

Assunto: Orientação nº9/2020 - Situação de Contingência – ACeS (USF e UCSP)

Considerando a publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020, a situação epidemiológica da pandemia na Região Centro, a necessidade de clarificar a Norma nº4 da DGS e a Orientação nº8/2020 da ARSC que se mantêm em vigor para não adiarmos mais as rotinas que promovem a saúde, previnem a doença e permitem o seu diagnóstico precoce, vem a ARSC esclarecer o seguinte:

1. Acesso e utilização das salas de espera

- Reforça-se que em relação ao acesso, ocupação e permanência nos espaços físicos das UF, e de acordo com as regras definidas pela DGS, à entrada das UF deve estar publicitada a lotação máxima das salas de espera para poderem ser utilizadas em segurança, devendo a porta de entrada da UF permanecer aberta até à lotação máxima das salas de espera.
- Por falta de evidência científica, não se recomenda a medição da temperatura corporal à entrada da UF.
- O acesso à sala de espera deve ser priorizado consoante os seguintes critérios:
 - Não ultrapassar o número máximo estipulado de pessoas na sala de espera;
 - Priorizar as pessoas com agendamentos prévios com antecedência máxima de 15 minutos antes da hora marcada;
 - Uso obrigatório de máscara cirúrgica e higienização das mãos.

2. Carteira Básica de Serviços das USF e UCSP

- Todas as USF e UCSP dos ACeS, sem prejuízo das medidas de controlo da infeção preconizadas pela DGS, devem já ter retomado, na íntegra, a sua Carteira Básica de Serviços (Portaria n.º 1368/2007), incluindo a marcação de consultas programadas de “Saúde do Adulto e do Idoso”. (**anexo nº1**).

3. Carteiras Adicionais de Serviços

- As Carteiras Adicionais de Serviços, ainda suspensas, devem ser retomadas, devendo garantir-se o cumprimento efetivo das atividades da carteira básica (**anexo nº2**).

4. Resposta a suspeitos e doentes de COVID-19

- Organizar tempo próprio para avaliação telefónica (médico ou enfermeiro) podendo resultar em autocuidados, em isolamento no domicílio e sob vigilância ou na necessidade de avaliação clínica presencial.
- Quando for necessária avaliação clínica presencial em CSP, pode ocorrer em Áreas Dedicadas COVID-19 (ADC-COMUNIDADE), na USF/UCSP (ESPAÇO DEDICADO) ou no domicílio do doente.
- O ACeS e as USF/UCSP devem, em conjunto definir os espaços de atendimento de acordo com a densidade populacional, a dispersão geográfica, a evolução epidemiológica local, a experiência em curso e a recomendação contida no **anexo nº3**.

5. TRACE COVID

- Recorda-se que a atualização da Norma nº4/2020 da DGS, criou a possibilidade do médico acordar com o doente o seguimento em **autoreporte** para o seguimento clínico dos doentes com suspeita clínica ou confirmação de COVID-19 em isolamento, no domicílio.

6. Resposta à epidemia sazonal de Gripe

- Os critérios para considerar as várias fases do plano de reorganização funcional de reforço à epidemia de Gripe sazonal, são os definidos em outubro de 2019 com as necessárias e devidas adaptações ao contexto epidemiológico e assistencial vigente.
- A estratégia geral de vacinação antigripal da DGS, em articulação com o Grupo Regional de Vacinação já foi divulgada a todos os ACeS, recomendando-se a devida preparação da operacionalização das 1ª. e 2ª. fases em articulação com todos os intervenientes.

7. Reuniões e utilização da Copa

- Sempre que viável as reuniões de serviço e formações devem ser feitas com recurso a videoconferência.
- A eventual realização de reuniões presenciais, a ponderar casuisticamente (avaliação do risco), implica que devem ter um número reduzido de profissionais (ajustamento da lotação ao espaço útil disponível) e deverá ser salvaguardado o adequado distanciamento físico (2 m), sempre com uso de máscara cirúrgica.
- Na utilização da copa/sala de café/refeições, deve ser respeitada a distância física radial de 2 metros entre profissionais e o seu arejamento e ventilação adequados.

A ARSC continuará a reunir (16 e 18/09/20), por videoconferência com todos os ACeS (DE, CCS e USP) para discussão, esclarecimento e implementação destas recomendações. Em breve irá publicitar, em parceria com a SRC da Ordem dos Médicos, o **endereço de e-mail dedicado** para resposta às dúvidas e aconselhamento no âmbito da gestão do momento atual, de particular exigência para todos os profissionais do SNS.

Coimbra, 15 de setembro de 2020

João Rodrigues

Vice-Presidente do Conselho Diretivo

Assistente Graduado Sénior de MGF

Anexo nº 1 – Carteira de Serviços - Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (USF / UCSP) - O exigente equilíbrio entre: Acesso / Personalização / Segurança / Resolutividade

I. Procura espontânea de cuidados – Iniciativa do cidadão – Contato direto e indireto

- **Atendimento telefónico dedicado** durante todo o período de funcionamento da UF (escala consignada de todas as profissões) - inclui marcação de consultas, pedidos de contatos indiretos, informações e orientação de situações clínicas dos utentes que não necessitem de consulta presencial. Devem ser divulgados aos utentes, horários preferenciais para contacto telefónico específico, como por exemplo, suspeita de Covid.
- **Doença aguda** – deve privilegiar-se o pré-agendamento para consultas em presença física:
 - ✓ **Circuito não-COVID** - deve garantir oferta de observação da doença aguda no próprio dia do pedido, podendo ser assegurada em regime de intersubstituição.
 - ✓ **Circuito COVID (suspeita)** - pré-agendamento com hora marcada, atendimento telefónico dedicado (médico e/ou enfermeiro) podendo ser na USF/UCSP (no espaço dedicado) ou na Área Dedicada à Covid (ADC-C) e ter um período ou vários períodos fixos de 1 a 12 horas/dia para agendamento destas situações consoante o número de casos, garantindo que os utentes permaneçam na Unidade ou ADC apenas e só durante o período estritamente necessário.
- **Outros motivos possíveis de marcação:**
 - ✓ Agendamento de **visitação domiciliária** se clinicamente necessário.
 - ✓ Agendamento de consulta presencial programada na USF/UCSP se clinicamente necessário: **Saúde do Adulto e do Idoso, Doente com multimorbilidade, Grupos Vulneráveis, Vacinação e atos/contatos de enfermagem.**

II. Doente com multimorbilidade – Doença Mental / Doença Oncológica / Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/ Obesidade / Diabetes / Hipertensão Arterial/ Osteoartrose /Hipocoagulados/entre outras.

- **Centrado no estado geral da pessoa/família** e não exclusivamente no problema/morbilidade principal.
- **Negociar plano individual de cuidados (PIC)**, global e integral - o que deve acontecer para os diversos problemas, evitando a individualização e duplicação das consultas (1 consulta / vários problemas):
 - Pelo menos, uma consulta presencial anual, na UF ou no domicílio, para os pacientes com uma ou mais patologias bem controladas;
 - Mais consultas, presenciais ou não, a avaliar individualmente, considerando os problemas de saúde, a capacitação individual ou dos cuidadores e a literacia, onde se incluem os necessários controlos analíticos ou físicos e mentais.
 - Renovação de receituário, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), declarações/atestados, entre outros: envio por SMS ou correio eletrónico.
- Nos utentes com **toma diária de mais do que cinco medicamentos**, incluí-los no programa de qualificação da polimedicação, verificando pelo menos, em cada consulta se continua a existir indicação para cada fármaco.

- **Hipocoagulados:**
 - Se INR em laboratório - ajustamento da posologia por telefone ou email;
 - Se INR realizado na USF/UCSP – pré-agendamento do contacto.
- **Plano para vigilância no domicílio** dos mais vulneráveis, idosos e dependentes, incluindo a vigilância da saúde.
- **Discussão clínica:** acompanhar o desenvolvimento dos projetos de “Integração de Cuidados” com os seus hospitais de referência, incluindo a especificidade da rede de Saúde Mental, discutir casos descompensados a necessitarem ou não de referência ou consultadoria hospitalar ou outra.

III. Grupos vulneráveis

1. Saúde da Mulher

- ✓ Início de contraceção, colocação implante/dispositivo intrauterino (DIU), RCCU, consulta pré-concepcional ou vigilância anual de **planeamento familiar** – consulta presencial.
- ✓ **Gravidez** – Seguir protocolo de vigilância das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) 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, não devendo naturalmente ser desperdiçada qualquer oportunidade para uma vacinação oportunista.

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 por acordo entre as partes, incluindo a possibilidade de visita domiciliária.

IV. Contatos Indiretos - Não Presenciais

- ✓ Telefonemas (inclui TRACECOVID) e emails;
- ✓ Renovação de receituário crónico;
- ✓ Avaliação e registo de exames auxiliares de diagnóstico;
- ✓ Outros: relatórios clínicos, discussão de caso clínico, etc.

Anexo nº 2 – Carteiras Adicionais de Serviço e Alargamento de Horário

1. Carteiras adicionais

- Sempre **supletivas** à carteira básica de serviços.
- Pressupõem a garantia do cumprimento efetivo das atividades da carteira básica.
- Devem corresponder a necessidades diagnosticadas e ter em conta as características da população abrangida pelas UF do Centro de Saúde.
- Obrigam à definição e contratualização de:
 - População alvo;
 - Objetivos - metas e período de execução;
 - Tipologia de serviços, atividades e carga de trabalho/carga horária semanal/mensal por grupo profissional;
 - Outros recursos a alocar (materiais, instalações, entre outros);
 - Indicadores de monitorização e de avaliação;
 - Modelo de pagamento.

2. Alargamento de Horário

- Oferta de cuidados **para além** do normal período de funcionamento das unidades funcionais.
- Deve corresponder a necessidades diagnosticadas, tendo em conta as características da população abrangida pelas UF e alternativas assistenciais existentes, no contexto e **âmbito do Centro de Saúde**.
- O alargamento de horário pode ser só da UF ou do conjunto das várias UF do Centro de Saúde.
- O seu funcionamento obedece aos princípios gerais, de:
 - Estratificação do risco de infeção COVID-19 (alto e baixo risco), por triagem telefónica e/ou presencial a todos cidadãos que procurem esse serviço nesse período.
 - Atendimento telefónico qualificado e dedicado durante todo o período do alargamento de horário (escala consignada) - inclui orientação ou resolução de situações clínicas dos utentes).
 - Pré-agendamento de toda a atividade presencial, incluindo resposta às situações agudas.
 - Além da resposta à procura espontânea de cuidados (situações agudas), pode incluir atividade programada (pré-definida) de enfermagem e médica.
 - Deve existir um regulamento de funcionamento, onde se explicita os serviços que se oferecem e o modelo de trabalho.
- Esta oferta de cuidados deve ser monitorizada (nº de consultas, tipo de consultas e motivos de consulta) e reavaliada periodicamente (pelo menos a cada 6 meses) pelo CCS do ACeS, em função das necessidades e realidades locais.

Anexo nº 3 – Resposta organizada às situações agudas respiratórias (ADR-ADC)

- Definir em cada USF/UCSP quais os gabinetes que irão ser ocupados para observar estes doentes.
- Definir o circuito do doente (saída e entrada) dentro da USF/UCSP.
- Definir como é que o doente faz a marcação da consulta (telefone dedicado e publicitado). Se for por telefone, a marcação deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro.
- Existência de escala de serviço para consulta presencial de avaliação e atendimento telefónico rotativo, incluindo os médicos internos.
- O número de casos de sintomatologia respiratória deve ser a determinante local para ativar diversas fases de um plano construído com as sinergias das UF/ACES em que o critério de mudança de fase seja a monitorização do **número de casos do R** (R74+R76+R78+R80+R29.01 + A77.01) **por USF/UCSP por semana**.
- A monitorização irá ocorrer a nível do SCG da ARSC, produzindo Dashboard semanal com os “R” por USF/UCSP dos ACeS, permitindo assim, adaptar funcionalmente a resposta tendo em conta a procura.
- Exemplo, quadro abaixo, a adaptar consoante o número de utentes, a dimensão da equipa (com ou sem médicos internos) e as condições físicas para uma população de 100.000 inscritos:
 - ✓ **Fase 1:** cada UF tem um gabinete de isolamento para atender caso haja necessidade, na tipologia de “via verde” - entra e sai sem passar na sala de espera ou atendimento administrativo o doente com sintomatologia respiratória, prevendo-se um período de utilização do gabinete respiratório diário de 1-2 h diárias.
 - ✓ **Fase 2:** período de utilização da área respiratória de 2-4 h diárias.
 - ✓ **Fase 3:** período de utilização da área respiratória de 4-8 h diárias.
 - ✓ **Fase 4:** período de utilização da área respiratória de 8-12 h diárias ou aumentar a escala para 2 médicos 4-6 h diárias.
 - ✓ **Fase 5:** período de utilização da área respiratória de 12 h diárias ou aumentar a escala para 2-3 médicos 6 h diárias ou a resposta deve ser organizada utilizando como unidade de trabalho o CS.
- De acordo com a densidade populacional, a dispersão geográfica, a evolução epidemiológica local, as condições físicas e a experiência em curso pode decidir-se pela **centralização de duas ou mais USF/UCSP, idealmente por concelho, num ADR/ADC** devendo respeitar em termos de previsão dos recursos humanos a serem mobilizados e respetiva carga horária, em **5 fases**:
 - ✓ **O total de consultas semanais (R)**, para considerar as várias fases do plano de reforço de resposta à epidemia da INF.RESP./COVID, por **100 mil habitantes**, são os seguintes:

Fase	Intensidade da Atividade	N.º consultas semanais R74+R76+R78+R80+R81+R29.01+A77.01
Fase 1	Basal	0 – 210
Fase 2	Baixa	211 – 518
Fase 3	Moderada	519 – 740
Fase 4	Alta	741 – 925
Fase 5	Extraordinária	> 926

- ✓ **O total de consultas semanais (R), para considerar as várias fases do plano de reforço por ACeS, são os seguintes:**

		N.º de consultas semanais R74, R76, R78, R80, R81, R29.01, A77.01 por ACeS, e respetivas Fases do Plano de Intervenção (por 100 mil habitantes)				
ACeS	Pop.	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Baixo Mondego	389617	0-818	819-2018	2019-2883	2884-3604	≥ 3605
Baixo Vouga	393789	0-827	828-2040	2041-2914	2915-3643	≥ 3644
Cova da Beira	86144	0-181	182-446	447-637	638-797	≥ 798
Dão Lafões	271667	0-571	572-1407	1408-2010	2011-2513	≥ 2514
PIN	130335	0-274	275-675	676-964	965-1206	≥ 1207
Pinhal Litoral	272500	0-572	573-1412	1413-2017	2018-2521	≥ 2522

- ✓ **Resposta centralizada em ADR. Exemplo:**

		FASES DO PLANO DE REFORÇO PARA RESPOSTA À EPIDEMIA DA INF.RESP/COVIDA E NÚMERO DE CONSULTAS SEMANAIS R74+R76+R78+R80+R81+R29.01+A77.01 (por 100 mil habitantes)				
Resposta em ADR	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	
2ª a 6ª feira	1 a 2 MGF – 2 a 5H/dia	2 MGF – 5 a 10H/dia	2 a 3 MGF – 10H/dia	3 MGF – 10H a 12H/dia	3 a 4MGF – 12H/dia	
Sábados		1 a 2 MGF – 4H/dia	2 MGF – 4H/dia	3 MGF – 4H/dia	3 MGF – 4H/dia	
Domingos		1 MGF – 2H/dia	1 MGF – 4H/dia	1 MGF – 6H/dia	2 MGF – 6H/dia	