

Assunto: Reestruturação dos Serviços – Em Estado de Calamidade – Orientação n.º4/2020 – Unidades Funcionais dos ACeS

Considerado o Decreto-Lei n.º 20/2020, de 1 de maio, que alterou as medidas excecionais e temporárias relativas à pandemia da doença COVID-19, bem como o Despacho da Senhora Ministra da Saúde de 2 de maio, pelo qual se determina iniciar, de forma gradual e monitorizada, o reagendamento e realização de atividade assistencial suspensa no SNS, com a retoma das carteiras básicas das Unidades Funcionais dos ACeS e dos Hospitais, sem prejuízo da salvaguarda do cumprimento escrupuloso de regras de saúde pública e da manutenção da prontidão de resposta necessária a um eventual aumento da incidência da COVID-19, recomenda-se e informa-se o seguinte:

1. O cumprimento da instrução “*O que deve passar a acontecer nas UF dos ACeS?*” (**anexo n.º1**), incluindo na gestão do risco Covid-19 e outras doenças infecciosas (**anexo n.º2**), **agendando por hora marcada toda a atividade presencial**, incluindo a resposta às situações agudas, **atendimento telefónico qualificado** com garantia de resposta no período de funcionamento da unidade, e **plano de vigilância no domicílio** dos doentes mais vulneráveis e idosos (**anexo n.º3**).
2. Devem manter-se **suspensas todas as carteiras adicionais de serviços**, exceto a resposta a utentes esporádicos, utentes sem médico de família e os prolongamentos de horário dos Centros de Saúde, devendo estes serem reajustados às realidades locais. Na consulta intensiva de cessação tabágica deve analisar-se a manutenção dos contactos caso a caso e utilizar-se os meios não presenciais.
3. As UF devem reforçar a atualização e **divulgação dos seus contatos telefónicos e correio eletrónico**, devendo estar disponíveis na página web da ARS e da UF, e na rede comunitária (autarquias, farmácias, bombeiros, GNR/PSP, entre outras) e redes sociais.
4. Cabe aos Conselhos Gerais das UF, adaptarem os seus planos de ação para o próximo trimestre, devendo em simultâneo, até ao dia 31 de maio, **todas as UF de cada Centro de Saúde, incluindo os profissionais da URAP afetos a esse Centro de Saúde**, discutir e aprovar **plano de ação comum**, tendo em conta os utentes mais vulneráveis e/ou com multimorbilidades, a ser submetido ao CCS do seu ACeS.

5. Mantém-se a informação da ARSC de 29 de março sobre a **rede do circuito de colheita/testes de diagnóstico** – pesquisa de RNA do vírus SARS-CoV-2 por PCR que contempla quatro modalidades não exclusivas entre elas: centros de diagnósticos móveis (CoviDrive), lares/instituições, convencionados e rede hospitalar.

6. Em breve o Ministério da Saúde irá divulgar um documento enquadrador sobre os CSP – “*Retorno ao Futuro*”, uma visão ambiciosa a curto e médio prazo com exigência para todas as partes.

7. O microsite da ARSC, Convid-19 continua em atualização, contendo os documentos de apoio a esta pandemia.

A ARSC irá continuar a reunir por videoconferência com todos os ACeS (DE, CCS e UF) para continuar a esclarecer estas recomendações e a sua implementação, e discutir os próximos passos numa Webinar em data e hora, a anunciar brevemente.

Coimbra, 05 de maio de 2020

João Rodrigues

Vice-Presidente do Conselho Diretivo

Assistente Graduado Sénior de MGF

Anexo nº1 - O que deve passar a acontecer nas UF dos ACeS?

1.A Carteira de Serviços (Geral)

1.1. Desejavelmente, pelo menos 50% da atividade das unidades funcionais deverá ser não presencial

- Atendimento telefónico qualificado (inclui orientação ou resolução de situações clínicas dos utentes) com garantia de resposta no período de funcionamento da unidade.
- Existência de períodos diários/semanais, para teleconsulta, tele educação, tele consultoria e respostas atempadas por correio eletrónico.
- Negociação de Planos Individuais de Cuidados e auto monitorização - literacia/capacitação.
- Acompanhamento e monitorização do estado de saúde dos doentes com multi morbilidade e dependentes.

1.2. Toda a atividade presencial, incluindo a resposta às situações agudas, deve ser pré agendada.

- O pré-agendamento deve ocorrer após contacto telefónico com Médico ou Enfermeiro da unidade de saúde, na sua impossibilidade deve ser feito com a menor exposição possível do profissional de saúde ao risco de contágio.
- O atendimento telefónico permitirá uma triagem assertiva dos casos e um maior controlo da gestão do percurso do cidadão no seu processo de doença e de ganhos de saúde.
- Este pré-agendamento/triagem qualificará a procura pela consulta de resposta a situações agudas e relegará para consulta programada a busca por outro tipo de cuidados.

1.3. Reforço da visitação domiciliária

- Plano de vigilância no domicílio dos mais vulneráveis, idosos e dependentes, incluindo a vigilância da saúde (por exemplo: 1.ª consulta do recém-nascido e rastreio metabólico se for o caso).
- Quando necessário em estreita articulação com a Autoridade de Saúde Pública, definir o tipo de apoio a prestar às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Lares Residenciais (Despacho nº 4097-B/2020 e nº 4959/2020).
- Utilização de EPI e regras de higienização obedecem às regras gerais definidas para o atendimento presencial nas UF.

2. Regras Gerais

- Circuito normal das UF ou domiciliário obriga a:
 - Pré agendamento com hora marcada para toda a atividade;
 - Todos os utentes/doentes e acompanhantes devem obrigatoriamente ser portadores de máscara, e efetuar a lavagem/desinfecção das mãos à entrada e saída da UF;
 - Uso obrigatório de máscara cirúrgica pelos profissionais de saúde e aconselhado uso de bata impermeável nas consultas em que ocorra exame físico e/ou procedimentos de proximidade com o doente. Contexto UF ou domiciliário;
 - Lavagem ou desinfecção das mãos e higienização (material clínico usado e mesas) entre cada contato;
 - Circuitos dos utentes separados;
 - Higienização regular dos espaços, equipamentos e viaturas.
- Otimização da gestão do espaço físico recorrendo a estratégias como desfasamento de horários de atendimento dos utentes, flexibilidade dos horários dos profissionais das 8h às 20h, divididos em atendimento presencial, visitas domiciliárias e atendimento não presencial. Este último poderá ser realizado na modalidade de teletrabalho, desde que não existam condições físicas na UF, seja garantida ligação VPN e exista acordo do profissional.
- Espaço mínimo de 2m entre cada utente nas zonas de espera.
- Identificação de estratégias que garantam o respeito rigoroso do horário da marcação, sem atrasos no atendimento presencial que condicionem sobrelotação dos espaços de espera.
- Consultas agendadas com presença física, devem ter uma duração mínima prevista de 30 minutos.
- Continuar a privilegiar a articulação/contacto com os utentes por via telefónica, por *e-mail*, com promoção ativa dos contactos não presenciais.
- Identificar, nos grupos vulneráveis e de risco, quem necessita de consulta presencial, por descontrolo da doença ou por impossibilidade de teleconsulta, e agendar pró-ativamente as consultas a realizar.
- Definir prioridade de reagendamento de consultas sinalizadas previamente aos grupos vulneráveis e de risco que ainda não tiveram consulta no presente ano.
- Agendar as situações de atraso no cumprimento do PNV, privilegiando as crianças e jovens.
- Iniciar ou dar continuidade ao plano de vigilância em domicílio dos mais idosos e vulneráveis, ainda que em Lares ou ERPI, que continuarão a ter critérios mais restritivos de deslocações.
- Os rastreios da mama, RCCU, RCCR, Visual e retinopatia Diabética irão reiniciar-se consoante o plano de retoma de cada Hospital e da LPCC.
- Reuniões e formações com número reduzido de profissionais e adequado distanciamento físico (2 m), com uso de máscara e privilegiando-se a videoconferência.
- Manter a distância física entre profissionais (corredores, “copas”, sala de reuniões).
- O registo da assiduidade é feito na plataforma SISQUAL, disponível online e fora da RIS.
- Para todos os efeitos, a validação da carga horária poderá ser aferida às 4 semanas.
- Definição dos planos de férias até 31 de maio.

Anexo nº 2 - Gestão do risco COVID e outras Doenças Infecciosas (Ex. Gripe) – segurança dos cidadãos e profissionais

- Manter linha telefónica para avaliação de queixas respiratórias ou hipertermia.
- Triagem de sintomas (febre, falta de ar ou tosse, avaliação da temperatura) ao doente e acompanhante (quando indicado: crianças e dependentes, máximo de 1 acompanhante por doente) à entrada da unidade, por médico ou enfermeiro.
- Os ADC-Comunidade devem ser avaliados quinzenalmente pelos PCCS, DE e Coordenadores das UF que os constituem de forma a terem o menor impacto possível na atividade das UF e ocorrer uma oferta de horário de consulta adequada à procura de cuidados.
- Em caso de um profissional estar afeto a um ADC-Comunidade e sempre que não haja necessidade de resposta às solicitações por COVID19, devem ser criadas condições para que estes profissionais possam produzir trabalho para as suas UF de origem.
- Ajustar horário dedicado dos ADC Comunidade, ponderando a sua integração na UF, desde que seja possível criar circuitos de acesso e internos diferenciados.
- Pré agendamento obrigatório para hora marcada, podendo o ADC ou a UF ter um período fixo de 2 a 4 horas/dia para agendar estas situações, garantindo que os utentes permaneçam na Unidade apenas durante o período estritamente necessário.
- Uso obrigatório pelos profissionais de saúde de máscara cirúrgica, bata impermeável, luvas e óculos/viseira. Contexto UF ou domiciliário.
- Todos os utentes/doentes e acompanhantes devem obrigatoriamente ser portadores de máscara, e efetuar a lavagem/desinfecção das mãos à entrada e saída da UF. Contexto UF/ADC ou domiciliário.
- Higiene de todos os espaços realizada regularmente durante o período de funcionamento da unidade, de acordo com os planos elaborados pelas equipas do PPCIRA.
- Qualificar a notificação e o acompanhamento telefónico dos doentes com COVID com a desejável integração do Trace Covid no processo clínico do doente.

Anexo nº 3 – Carteiras de Serviços (específica por UF)

USF / UCSP - O exigente equilíbrio entre: Acesso / Personalização / Segurança / Resolutividade

Procura espontânea de cuidados – a iniciativa do cidadão

- Atendimento telefónico qualificado durante todo o período de funcionamento da UF.
- Doença aguda – deve obrigar a pré agendamento;
 - ✓ Circuito não Covid - deverá garantir oferta que garanta o princípio de observação da doença aguda no próprio dia do pedido, podendo ser assegurada em regime de intersubstituição.
- Outros motivos:
 - ✓ Plano de resolução não presencial;
 - ✓ Agendamento consulta presencial se estritamente necessário.

Doente com multimorbilidade – Saúde Mental/ DPOC/ Obesidade/ Diabetes/ HTA/ Osteoartrose/ Entre outras

- Centrado na pessoa e não no problema/morbilidade.
- Negociar plano individual de cuidados, global e integral - o que deve acontecer para os diversos problemas, evitando a individualização e duplicação das consultas (1 consulta /vários problemas):
 - Uma consulta presencial anual, na UF ou no domicílio, para os pacientes com uma ou mais patologias controladas;
 - Mais consultas, presenciais ou não presenciais, a avaliar, caso a caso, considerando os problemas de saúde, a capacitação individual ou dos cuidadores e a literacia, onde se inclui os necessários controlos analíticos ou físicos;
 - Renovação de receituário e MCDT: envio por sms ou correio eletrónico.
- Nos utentes com toma de observação diária de fármacos, articular com a entidade prescritora um regime mais alargado, observando a situação caso a caso.
- **Hipocoagulados**
 - Se INR em ambulatório - ajuste da dose por telefone ou email;
 - Se INR na UF – pré agendamento consulta.

Grupos vulneráveis

1. Saúde da Mulher

- ✓ Início de contraceção, colocação implante/DIU, RCCU, Pré concepcional – consulta presencial;
- ✓ Gravidez – Seguir protocolo de vigilância das UCFs ajustados à pandemia.

2. Saúde Infantil e Juvenil

- Consultas presenciais:
 - ✓ 1º ano – manter as associadas ao PNV
 - ✓ 2º ano - 12 e 18 meses presencial
 - ✓ Anual até aos 5 anos (esta será a pré-escolar)
 - ✓ Uma entre os 10 e 13 anos
 - ✓ Uma entre os 15 e 18 anos

3. Vacinação

- ✓ Pré agendamento obrigatório.

NOTA – Em qualquer momento podem ser agendadas consultas de seguimento, seja por solicitação do cuidador, do doente ou por iniciativa da equipa, sendo a modalidade (presencial ou não presencial) definida de acordo entre as partes.

Alargamento de horário

- Esta oferta deve ser reavaliada, em função das necessidades e realidades locais.
- A sua utilização, obedece aos princípios e regras definidas para a **procura espontânea de resposta a Doença Aguda**.

UCC

- **Atendimento telefónico qualificado, no âmbito da sua carteira de serviços, durante todo o período de funcionamento da UF.**

Gestão da Doença

1. ECCI

- Definir plano individual de intervenção tendo em conta as necessidades de saúde, presencial e apoio aos cuidadores e acompanhamento não presencial.

2. Projetos nas áreas da S. Mental, Doença Crónica Complexa

- Planear a retoma das atividades, privilegiando a vertente não presencial – telefone e vídeo chamada;
- Em qualquer momento podem ser agendadas atividades presenciais, seja por solicitação do cuidador, do doente ou por iniciativa da equipa,

3. Atividade domiciliária reforçada, no âmbito da sua carteira de serviços

- Em articulação com as outras unidades (centro de saúde/ACeS),

Gestão da Saúde

- Todas as atividades de grupo devem ser desenvolvidas por videoconferência.
- Programa de Preparação para o Parto:
 - Consulta de avaliação de admissão articulada com a consulta de Saúde Materna da USF/UCSP (24-28.ª semana);
 - Restantes consultas por videoconferência.

Intervenção comunitária

- 1. Apoio e acompanhamento aos ERPI – (Despacho 4959/2020, de 24 de abril):**
 - Em estreita articulação com a saúde pública e segurança social, negociar o apoio e intervenção nestas estruturas, acompanhando e monitorizando a existência e apropriação dos planos de contingência.
 - Em articulação com as outras unidades (centro de saúde/ACeS), criar condições para intervenção de apoio na prestação de cuidados, em caso de falência dos recursos próprios das ERPI.
- 2. NACJR, CPCJ, ELI, RSI, Rede Social, EPVA**
 - Retomar atividades privilegiando a vertente não presencial.
- 3. Saúde Escolar e acompanhamento às creches**
 - a. Em articulação com a USP, apoiar a Escola na retoma das aulas, garantindo a capacitação de todos os intervenientes nas medidas e regras de higiene, etiqueta respiratória, distanciamento social, utilização de máscaras e circuitos de pessoas e lixos;
 - b. Preparar o próximo ano letivo;
 - c. Repensar e reprogramar as intervenções no âmbito destes grupos, apostando na rentabilização das videochamadas e redes sociais.

URAP

- Manutenção da atividade das linhas de apoio telefónico aos utentes e profissionais de saúde.
- Contribuir para a efetiva resposta na área da Saúde Mental nos CSP, mantendo a articulação com os serviços de Psiquiatria e Pedopsiquiatria.
- Dar continuidade à articulação/colaboração com Segurança Social, NLI/RSI, Autarquias, Rede Social, CSF, CPCJ e outros parceiros da comunidade, privilegiando a vertente não presencial (contactos telefónicos, *e-mail*, vídeo conferencia).
- Em articulação com as outras UF dos Centros de Saúde e do ACeS, discutir e aprovar plano de retoma da restante atividade, tendo em conta as necessidades em saúde identificadas e os utentes/famílias mais vulneráveis e/ou com multimorbilidades,

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP)

- A cooperação estabelecida com as USF e com as UCSP, no combate à pandemia Covid, em especial no apoio às ERPI, deve ser aprofundada, nos termos dos despachos Despacho nº 4097-B/2020 e nº 4959/2020, assim como, noutras áreas cruciais como o Plano Nacional de Vacinação, atividades dos Programas ligados à alimentação e ao exercício físico.