetivo:	Responsável:
1.	Indicadores mensais de monitorização		
1.1	Nº doentes internados	<i>A definir</i>	ACSS
1.2	Nº idas às urgências	<i>A definir</i>	ACSS
1.3	Taxa de utilizadores frequentes no Serviço de Urgência	<i>A definir</i>	ACSS

## C. Medidas Estruturantes

### Medida C.1. | Construção dos serviços forenses no Hospital Sobral Cid e no Hospital Júlio de Matos

#### 1. Objetivo

Construir serviço forense na ULS Coimbra (Hospital Sobral Cid) e na ULS São José (Hospital Júlio de Matos), à semelhança do ocorrido na ULS Santo António (Hospital de Magalhães Lemos) por forma a garantir uma rede com três serviços regionais.

#### 2. Conceito

Cada Serviço a ser construído pressupõe a dimensão expectável de 40 camas, com um encargo de 4.000.000 euros por unidade para a construção. Portanto, prevê-se um encargo total de 8.000.000 euros (financiado pelo PRR) considerando o Hospital Sobral Cid e o Hospital Júlio de Matos. Aguarda a deliberação da ACSS para iniciar operacionalização.

#### 3. População-alvo

Doentes inimputáveis internados no Hospital Sobral Cid e o Hospital Júlio de Matos.





## Medida C.2. | Generalização dos Centros de Responsabilidade Integrados em todos os Serviços Locais de Saúde Mental

### 1. Objetivo

Criar um novo modelo de organização e financiamento dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), promovendo a sua diferenciação e dotando-os de maior autonomia e capacidade de atração e retenção dos profissionais.

### 2. Conceito

O escasso financiamento do sistema de saúde mental, com uma dimensão inversa ao impacto dos problemas e com graves assimetrias regionais na afetação de recursos, tem sido um obstáculo considerável à reforma da saúde mental.

A meta i.3.02 prevê a criação de CRI em SLSM, tendo como objetivo a melhoria da gestão, maior autonomia e a criação de incentivos profissionais. Em 2022, foi publicada a Portaria n.º 176/2022, de 7 de julho, que aprova as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, como passo necessário à constituição de CRI na área da Saúde Mental. A CNPSM apresentou a primeira proposta de modelo de CRI à tutela em 22 de dezembro de 2022. Com a publicação da Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro, ficaram regulamentados o índice de desempenho da equipa e a atribuição dos incentivos institucionais. A portaria identificou como projetos-piloto, com a duração de 10 meses, as equipas dedicadas dos SLSM de 15 ULS (Amadora/Sintra, Arco Ribeirinho, Baixo Alentejo, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Lisboa Ocidental, Loures-Odivelas, Matosinhos, Médio Tejo, Nordeste, Oeste, Aveiro, Santo António, Tâmega e Sousa). Constituiu ainda uma Comissão de Acompanhamento e avaliação dos projetos-piloto, que integra a CNPSM.

No início de 2025 prevê-se a conclusão de projetos piloto dos 15 CRI, alargando-se depois a sua criação a outras unidades a partir desse momento (incluem-se aqui também os serviços de psiquiatria da infância e adolescência). Para o efeito é expectável que os sistemas de informação evoluam também ao longo do tempo para permitirem o devido registo e acompanhamento dos indicadores a serem contratualizados.

### 3. População-alvo

Serviços Locais de Saúde Mental

## 6. Programas Transversais

### 1. Programas de Contingência

#### A. Plano de Verão 2024

O Plano de Verão promove a implementação de um plano de contingência dirigido a um período de elevadas temperaturas, que tem vindo a aumentar de intensidade devido às alterações climáticas, com impacto direto na saúde dos doentes de risco elevado com diferentes comorbilidades. Com o objetivo de prevenir e minimizar os potenciais efeitos do calor intenso na saúde da população, protegendo os mais vulneráveis e promovendo a equidade em saúde será implementado com a maior prioridade o Plano de Verão para 2024.

Neste sentido, é importante tomar medidas para minimizar os anos de vida perdidos, prevenir mortalidade e morbilidade, e reduzir o recurso a serviços de saúde devido às condições meteorológicas extremas.

Atenta a necessidade urgente de implementar este plano, foi incluído na preparação do Plano de Emergência para a Saúde, pelo que o respetivo Grupo de Trabalho se contra a operacionalizar, em tempo útil, a sua operacionalização em articulação com as ULS, a fim de garantir a existência dos recursos necessários para prestar com qualidade os cuidados de saúde necessários à população.

#### B. Plano de Inverno 2024

À semelhança do Plano de Verão, o Plano de Inverno promove a implementação de um Plano de Contingência dirigido a este período sazonal, com o objetivo de prevenir e minimizar os potenciais efeitos de frio intenso em doentes com comorbilidades suscetíveis a este clima, como são o exemplo dos doentes com patologias respiratórias.

Com objetivos semelhantes, mas com épocas sazonais diferentes, e dado a necessidade de iniciar a preparação deste plano para estra concluído em tempo útil para uma adequada implementação, foi incluída a sua preparação no Plano de Emergência da Saúde.



## C. Programa de valorização dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde são a espinha dorsal do Serviço Nacional de Saúde, sendo que se reconhece a necessidade de reforçar e motivar estes profissionais através da implementação de estratégias eficazes de recrutamento e retenção, bem como da promoção da formação contínua e especializada.

O Plano de Emergência da Saúde prevê que na sua duração, e em conjunto com os profissionais de saúde, se desenvolva um programa de valorização dos profissionais de saúde que englobe:

1. Formação Contínua: Todos os profissionais de saúde devem ter um plano de formação. A formação contínua é crucial para manter os profissionais atualizados sobre as últimas práticas e tecnologias no campo da saúde.
2. Ambientes de Trabalho Saudáveis e Satisfatórios: Um ambiente de trabalho saudável é pautado por mecanismos de comunicação aberta e transparente, incluindo feedback, partilha regular de informação e pela implementação de canais de comunicação eficazes. Simultaneamente, os profissionais de saúde devem ter acesso aos recursos necessários para realizar o seu trabalho de forma eficaz incluindo equipamentos adequados e apoio administrativo.
3. Remuneração Baseada no Desempenho: A remuneração dos profissionais de saúde deve ser justa e baseada no desempenho, reconhecendo e recompensando os profissionais que garantem a qualidade, eficiência e a excelência dos cuidados prestados.
4. Autonomia Técnica e Organizativa: A autonomia prende-se à capacidade que os profissionais e as instituições onde trabalham têm de gerir e organizar os seus serviços e procedimentos de acordo com as suas necessidades específicas, mantendo sempre os padrões de qualidade e eficiência.
5. Plano de Carreira: A criação de um plano de carreira bem estruturado ajuda a guiar o crescimento profissional, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas, pessoais e profissionais, de uma forma simbiótica com o desenvolvimento da instituição de saúde onde o profissional trabalha.



## **D. Plano de Preparação e Resposta a Catástrofes e Emergências de Saúde Pública**

A definição de um Plano de Preparação e Resposta a Catástrofes e Emergências de Saúde Pública é essencial para preparar a resposta a situações críticas, como pandemias, desastres naturais ou eventos climáticos extremos. Tendo por base a experiência e aprendizagem de situações de catástrofe e/ou emergência, como a recente pandemia da COVID-19, o Plano deverá contemplar os seguintes aspetos:

**Tipificação dos Riscos:** A tipificação dos riscos é fundamental para identificar as ameaças específicas que podem afetar a saúde pública. Esta tipificação inclui não apenas doenças infecciosas, mas também situações climáticas extremas, como ondas de calor, inundações e tempestades. O plano deve estabelecer critérios claros para a ativação, considerando a gravidade e dimensão da situação bem como o nível emergente da resposta necessária.

**Plano de ação e resposta rápida:** em função do nível de risco e tipo de situação de catástrofe e emergência deverá existir um plano de mobilização de recursos no terreno bem como definição das estruturas organizacionais para a gestão da emergência, incluindo uma unidade de comando e controle. Além disso, é crucial estabelecer sistemas de comunicação interna e externa, garantindo que as informações relevantes sejam partilhadas entre as entidades competentes (proteção civil, autoridades, unidades de saúde, entre outras) bem como comunicação com a população.

**Vigilância e Detecção Precoce:** o plano deve incluir um sistema de vigilância em permanência bem e deteção precoce com o objetivo de antecipar a existência de situações de emergência bem como prever com a máxima precisão o epicentro e características da situação de emergência.

O Plano de Preparação e Resposta a Catástrofes e Emergências de Saúde Pública deverá contar com a contribuição de entidades com competências na área onde se incluem, não só, mas também, a Direção Geral de Saúde, a Proteção Civil, INEM, Forças de Segurança, entre outros.

## 2. Programas de Avaliação

### **E. Programa de reativação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde**

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) foi criado em 2007 pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) com o objetivo de criar um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em Portugal tendo como princípios orientadores a promoção de mais e melhor informação sobre a qualidade do sistema de saúde, a melhoria contínua dos cuidados prestados bem como incrementar a capacidade de análise do utente.

Apesar do seu enorme potencial o SINAS teve desde a sua criação uma adoção limitada debatendo-se com desafios tais como a participação limitada ou seletiva de prestadores em alguns dos parâmetros de avaliação ou especialidades médicas/cirúrgicas bem como a falta de publicação de resultados nos anos mais recentes (concretamente 2022 e 2023). A incorporação de métricas de avaliação dos atos clínicos praticados e de indicadores ajustados à complexidade dos doentes, irá permitir aumentar a abrangência, já lata, do sistema de avaliação do SINAS.

Pretende-se por isso reativar e desenvolver o SINAS com o intuito de promover maior transparência e fomento da qualidade e excelência clínica com o objetivo final de garantir uma melhor e mais segura prestação de cuidados de saúde ao doente.

Com a ativação e desenvolvimento do SINAS pretende-se criar um sistema de monitorização do cumprimento obrigatório dos indicadores por parte das entidades públicas e um sistema de certificação SINAS para as entidades privadas que desejem participar na contratação pública.

### **F. Programa de parceria com associações de doentes para perceção dos serviços prestados – Cliente Mistério**

A qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação central para todos os envolvidos no setor, desde os profissionais de saúde aos doentes. A necessidade de um programa de monitorização da qualidade dos serviços de saúde é, portanto, inquestionável.

Pretende-se que, no âmbito do Plano de Emergência da Saúde, seja implementado um programa que, em parceria com associações de doentes, recorre a “clientes mistério” para a monitorizar e avaliar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, de forma imparcial e objetiva.



As associações de doentes têm um conhecimento profundo das necessidades e preocupações dos doentes, sendo parceiros valiosos para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Esta é mais uma medida disruptiva que coloca o doente no centro do sistema e promove a melhoria contínua dos serviços de saúde, e a transparência para os beneficiários e para a sociedade em geral.

## **G. Programa de monitorização e avaliação dos Conselhos de Administração**

A par com o SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, que avalia a qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, acredita-se que também que os responsáveis pela sua gestão, nomeadamente os conselhos de administração e chefias intermédias, com a autonomia que lhes é atribuída, devem ser responsabilizadas pelo desempenho, pela qualidade e pela eficiência dos serviços prestados pelas instituições que gerem e coordenam.

Pretende-se assim que, no âmbito do Plano de Emergência da Saúde, seja criado um programa de monitorização e avaliação da gestão e desempenho das instituições públicas de saúde, que seja transparente, e com indicadores e objetivos concretos e mensuráveis. A concretização ou não desses objetivos será alvo de uma responsabilização rigorosa, com a atribuição de sanções ou incentivos consoante o atingimento dos objetivos estabelecidos.

Este programa tem como objetivo final a garantia da qualidade dos serviços de saúde que são prestados nas instituições públicas de saúde, a maximização de ganhos de eficiência e eficácia, e a promoção maximização da satisfação da população e dos profissionais de saúde.

### **3. Programas de Eficiência**

#### **H. Programa de financiamento e contratação plurianual**

A contratação plurianual no sistema de saúde português é uma questão complexa que envolve vários fatores, no entanto, importante para a previsibilidade de custos e potencial poupança, bem como para a continuidade e qualidade dos serviços de saúde em Portugal.

Confrontados com o desafio em garantir um financiamento adequado e sustentável, seja para as instituições do SNS, seja para as instituições que o apoiam e trabalham de forma complementar na prestação de cuidados de saúde, no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, ou mesmo no apoio domiciliário, urge a necessidade de pensar em alternativas negociais e contratuais.

A criação de um plano de financiamento estável e plurianual faz com que estas instituições se organizem, planeiem e implementem os seus serviços de uma forma mais eficaz, garantindo e melhorando a continuidade e qualidade da assistência prestada à população.

Adicionalmente, considera-se também crítico, e uma necessidade emergente, a aceleração da implementação do Plano de Recuperação e Resiliência que, para além do grande impacto na atividade e capacidade de resposta das instituições de saúde, e consequentemente na qualidade dos serviços prestados, inclui planos de contratação plurianual que certamente facilitam a colaboração entre o setor público, social e privado.

#### **I. Programa de gestão de ganhos de eficiência e combate ao desperdício**

O plano de emergência para a saúde, em todas as suas vertentes, está estruturado com medidas que visam promover o acesso aos cuidados de saúde, reconhecer e valorizar os profissionais de saúde, e promover os ganhos de eficiência e a redução de desperdício.

Para que tal aconteça, será criado um grupo de coordenação e monitorização dos diferentes indicadores de desempenho já listados neste documento. Este grupo de trabalho, que estará sob a alçada de um organismo institucional do Ministério da Saúde, terá a autonomia, os poderes, mas também as responsabilidades necessárias para promover e potenciar o cumprimento dos diferentes objetivos propostos.

Adicionalmente, pretende-se que este grupo disponibilize de forma periódica os resultados obtidos, para que através da transparência e de promoção de uma competição positiva, haja um estímulo e um incentivo à melhoria contínua dos ganhos em saúde e financeiros no SNS.



## J. Programa para a saúde digital integrada

Os sistemas de informação da saúde são fundamentais para o avanço do sistema nacional de saúde, uma vez que estimulam, de forma transparente, a eficiência, a eficácia e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

O registo de saúde eletrónico único permite a centralização, a uniformização e disponibilização dos dados em saúde da população, ou seja, independentemente do local onde a pessoa recebe cuidados de saúde, sejam instituições públicas, sociais ou privadas, os profissionais de saúde têm acesso à mesma informação, mediante o seu perfil, incluindo o historial médico, alergias, medicação, resultados de exames, entre outros. Esta informação agregadora não refletirá apenas uma agregação de episódios clínicos, mas informação estruturada atualizada e preditiva, útil aos profissionais de saúde na prestação de cuidados ao doente. O registo de saúde eletrónico único permite, em conceito, realizar diagnósticos mais precisos e céleres, tratamentos mais eficazes, e reduzir o desperdício. No contexto do plano de emergência, urge a necessidade de partilha do processo clínico do utente entre diferentes instituições, públicas, sociais e privadas, respeitando todos os direitos fundamentais do utente.

A teleconsulta é uma forma de consulta à distância que oferece diversos benefícios entre os quais melhoria no acesso, permitindo que utentes em áreas remotas tenham acesso a cuidados de saúde especializados, reduzindo distâncias e facilitando consultas, redução de custos, evitando deslocações desnecessárias, economizando recursos financeiros, tempo e rapidez, qualidade e equidade aumentando a acessibilidade às consultas de especialidades médicas, proporcionando a todos os utentes uma melhor qualidade de cuidados de saúde.

As farmácias comunitárias podem ser um agente facilitador da adoção da utilização de plataformas de videoconsulta para realizar teleconsultas, proporcionando atendimento rápido e eficaz aos utentes, numa lógica de proximidade beneficiando do apoio de profissionais de saúde.

A escassez de diferentes tipos de recursos nas entidades de Saúde, levantam problemas diários nas operações do dia a dia, refletindo-se em listas de espera, urgências sobrelotadas, condicionando o acesso da população aos serviços de saúde que necessita. O sistema de gestão de capacidades permite saber, em tempo real ou em modelos de simulação, quais os recursos existentes em diferentes unidades de saúde. A simulação de necessidades ao nível de recursos como profissionais de saúde, camas, MCDT, fármacos e outros recursos essenciais ao funcionamento das instituições devem ser efetuadas no imediato ou sob a forma de projeção para os próximos meses para que as instituições se consigam organizar na resposta às necessidades, sejam de recursos humanos sejam de recursos materiais. Saber a disponibilidade de urgências em tempo real, qual a capacidade instalada para inscritos em listas de cirurgia ou em listas de espera de consulta de especialidade, automatizar o processo de referenciação entre instituições e setores no caso de escassez de recursos, são exemplos de aplicação concretos de uma eficaz gestão de capacidade instalada. Uma representação digital do hospital baseado em dados históricos, juntamente com informações adicionais fornecidas pelos utilizadores vão permitir o planeamento de cenários sem afetar o ambiente real do hospital.





A Interoperabilidade de dados na saúde refere-se à capacidade dos sistemas de informação clínicos de partilhar e trocar dados de forma eficiente e segura entre si. Desta forma diferentes sistemas, como registos eletrónicos de saúde e dispositivos médicos, falam entre si numa semântica comum com dados estruturados e homogeneizados segundo normativos internacionais, como HL7 ou FHIR, sendo que estas normas definem a forma como a informação sobre cuidados de saúde pode ser trocada entre diferentes sistemas informáticos, independentemente da forma como está armazenada nesses sistemas.

Importante no contexto da interoperabilidade é a semântica clínica, ou seja, terminologias clínicas padronizadas. Essas terminologias incluem códigos, conceitos e definições que permitem a representação uniforme de informações clínicas. A necessidade de um repositório central onde diferentes sistemas de informação podem aceder e mapear terminologias como ICD, SNOMED-CT ou LOINC são usadas para codificar diagnósticos, procedimentos, exames laboratoriais e outros eventos clínicos e é essencial para que os dados possam ser normalizados, compartilhados e interpretados corretamente. A interoperabilidade é fundamental para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, reduzir erros médicos e aumentar a eficiência operacional.

Os sistemas de informação são uma ferramenta essencial do Plano de Emergência para a Saúde na articulação do doente entre entidades públicas, sociais e privadas, e a sua implementação e utilização irá permitir a partilha de informação de episódios, diagnóstico e tratamentos bem como a racionalização de recursos, evitando duplicação de exames, consultas e outros atos clínicos.

Ainda assim, a implementação destes sistemas requer uma abordagem cuidadosa e estratégica. Por um lado, é necessário garantir a conformidade com as regulações de segurança e a privacidade dos dados, por outro, é importante garantir que os sistemas são facilmente adotados pelos profissionais de saúde e que estes podem maximizar os benefícios destas ferramentas.

## 4. Programas de Medicamento

### **K. Criação da reserva estratégica de medicamentos e de equipamentos médicos**

A 31 de Outubro de 2023 foi aprovada pela Comissão Europeia a candidatura de Portugal para a melhoria das condições do país na criação de uma reserva estratégica de medicamentos e equipamentos médicos.

O principal objetivo é desenvolver e manter um stock de produtos farmacêuticos e de equipamentos médicos em Portugal com vista a responder, entre outros cenários, a:

1. Ameaças à Saúde Pública: A reserva permite enfrentar ameaças como pandemias, resistência antimicrobiana, agentes patogénicos com potencial pandémico e catástrofes naturais.
2. Capacidade de Resposta: Ter um estoque estratégico assegura que o país possa responder rapidamente a emergências de saúde (como, por exemplo, de ventiladores mecânicos).
3. Colaboração com a União Europeia: A criação da reserva fortalece a colaboração com a UE na gestão de ameaças transfronteiriças.

Com a aprovação da candidatura, o país irá beneficiar de um financiamento na ordem dos 146 milhões de euros ao longo de 33 meses. A criação efetiva da reserva bem como a sua operacionalização, em articulação com outros setores, fará parte de um programa específico.

### **L. Implementação total do SiNATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde**

O SiNATS (Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde) foi criado em 2015 com o principal objetivo de avaliar de forma rigorosa e padronizada as tecnologias de saúde, desde logo os medicamentos, mas também dispositivos médicos. O SiNATS permitiria assim decidir sobre a comparticipação de tecnologias de saúde pelo SNS promovendo uma utilização de recursos racional através de uma avaliação da qualidade, economia, eficácia, eficiência e efetividade de tecnologias da saúde.

Isto irá permitir o estabelecimento de um contrato com o titular da autorização (de introdução no mercado) que estabelece os parâmetros e condições da avaliação e reavaliação da tecnologia de saúde bem como os objetivos (eficácia, efetividade, etc.) a cumprir pelo titular.



Ao fim de 9 anos verifica-se que o SiNATS foi apenas parcialmente cumprido sendo que os processos de avaliação prévia e comparticipação tem em Portugal uma duração média de 702 dias<sup>1</sup> desde a aprovação centralizada da tecnologia de saúde, o que compromete o acesso de tecnologias inovadoras e aos doentes.

A implementação total do SiNATS, incluindo não só medicamentos mas também dispositivos médicos, permitirá estabelecer um padrão de prazos de decisão através da promoção de uma maior transparência do cumprimento de prazos, não só pelo INFARMED, mas também pelos titulares.

## 5. Programas Clínicos Prioritários

### **M. Prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas e oncológicas**

Vivemos numa era em que os avanços médicos e tecnológicos têm proporcionado uma maior longevidade à população em geral. No entanto, com o aumento da esperança média de vida, tem-se também assistido a um crescimento significativo na incidência de doenças neurodegenerativas e oncológicas. Estas doenças, muitas vezes crónicas e incapacitantes, representam um desafio significativo para os sistemas de saúde e para a qualidade de vida dos indivíduos afetados, e das suas famílias e cuidadores.

Neste contexto, a implementação de um programa de prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas e oncológicas torna-se não só relevante, mas também urgente.

Este programa será construído por uma equipa multidisciplinar e será centrado no doente, respeitando as suas necessidades e preferências. Será ainda dinâmico e adaptável, capaz de responder às mudanças constantes no panorama das doenças neurodegenerativas e oncológicas.

O Plano de Emergência da Saúde, através do desenvolvimento deste programa, visa trazer benefícios significativos para a saúde da população e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

---

<sup>1</sup> [https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia\\_patient\\_wait\\_indicator\\_final\\_report.pdf](https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia_patient_wait_indicator_final_report.pdf)



## **N. Combate e controlo da obesidade**

A obesidade é uma doença crónica que requer uma abordagem séria e equitativa no seu tratamento e prevenção, já que o seu controlo se traduz na redução de complicações, em simultâneo, de 200 doenças associadas e 13 tipos de cancro.

Assim, o controlo da obesidade significa reduzir um volume significativo de consultas, cirurgias, tratamentos farmacológicos e MCDT, bem como os seus custos associados, para além de melhor a satisfação e a qualidade de vida dos doentes.

Reconhecendo a importância e a necessidade de combater e controlar esta doença, pretende-se que, no âmbito do Plano de Emergência da Saúde, seja elaborado um programa dedicado à obesidade, com o intuito de garantir o acesso atempado e equitativo ao tratamento, seja ele médico, cirúrgico ou farmacológico.

Dentro deste programa, entre outras medidas, incluem-se (1.) o desenvolvimento parcerias com instituições privadas, sempre que o setor público não consiga dar uma resposta atempada; (2.) a aprovação, regulação e monitorização de tratamentos específicos para esta doença; (3.) a prevenção da doença através do desenvolvimento da literacia em saúde da população em geral, relacionada com a obesidade.

## **O. Investigação clínica: especial mais ensaios clínicos**

Os estudos clínicos constituem uma das principais áreas estratégicas de desenvolvimento da Saúde em Portugal. Embora o número de ensaios clínicos tenha vindo a crescer, ainda está abaixo de alguns países comparadores. No entanto, existem condições favoráveis para realizar mais investigação e ensaios clínicos. A vacinação é uma das intervenções de saúde pública mais eficazes e rentáveis. Um programa de vacinação bem implementado pode proteger, entre outros, crianças e idosos, dois grupos vulneráveis, de uma série de doenças graves e potencialmente fatais, contribuindo ainda para a imunidade de grupo.

Com o objetivo de garantir as melhores condições para a implementação de ensaios clínicos em Portugal, será desenvolvido um programa de apoio à Investigação Clínica. Esse programa incluirá medidas como a formação das equipas de investigação clínica, otimização de processos na implementação de ensaios clínicos e adoção de ferramentas tecnológicas para garantir a privacidade no tratamento de dados. Além disso, busca-se aumentar a rapidez na identificação de doentes e na gestão dos ensaios, simplificando o sistema através da eliminação de funções redundantes e concedendo maior autonomia aos Centros de Investigação Clínica.



Dessa forma, pretende-se criar infraestruturas para o desenvolvimento da investigação clínica, promover o acesso a tecnologias inovadoras para os doentes e posicionar Portugal como um dos países mais atrativos para a condução de estudos clínicos na União Europeia.

## **P. Prevenção da doença e promoção da saúde**

A implementação de um Programa de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde é essencial para garantir a saúde e sustentabilidade de uma comunidade.

Deverá começar por identificar as áreas prioritárias de intervenção, que permitirão mais ganhos em Saúde, quer através dos múltiplos níveis de prevenção da doença, quer através da promoção da saúde, capacitando os cidadãos para fazer escolhas mais informadas e mais saudáveis.

É fundamental reconhecer que a implementação destas soluções hoje, através da promoção de estilos de vida saudáveis e da prevenção de fatores de risco, irá permitir melhorar, ao longo das próximas décadas, a qualidade de vida dos indivíduos, bem como fortalecer a coesão social.

A redução da carga de doença é um objetivo crucial, permitindo reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde, diminuir os custos com tratamento e aumentar a produtividade da comunidade, resultando numa população mais saudável e economicamente mais sustentável.



## 7. Perspetivas sobre o setor da Saúde

Para cumprir um plano de emergência compreensivo, bem como identificar um conjunto de medidas estruturantes para refundar os aspetos de maior fragilidade do SNS após a implementação das medidas emergentes, era inevitável contar com o contributo dos diversos intervenientes do sector. Para o efeito, foram auscultadas 167 instituições em saúde, incluindo, Ordens Profissionais, Associações de Doentes, Associações de Profissionais de Saúde, Sociedades Médicas, Prestadores de Saúde (públicos, sociais e privados), cujo contributo foi recolhido em reuniões de trabalho e mediante a partilha de documentação e relatórios de situação e avaliação.

Os contributos destas entidades focaram-se, essencialmente, nos seguintes aspetos:

- Identificar problemas e desafios emergentes no atual panorama da saúde em Portugal;
- Propor medidas concretas e exequíveis como resposta aos desafios identificados.

A participação comprometida destas entidades revelou-se fundamental em vários domínios. Por um lado, foi possível ter um entendimento holístico dos problemas mais emergentes do sector da saúde, onde os pontos de vista das diferentes perspetivas (prestadores, doentes, cuidadores informais, associações, entre outros). Por outro lado, foi crucial confirmar que existe um grande alinhamento entre o entendimento e prioridades identificadas pelo grupo de trabalho do Plano de Emergência e as entidades consultadas que contribuiu de forma decisiva para a estruturação dos eixos estratégicos de ação bem como priorização de medidas a implementar.

Para efeitos de transparência e visibilidade sem comprometer a concisão do presente relatório partilham-se abaixo (de forma não exaustiva) as 10 das fragilidades mais frequentemente mencionadas pelas entidades consultadas:

1. Escassez de recursos humanos: Deficiência significativa no número de profissionais de saúde, que afeta todos os níveis de cuidados, desde os cuidados de saúde primários até as especialidades médicas urgentes.
2. Longos tempos de espera: Tanto para consultas como para tratamentos (por exemplo cirurgia), os tempos de espera são longos, prejudicando a eficácia do tratamento e a qualidade de vida do doente.
3. Inadequação dos sistemas de informação: Sistemas de informação de saúde desatualizados ou não integrados que comprometem a eficiência operacional e a capacidade de resposta.
4. Gestão ineficiente: Falhas na gestão dos recursos disponíveis, resultando frequentemente em duplicação de esforços e desperdício de recursos (por exemplo MCDTs) ou falta de comunicação efetiva e coordenação entre diferentes níveis de cuidados provocando atraso na referência e terapêutica.



5. Acesso limitado a medicamentos: Problemas no abastecimento e na distribuição de medicamentos essenciais, que afetam a continuidade e a qualidade do cuidado ao paciente.
6. Deficiências na formação continuada: Insuficiente oferta de oportunidades de formação e desenvolvimento profissional para os trabalhadores da saúde, afetando a qualidade dos cuidados prestados.
7. Iniquidades no acesso a cuidados de saúde: Desigualdades marcantes no acesso a cuidados de saúde baseadas em localização geográfica, status socioeconômico ou outros fatores determinantes.
8. Acesso limitado a cuidados obstétricos: A falta de recursos humanos e técnicos em maternidade e obstetrícia leva a atrasos no atendimento a grávidas, impactando a qualidade dos cuidados pré-natais e durante o parto.
9. Demora na realização de exames médicos importantes: Atrasos na realização de exames diagnósticos importantes, como aqueles necessários em urgências médicas e para pacientes em cuidados de saúde primários, resultam em tratamentos tardios e menos eficazes.
10. Desafios na continuidade dos cuidados de saúde mental: Pacientes com problemas de saúde mental enfrentam dificuldades na continuidade dos cuidados devido à fragmentação dos serviços e à falta de comunicação eficaz entre os diferentes níveis de atendimento.



## 8. Conclusões

O Plano de Emergência da Saúde, ora apresentado, cumpre o compromisso do XXIV Governo Constitucional, em particular do respetivo Ministério da Saúde e dos seus parceiros na estrutura governativa, e corresponde a uma intervenção urgente e prioritária na área da saúde que, atualmente, apresenta severas vulnerabilidades e prementes necessidades, que urgem considerar e resolver no imediato e em definitivo.

O plano proposto destaca o doente como o elemento central do sistema de saúde português e o fator agregador das políticas de saúde, privilegiando o seu acesso equitativo aos cuidados de saúde, valorizando os profissionais de saúde e fomentando a inovação e a eficiência na gestão em saúde.

Aplicando uma abordagem etiológica, foram identificados os seguintes 5 eixos estratégicos de atuação:

- Eixo 1 – Resposta a Tempo e Horas
- Eixo 2 – Bebés e Mães em Segurança
- Eixo 3 – Cuidados Urgentes e Emergentes
- Eixo 4 – Saúde Próxima e Familiar
- Eixo 5 – Saúde Mental

Em complemento, foi igualmente construído um plano transversal que, comum a todos os eixos estratégicos apresentados, responde às necessárias transformações estruturantes do sistema de saúde em Portugal e inclui, entre outros programas, a valorização dos profissionais de saúde, a promoção da saúde na população, o incremento de rigor e eficiência na gestão, a implementação do Registo de Saúde Eletrónico Único, da teleconsulta e do sistema de gestão de capacidades e, ainda, a interoperabilidade dos sistemas.

A construção deste plano estabeleceu três níveis de prioridade: numa primeira fase, as medidas urgentes, que correspondem a soluções concretas para os problemas imediatos; numa segunda fase, as medidas prioritárias, que respondem às necessidades em saúde identificadas no curto e no médio prazo; e numa terceira fase, as medidas estruturantes, que visam a reforma transformadora do sistema atual, fortalecendo-o como um todo e adequando-os às reais necessidades e expectativas dos utentes e das suas famílias.

O plano proposto exige um esforço conjunto, combinado e orientado dos recursos disponíveis para os resultados esperados. Por conseguinte, revela-se imprescindível envolver todos os níveis de decisão das entidades da Saúde, cumprir um rigoroso cronograma de ações, monitorizar a atividade com indicadores apropriados, adotar métodos de organização eficientes e eficazes, aplicar mecanismos de controlo exequíveis e, sobretudo, motivar os profissionais de saúde.

A equidade no acesso aos cuidados de saúde em diferentes valências clínicas e o combate à desigualdade social e geográfica no acesso à saúde são o desafio subjacente a todo este processo de planeamento. Para atingir este desígnio, torna-se essencial aumentar o acesso a cuidados de saúde no





tempo clinicamente recomendado, em proximidade da região geográfica de residência do utente, numa direta e permanente relação de confiança e comunicação com os utentes. Pretende-se ainda valorizar o Serviço Nacional de Saúde, preservando a sua existência e salvaguardando os respetivos interesses. Para o efeito, será preconizada a rentabilização de todos os meios disponíveis e esgotada a capacidade instalada no Serviço Nacional de Saúde, recorrendo à complementaridade com os setores social e privado somente em justificada necessidade, e sempre que esteja comprometida a saúde da população residente em Portugal.

Por fim, o objetivo primordial e, por consequência, a mensagem chave deste Plano de Emergência da Saúde é: **Mais e Melhor Saúde para Todos.**



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

---

GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE