



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

**GUIÃO DE APOIO À PREPARAÇÃO
DE CANDIDATURAS A UNIDADES
DE SAÚDE FAMILIAR (USF)-
MODELO A**

Setembro de 2010

Administração Regional de Saúde de [Nome]
ACES de [Nome]
Centro de Saúde de [Nome]

CANDIDATURA À UNIDADE DE
SAÚDE FAMILIAR DE [NOME]
MODELO A

Decreto-Lei 298/2007

Coordenador da equipa

[Nome]

[Endereço]

Telefone: [Número de telefone]

E-mail: [endereço@servidor.pt]

[Data]

ÍNDICE

1. Identificação dos Profissionais.....	4
2. Subscrição da Candidatura.....	4
3. Introdução	4
4. Área Geográfica de Actuação	5
5. Organização Interna e Cooperação Interdisciplinar	5
6. Caracterização dos Utentes	6
7. Plano de Acção	7
8. Modelo Funcional de Prestação de Cuidados	8
9. Oferta Assistencial.....	10
10. Sistema de Qualidade e Monitorização.....	11
11. Instalações e Equipamentos.....	11
12. Higiene e Segurança.....	12
13. Relação com os Serviços e Actividades do ACES	13
14. Desenvolvimento Profissional, Investigação e Formação.....	13
15. Carta de Qualidade	14
Nota Informativa	14
Anexos da Candidatura	15
Bibliografia	15
Anexos A, B, C	

1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Devem ser identificados os elementos da equipa multiprofissional.

- **Médicos.** [NOME]. N.º do bilhete de identidade. N.º da cédula profissional. Categoria profissional. Local de trabalho. Regime de trabalho. Regime contratual.
- **Enfermeiros.** [NOME]. N.º do bilhete de identidade. N.º da cédula profissional. Categoria profissional. Local de trabalho. Regime de trabalho. Regime contratual.
- **Secretários Clínicos (Assistentes Técnicos).** [NOME]. N.º do bilhete de identidade. Categoria profissional. Local de trabalho. Regime contratual.

2. SUBSCRIÇÃO DA CANDIDATURA

Os profissionais acima identificados, aceitam o convite e o desafio de integrarem a equipa de saúde multiprofissional da USF de [Nome] e subscrevem nominalmente o Plano de Acção e o Compromisso Assistencial que se descreve nesta Candidatura de acordo com o Decreto-Lei 298/2007.

- (Seguem-se as assinaturas de todos os elementos da equipa multiprofissional)

Nota: As assinaturas só devem ser colocadas após a ERA ter validado o documento.

3. INTRODUÇÃO

As USF devem ser entendidas como a “base de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde a uma determinada população, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próximo dos cidadãos¹” e o **primeiro passo na reconfiguração dos Centros de Saúde**. Deverá ser feito aqui um breve resumo das razões que levaram a equipa a aderir ao projecto e ao modelo organizativo das USF integradas no processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários (escolha dos elementos entre si, autonomia organizativa, funcional e técnica, melhoria da qualidade, interesse pela discriminação positiva da remuneração, possibilidade de participar na modernização dos Centros de Saúde, ser co-autor da mudança, etc.).

¹ MCSP. “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, pág. 8.

A construção de candidaturas a USF por parte das equipas multiprofissionais constitui, de facto, uma **oportunidade especial de reflexão e balanço sobre a qualidade dos cuidados prestados e as práticas organizacionais** que têm moldado o funcionamento dos Centros de Saúde. Por isso, este momento da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários cria uma oportunidade ímpar para as equipas serem desafiadas a incluírem no enquadramento geral do seu projecto uma resposta à seguinte questão: “Como é que a equipa multiprofissional da USF se vê a participar no ACES? Quais os contributos do Plano de Acção da USF para a reorganização e a optimização do funcionamento do ACES (melhoria da acessibilidade e da continuidade dos cuidados, diminuição do recurso aos serviços de urgência, melhoria do estado de saúde da população, criação de equipas de saúde eficientes e motivadas, elaboração comum de programas, partilha de decisões, formação profissional contínua, etc.)?”

As equipas devem definir claramente a missão da USF e os valores que serão adoptados pelos profissionais no seu contacto interpessoal e com os cidadãos inscritos.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ACTUAÇÃO

Deverá ser definida a **área geográfica de actuação** da USF (freguesias, lugares, etc.).

Nota: Na definição da área geográfica de actuação, deverá ser tido em conta as acessibilidades dos cidadãos à Unidade e os serviços da carteira básica (e eventual carteira adicional) a prestar por médicos e enfermeiros no atendimento ao domicílio, nomeadamente aos cidadãos inscritos não residentes naquela área e aos residentes inscritos noutras Unidades Funcionais do mesmo ou de outro ACES.

5. ORGANIZAÇÃO INTERNA E COOPERAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Deve incluir a **identificação do coordenador** da equipa multiprofissional e dos outros órgãos de gestão definidos no DL 298/2007 e as respectivas competências atribuídas, que lhe permitam assumir as responsabilidades contidas na presente candidatura.

É conveniente fazer aqui uma definição do conteúdo funcional de cada grupo profissional (médicos, enfermeiros e secretários clínicos²) e do modelo de gestão a adoptar, nomeadamente na participação dos profissionais e na partilha de responsabilidades.

² No caso dos Secretários Clínicos ter em conta a Portaria 1368/2007

A organização dos cuidados de saúde primários em USF com listas de utentes inscritos em médicos de família, aconselha a implementação do modelo de trabalho de **Enfermeiro de Família** por determinada área geográfica³.

A equipa deve definir os métodos de comunicação internos e as formas a adoptar para registo, discussão e resolução de problemas organizativos e funcionais.

Nota: As regras de articulação interna e de complementaridade, designadamente a intersubstituição, assim como a distribuição das responsabilidades no seio da equipa, devem ser especificadas e desenvolvidas no “Regulamento Interno” a apresentar em documento anexo à Candidatura (Anexo II).

6. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES

Deve ser indicado o **n.º total de utentes actualmente inscritos** nos Médicos candidatos, independentemente do seu local de trabalho, distribuídos por idade e género e o **n.º total de utentes que se prevê virem a ser assistidos** pela equipa⁴. Caso se preveja um aumento da cobertura assistencial aos inscritos sem médico de família, deve também ser indicado o **n.º actual de utentes sem médico de família na área da USF (ATENÇÃO: critério necessário para a Candidatura a USF no caso de se verificar mobilidade dos profissionais)**.

O quadro seguinte apresenta uma caracterização sumária dos inscritos actualmente por médico e por grupo etário e género.

NOME DO MÉDICO	DR. X		DR. Y		DR. Z		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Total de Inscritos								
0 a 6 anos								
7 a 64 anos								
65 a 74 anos								
≥ 75 anos								

Quadro 1. Caracterização dos utentes actualmente inscritos nos médicos da equipa.

³ Conforme compromisso da Declaração de Munique, orientação da Ordem dos Enfermeiros e DL 298/2007.

⁴ A USF deve assegurar sempre a inscrição dos utentes residentes na própria área de influência, reajustando a equipa se necessário.

Os utentes inscritos, correspondem a uma lista de inscrição nominativa no SINUS por médico.

7. PLANO DE ACÇÃO

A equipa compromete-se a elaborar um **Plano de Acção** anual com objectivos definidos a 3 anos e metas para o 1º ano, que explicita os compromissos relativos à prestação de cuidados (carteira básica de serviços e carteira adicional de serviços), ao desenvolvimento profissional e à cooperação interdisciplinar dos profissionais.

O Plano de Acção deve constar em anexo ao documento de candidatura (Anexo I). Neste documento de candidatura apenas se fará referência à carteira de serviços da USF.

Na sua elaboração deverá ter-se em conta a avaliação das necessidades de saúde identificadas pela equipa e o Plano de Actividades do ACES onde a USF se insere, particularmente no que respeita à identificação de programas prioritários.

Nota: Após a aprovação da candidatura o coordenador da USF será chamado a negociar com o ACES a proposta apresentada.

PROGRAMAS

Deverão ser propostos programas e metas de acordo com a carteira de serviços aprovada pela Portaria 1368/2007 de 18 de Outubro e os indicadores sujeitos a contratualização definidos em Portaria (actualmente a Portaria 301/2008 de 18 de Abril).

Para cada programa devem ser indicados (exemplo em anexo A):

- **Nome do programa.**
- **Introdução.** Descrição sumária das razões da escolha do programa, se não inserido na carteira básica.
- **População alvo.**
- **Objectivos.** A equipa deve definir os objectivos que se propõe atingir, a curto, médio e longo prazo. Os objectivos podem ser gerais e/ou específicos de cada grupo profissional.
- **Estratégias.** Descrição sumária das estratégias que permitirão atingir os objectivos definidos.
- **Indicadores de execução e monitorização.** Identificação dos indicadores que permitirão avaliar em determinado momento o desenvolvimento do programa em direcção aos objectivos acima definidos.
- **Metas.** Valores objectivos previstos para os indicadores em determinado tempo expreso. Devem ser definidas metas realistas baseadas nas necessidades de saúde

identificadas e nos dados históricos locais e regionais disponíveis. (Os resultados dos anos anteriores podem constituir uma boa base de discussão e definição de metas).

- **Actividades.** Descrição sumária das actividades a desenvolver caracterizando-as em relação a **quem, como, onde e quando** são executadas e a forma de **monitorização e avaliação** do seu cumprimento. A equipa deve possuir e respeitar um cronograma de forma a ordenar e hierarquizar as suas actividades, evitando a insegurança e a imprevisibilidade geradoras de stress.
- **Carga Horária.** Devem calcular a carga horária para o 1º ano, considerando a população alvo, as metas e as características específica de cada vigilância.

Linhas de orientação comuns e Plano de Acompanhamento Interno. Identificar pelo menos 3 áreas organizativas ou clínicas em que a equipa se compromete a seguir linhas de orientação comuns (para todos os profissionais, médicos, enfermeiros e secretários clínicos) de diagnóstico, terapêutica e seguimento segundo princípios de racionalidade técnico-científica, elaboradas pelo própria equipa e a periodicidade da sua revisão.

Carteira adicional de serviços. Os serviços da carteira adicional que a equipa se propõe realizar deverão ser adequadamente descritos e fundamentados através dos ficheiros disponíveis no sítio Web “Cuidados de Saúde Primários”.

8. MODELO FUNCIONAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Todos os profissionais assumem o compromisso de elaborar e aplicar regras de funcionamento interno que assegurem a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos à população inscrita nas listas de utentes dos médicos especialistas de medicina geral e familiar que integram a USF.

Nota: Estas regras serão parte integrante de um documento interno da equipa, “Regulamento Interno”, a entregar como anexo (Anexo III). É necessário explicitar aqui a data de entrega do “Regulamento Interno” (Tempo máximo: 3 meses após início de actividades).

ACESSIBILIDADE

Situações de doença aguda. Deve estar assegurado o atendimento de situações de doença aguda no próprio dia e durante todo o período de abertura da unidade.

Sistema de marcação de consultas. Deverá ser definido o sistema de marcação de consultas, atendimento e orientação dos utentes, de acordo com a natureza da mesma (consulta aberta, consulta programada e visitação domiciliária – *processos chave*), e organizar-se para assegurar, que todos os utentes têm uma resposta, no próprio dia, a qualquer

pedido de ajuda médica ou de enfermagem. Esta resposta poderá não se consubstanciar na realização de uma consulta formal, podendo resultar numa marcação ou num aconselhamento de outra natureza. As estratégias para atingir tal objectivo devem estar definidas (exemplo: planeamento de marcações calculado com base nas características da lista de utentes e procura estimada).

Deverá ser explicitado o modo de divulgação pública do sistema de marcação, os procedimentos relativos às consultas programadas e a noção de consulta aberta (ver anexo b).

A equipa deverá ainda:

- Definir e explicitar, como objectivo, o tempo máximo de espera entre a hora de marcação e a hora de início da consulta (20 minutos) e do tempo máximo para a marcação de uma consulta com o seu Médico e Enfermeiro de Família (5 dias úteis).
- Comprometer-se a monitorizar e publicitar mensalmente a demora na marcação de consultas e de espera para a consulta (de acordo com os dados fornecidos pelo sistema de informação), cujos resultados permitirão proceder a ajustes com vista à melhoria do sistema de marcação.
- Comprometer-se com a possibilidade de obter uma consulta para cada Médico e Enfermeiro de Família em todo o horário de funcionamento, pelo menos uma vez por semana.
- Garantir a marcação de consultas (presencial, telefone, e-mail, e-agenda, outros) em todo o período de funcionamento da USF.

Atendimento telefónico. Todos os utentes têm a possibilidade de obter informação telefónica, assim como conselho médico ou de enfermagem durante o período de abertura.

Alternativas assistenciais. Devem estar publicitadas as alternativas assistenciais no período de encerramento da USF, para que os utentes saibam claramente quais as opções de cuidados à sua disposição.

Renovação de Prescrições. Deve ser definido um sistema de renovação de prescrições em situações de patologia crónica, com resposta até ao 3º dia útil.

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Devem ser definidos critérios de marcação e prioridades no atendimento domiciliário, tanto pelos médicos como pelos enfermeiros, (de modo a evitar uma má utilização dos mesmos: sobre e subutilização) garantindo uma acessibilidade adequada às situações clínicas que se apresentam, nomeadamente nas situações de doença aguda.

CONTINUIDADE E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Em caso de ausência do médico do enfermeiro de família, deverá estar acordado na equipa e definido um sistema de intersubstituição entre os profissionais (Anexo C).

- Deve incluir a explicitação dos serviços mínimos a providenciar aos utentes pela equipa nas situações de ausência de curta duração (inferior a 2 semanas).

COMUNICAÇÃO COM OS UTENTES

A equipa deverá elaborar informação escrita sob a forma de peças promocionais (por exemplo o Guia de Acolhimento) ou cartazes com o objectivo de divulgar informação relevante sobre o funcionamento da unidade de saúde e o modo como os utentes lhe têm acesso, cuidados oferecidos, horários, atendimento telefónico, domicílios, sistema de intersubstituição, de forma a proporcionar uma melhor qualidade no atendimento e na acessibilidade.

Nota: A equipa deve juntar o modelo do Guia de Acolhimento em anexo à Candidatura (Anexo II).

9. OFERTA ASSISTENCIAL

COBERTURA ASSISTENCIAL

Definição do horário de funcionamento da USF. Explicitar e justificar o eventual alargamento do período de cobertura assistencial, se proposto.

HORÁRIOS

Os horários assistenciais dos profissionais deverão ser calculados em função do tipo e dimensão da lista de utentes, e elaborados de acordo com as necessidades estimadas e as metas propostas para os diversos programas do Plano de Acção, explicitando-se a forma de organização dos mesmos e a carga horária global dos diferentes períodos de consulta.

Assim deverá incluir para médicos e enfermeiros:

- **Consulta aberta.** [Consulta no próprio dia, preferencialmente com marcação prévia pelo telefone ou outro meio, normalmente de iniciativa do utente]. Deverá existir carga horária explícita personalizada e diária, preferencialmente distribuída ao longo do tempo de trabalho individual.
- **Consulta programada.** [Consulta geral ou a grupos vulneráveis e de risco com marcação prévia, por iniciativa do utente ou da equipa]. Definir a carga horária para cada tipo de consulta (por exemplo: geral, saúde materna, saúde infantil, diabetes, etc.), de acordo com os programas definidos no Plano de Acção e as características da lista de utentes inscritos.
- **Visitação domiciliária.** Deve ser estimada a carga horária para actividade domiciliária programada.

Só para os médicos:

- **Consulta não presencial.** [Período dedicado à resolução de todas as situações que não exigem a presença dos utentes: renovação de receituário crónico, pedidos de relatórios, etc.]. Estimar a carga horária necessária.

CUIDADOS DE SAÚDE

Processo único centralizado. Explicitar os suportes a utilizar de registo clínico, nomeadamente nos grupos de risco e vulneráveis (por exemplo: ICPC-2 para os médicos ou a utilização de linguagem classificada – CIPE – para os enfermeiros), com integração dos registos médicos e de enfermagem.

10. SISTEMA DE QUALIDADE E MONITORIZAÇÃO

Definição das regras de aplicação do sistema de monitorização da qualidade, nomeadamente os processos de análise de desvios face às metas estabelecidas e respectivas acções correctivas, bem como de avaliação do desempenho profissional. (Exemplos: aplicação de grelhas de avaliação da qualidade organizacional, aplicação de “inquéritos de um dia” para avaliação da satisfação dos utentes, avaliação interna e externa, etc.). Explicitar como se pretende fazer, quem o executa e a periodicidade do mesmo.

Ver também o capítulo “Carta de Qualidade” neste guião.

11. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Caracterização da USF. Deve referir-se a localização (endereço – morada, código postal, endereço electrónico, telefone e fax), a descrição sumária das instalações e eventuais alterações estruturais necessárias.

Recursos materiais. Embora este ponto seja da responsabilidade da administração, cabe à equipa definir as suas necessidades. Se for entendido como importante (por exemplo no caso de haver programas da carteira adicional de serviços) poderá ser feita a inventariação e a justificação do material e equipamento necessários ao funcionamento da USF e apresentada em anexo (Anexo III).

Pontos importantes a ter em conta na inventariação dos recursos materiais:

- **Acessos e sinalização.** Sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes. Todos os locais de trabalho devidamente identificados. Facilidades de acesso e de mobilidade para deficientes.
- **Salas de espera.** Ambiente acolhedor, permitindo a privacidade e o conforto dos utentes. Assentos em número suficiente. Brinquedos, informações e material de

promoção da saúde. Instalações sanitárias para utentes, incluindo cidadãos portadores de mobilidade reduzida, podendo ser partilhadas com outras Unidades Funcionais que co-existam no mesmo edifício.

- **Gabinetes médicos.** Gabinetes individuais para cada médico, com condições adequadas para a avaliação dos utentes. Equipamento necessário à prática de medicina geral e familiar, incluindo malas para visitação domiciliária.
- **Gabinetes de enfermagem.** Gabinetes de enfermagem em número suficiente (pelo menos 1 gabinete para cada dois Enfermeiros e uma sala de tratamentos com 2 postos de trabalho). Equipamento necessário. Local próprio para tratamentos. Malas de domicílio com equipamento adequado.
- **Área de Saúde da Mulher e da Criança.** Sempre que possível deve existir uma área específica para as actividades em Saúde, com pelo menos 3 gabinetes.
- **Área de Secretariado.** Dispõe de espaço suficiente (área de recepção ao utente e área de rectaguarda). Equipamento necessário.
- **Comunicações.** Central telefónica, fax e correio electrónico oficial para todos os profissionais. Telefone e internet em todos os postos de trabalho.
- **Sistema de Informação.** Todos os postos de trabalho devem dispor de computadores e estarem ligados em rede. Deverá estar instalado um Sistema de Informação com módulo administrativo e clínico (médico e de enfermagem). Se houver já algum sistema instalado deverá ser feita uma descrição sumária e referência ao grau de utilização do mesmo pelos profissionais. (Exemplo: SAM, SAPE, Medicine One, VitaCare,...)
- **Local de reuniões e biblioteca.** Mobiliário adequado. Material audiovisual (inclui pc portátil e projector multimédia). Este espaço pode ser partilhado com outras Unidades Funcionais.
- O espaço físico da USF deve possuir um sistema de climatização.

12. HIGIENE E SEGURANÇA

Todo o equipamento e instalações deverão estar conforme as normas de higiene e segurança em vigor, incluindo o armazenamento de produtos tóxicos. Deverá existir um sistema de protecção contra roubo e equipamento para a detecção e extinção de incêndios.

Deverá existir também um plano de emergência da USF elaborado em colaboração com a Direcção do ACES e o Serviço de Protecção Civil local.

13. RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS E ACTIVIDADES DO ACES

A articulação com outras unidades funcionais do ACES assim como a participação dos profissionais da USF em actividades gerais do ACES deve ser acordada entre a equipa e definida na Candidatura, salvaguardadas as questões de autonomia da USF previstas na no DL 298/2007.

Para tal será elaborado, após a aprovação da Candidatura e até três meses do início da actividade, um “Manual de Articulação com o ACES” que estabelecerá as regras de relacionamento mútuo, assumindo a forma de um protocolo entre a equipa e o ACES, e que incluirá:

- A definição dos serviços do ACES que complementam a acção da USF. Exemplos: **Serviços da URAP, da UCC e da USP, Assistentes Operacionais** (o número de profissionais deverá ser ajustado à duração do período assistencial), **Esterilização, Tratamento de Lixos, Segurança, Limpeza**, etc.
- A participação dos profissionais da USF nas actividades do ACES, desde que seja comprovada a sua imprescindibilidade e que as mesmas não colidam com o seu desempenho no cumprimento dos objectivos da equipa.

Nota: o trabalho realizado neste âmbito será objecto de uma retribuição de acordo com as tabelas do trabalho extraordinário a atribuir ao profissional sem diminuição do seu compromisso para com a equipa ou a atribuir à equipa se houver diminuição correspondente em horas de trabalho do profissional na USF.

14. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL, INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO

A equipa multiprofissional compromete-se a adoptar e a implementar um plano de desenvolvimento de competências e de formação profissional contínua, criando oportunidades que proporcionem aos profissionais o cumprimento dos requisitos próprios de um desempenho de elevado padrão de exigência, bem como a definir as regras em que esta se desenvolverá. Estas deverão ser acordadas entre os elementos da equipa, e incluir a definição de prioridades formativas individuais e colectivas, tendo em conta as necessidades e afinidades pessoais e os interesses do serviço. As USF deverão ser entendidas como um espaço privilegiado de aprendizagem e de investigação.

Deve também ser indicado se já existem profissionais com qualificações para assumir a orientação de internatos ou estágios, bem como para participar noutras iniciativas de formação.

- Deverá ser apresentado o modelo de formação prevista, assente preferencialmente na formação contínua em contexto de trabalho e o cronograma de implementação de um plano de desenvolvimento de competências e de formação.

15. CARTA DE QUALIDADE

A Carta de Qualidade é um importante passo para a garantia de qualidade no atendimento aos utentes, permitindo sublinhar que a gestão da USF está orientada para os utilizadores e para a sua satisfação. Dá aos profissionais a oportunidade de conhecer, de forma realista, como são utilizados os recursos e o nível de qualidade que podem atingir, e aos utentes o direito de avaliar o serviço, comparando o que lhe é oferecido com o que realmente recebem.

Deverá ser elaborado um documento escrito dirigido aos utilizadores da USF, em suporte simples de consultar e fácil de entender, onde são identificados e descritos os serviços prestados. A informação a prestar deve ser relevante, credível, actualizada e prática.

Deverá incluir:

- O compromisso assistencial (informação relevante sobre o funcionamento da unidade de saúde e o modo como os utentes lhe têm acesso, cuidados oferecidos, horários, atendimento telefónico, domicílios, sistema de intersubstituição) e a qualidade do mesmo de acordo com as necessidades avaliadas.
- A forma de atendimento (cortês, efectivo, personalizado)
- A garantia de liberdade de escolha dos utentes.
- O princípio de audição dos utentes.
- Os mecanismos de reclamação e da respectiva resposta.

Deve ainda conter um ponto onde figure de modo bem visível o nome da USF, o endereço postal e electrónico, os números de telefone, e outras informações achadas relevantes.

A “Carta da Qualidade” deverá ser apresentada como um documento separado em anexo à Candidatura (Anexo V). A equipa deverá indicar o prazo para a sua elaboração (Prazo máximo: 6 meses após o início de actividades).

NOTA INFORMATIVA

Em sede de candidatura, após parecer técnico favorável da Equipa Técnica Operacional, é da responsabilidade do Departamento de Contratualização da ARS, negociar, caso exista, a carteira adicional de serviços (recursos humanos valorizados em horas extraordinárias) e o alargamento do horário assistencial da USF. Além disso, o coordenador da USF será também chamado a participar com o ACES na definição das metas das quatro classes de

indicadores (acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico) referentes aos incentivos institucionais (actualmente definidos na Portaria 301/2008).

A N E X O S

Anexos a entregar com a Candidatura ou posteriormente. Os anexos I, II e III deverão ser entregues durante o processo de análise da candidatura. O anexo IV poderá ser entregue até 3 meses após o início de actividades da USF e o anexo V poderá ser entregue até 6 meses após o início de actividades da USF.

- I. Plano de Acção.
- II. Guia de Acolhimento ao Utente.
- III. Listagem de material e equipamento, se necessário.
- IV. Regulamento interno.
- V. Carta de Qualidade.

B I B L I O G R A F I A

Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002. DGS. Site na Internet: www.dgsaude.pt

Baleiras S. Equipamento para uma consulta de clínica geral / medicina de família. Rev Port Ci Geral, 1989; 6:373-374.

Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Practice, 1995; 45: 654-9.

Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Planeamento e Avaliação. Instalações de Centros de Saúde, Guia de Programação Funcional. Lisboa; DGCSP, 1992.

Handysides S. Enriching Carrers in General Practice – Morale in General Practice: is change the problem or the solution. BMJ, 1994; 308:32-34.

Handysides S. Enriching Carrers in General Practice – Building an efficient and healthy practice. BMJ, 1994; 308:179-182.

Imperatori E. Diagnóstico da situação. In: Imperatori E, Giraldes M. Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa; ENSP, 1986; 13-28.

Kenefick G. The doctor's medical bag. Can Fam Physician, 1992; 38:496-500.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010. Ministério da Saúde, 2004

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários; MCSP, 2006.

Nakar S, Vinker S, Weingarten M. What family physicians need in their doctor's bag. *Fam Pract*, 1995; 12(4):430-2.

Projecto "Alfa" – Guia para elaboração de Projectos. RSLVT, 1996.

Ramos V, Baleiras S. A gestão da prática clínica pelo médico de família. V – Previsão de Necessidades de Saúde e Adequação da Oferta de Cuidados. *Rev Port Ci Geral*, 1991; 8(4):128-133.

REMO – Guião para apresentação de um projecto de candidatura ao RRE. APMCG, 1999.

RSLVT. Normas de Planeamento e Programação – Centros de Saúde. Documento de trabalho. ARSLVT, 1995.

Sanders S, Gray P. What's in the GP's bag? *The Practitioner*, 1994; 238:533-539.

ANEXO A – EXEMPLO DE PROGRAMA

[NOME DO PROGRAMA]

Ex.: PLANEAMENTO FAMILIAR

[INTRODUÇÃO] – Descrição sumária e fundamentada da(s) razão(ões) da escolha do programa, especialmente os que não estão contemplados na carteira básica de serviços.

Ex.: Programa da carteira básica de serviços, importante na Saúde da Mulher, no que respeita ao controlo da fertilidade, da sexualidade responsável e das relações entre o casal.

[POPULAÇÃO ALVO] – Definir com clareza e quantificar, uma vez que é necessário para cálculo das cargas horárias globais por actividade.

Ex.: Mulheres em Idade Fértil – 15 aos 54 anos – n=2917

[OBJECTIVO(S)] – Indicação do(s) objectivo(s) (2 ou 3 específicos por programa), num só parágrafo, estando quantificados e temporizados (respectiva meta de concretização no fim do triénio). Eliminar os objectivos de redução de prevalências (ex. redução da mortalidade ou morbilidade). Os **objectivos** devem ser **SMART**. Devem estar presentes os objectivos e indicadores do processo de contratualização (Portaria 301/08).

S – Suficientes – não devem ser em nº excessivo

M – Mensuráveis

A – Ambiciosos – o suficiente, mas evitar de todo os não alcançáveis

R – Realistas – evitar os fáceis de alcançar, porque senão surge a desmotivação

T – Temporizados

Ex.: Conseguir que pelo menos 50% das mulheres em idade fértil obtenham vigilância em PF até 2012.

[INDICADOR(ES) DE EXECUÇÃO/MONITORIZAÇÃO] – Identificação do(s) indicador(es) que permitirá(ão) avaliar em determinado(s) momento(s) expresso(s) o desenvolvimento do programa em direcção ao(s) objectivo(s), com indicação clara da fórmula de cálculo ou referenciados para a “Lista de Indicadores” da MCSP e fonte(s) do(s) seu(s) componente(s). Referir o seu nome, tipo de indicador, a fórmula de cálculo, o histórico da Unidade ou Centro Saúde ou Sub-Região. Indicadores e metas da actividade de enfermagem nos diversos programas (envolver a equipa no Plano).

[METAS] – Valor objectivo previsto para o(s) indicador(es) em determinado tempo expresso, indicando sempre que possível o(s) seu(s) histórico(s) local(ais) e/ou sub-regional(ais) de referência. (Atenção às metas de 0 e 100%).

Ex.:

Indicador		Metas		
Ref.	Nome	Histórico	2010	2011
3.22.	Taxa de Utilização de Consultas de PF	30%	35%	40%
5.2m	% Mulheres 25-49 anos com colpo-citologia actualizada	80%	90%	95%

[ACTIVIDADE(S)] – Descrição sumária da(s) actividade(s) a desenvolver caracterizando-a(s) em relação a QUEM, COMO, ONDE e QUANDO (**Cronograma**) a(s) executa e forma de AVALIAÇÃO do seu cumprimento, considerando as diferentes actividades de cada área profissional, relacionadas com os objectivos expressos. Cuidado com a possibilidade de confusão entre objectivos e estratégias/actividades.

Ex.:

Actividade:	Realização da consulta
Quem:	Médicos, Enfermeiros e Secretariado Clínico
Como:	Marcação a pedido do utente, marcação por iniciativa da Equipa, marcação oportunista e realização oportunista
Onde:	Sala de Planeamento Familiar
Quando:	Todo o ano com excepção de Julho, Agosto e Setembro Preferencialmente no horário de PF. Permitir flexibilidade.
Avaliação:	Nº marcações efectuadas x 100 / Nº consultas realizadas (semestral)
Tempo:	20 minutos para Médico e Enfermeiro, 3 minutos para Administrativo

[CARGA HORÁRIA] – Define a carga horária global por actividade e programa. Resulta da soma dos tempos atribuídos a cada actividade por grupo profissional e do número de vezes/ano que se repete essa actividade.

Ex.:

Actividade	Número Horas para 1º Ano								
	Médico			Enfermeiro			Secretário Clínico		
	Nº Cons	Min/Cons	Total (h)	Nº Cons	Min/Cons	Total (h)	Nº Cons	Min/Cons	Total (h)
Realização Consulta	1021*	20	340	2042	18	613	2042	3	102
....									
....									
Total									

* 1021 consultas vem da aplicação da meta para o 1º ano (35%) sobre a população alvo (2917)

ANEXO B – DEFINIÇÃO DE CONSULTA ABERTA

Nas USF o princípio deve ser o de os utentes serem atendidos pelo seu médico e enfermeiro de família de uma forma programada, isto é, agendada com, pelo menos, 24 horas de antecedência.

As situações de doença aguda ou de problemas percebidos pelos utentes como agudos, clínicos ou não, são uma exceção a este princípio. Para resolver essas situações está instituída a consulta aberta (não programada).

Assim, o conceito de “consulta aberta” deve entender-se como: «Período de consulta que todos os médicos e enfermeiros devem disponibilizar diariamente para atendimento de situações de doença aguda ou percebidas como tal pelos seus utentes das suas listas, com marcação telefónica ou presencial no próprio dia».

ANEXO C – DEFINIÇÃO DE SISTEMA DE INTERSUBSTITUIÇÃO

Nas situações de ausência de profissionais, os cuidados a prestar aos seus utentes devem ser assegurados na medida necessária e suficiente para que não se prejudique a sua vigilância ou a situação de doença aguda em que se encontra. Para resolver essas situações deve estar instituído um sistema de inter-substituição, que pode ser garantido em períodos de consulta aberta (situações de doença aguda ou de necessidade de resposta rápida) mas também em períodos de consulta programada (consultas de vigilâncias aos grupos vulneráveis ou de risco, inseridas nos serviços mínimos).