



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Ofício nº 2/2018

28 de Janeiro de 2018

Assunto: Parecer da AUCC sobre os documentos: “Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP” e “CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional”

Ex.os Srs.

A AUCC analisou os 2 documentos que se encontram atualmente em consulta pública, entendendo pronunciar-se sobre ambos, dada a gravidade e impacto negativo que os mesmos podem ter no contexto organizativo e funcional dos Cuidados de Saúde Primários.

Trata-se de um primeiro com título: “Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP” apresentado pela CNCSP e um segundo intitulado: “CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional”, elaborado por um Grupo de Trabalho (GT) constituído para o efeito pela própria CNCSP.

Este último documento apresenta, inclusivamente, em anexo, uma proposta de alteração legislativa ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

Ambos os documentos foram alvo de leitura exaustiva e **merecem a mais veemente reprovção da AUCC** pelos factos que passamos a enumerar, decorrentes da análise do respetivo conteúdo de ambos.

## **1º - ANÁLISE DO DOCUMENTO “CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - PROPOSTA DE MODELO DE OPERACIONALIZAÇÃO NACIONAL”**

### **a) Concetualização das URAP**

Em termos atuais, o **Decreto Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro**<sup>1</sup>, determina no Artigo 7.º, nº 3 que:

“Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP”, especificando no Artigo 13.º as atribuições desta unidade funcional: “1 — A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. 2 — A equipa da URAP é composta por médicos de

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 07 de outubro e pelo Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais **não afetos totalmente a outras unidades funcionais.**

Ora daqui se determinam desde já 2 factos:

1º) Que a URAP é uma unidade **sem funções assistenciais diretas** ou por si mesma, sendo os seus serviços assistenciais dirigidos às necessidades operacionais das unidades funcionais que deles necessitam (USF, UCSP, UCC e USP).

2º) Os profissionais da URAP integram outras unidades funcionais, em termos assistenciais, e participam nos programas constantes da carteira de serviços dessas unidades, em horário variável, admitindo-se inclusivamente o profissional da URAP integrar a tempo inteiro outra unidade funcional, tal como expresso: *“profissionais **não afetos totalmente a outras unidades funcionais**”*.

A própria determinação de existir apenas uma URAP no ACES já expressa o cariz não assistencial direto desta unidade. Quaisquer tipos de cuidados de proximidade que se preconizam num ACES nunca poderiam passar pela existência de apenas uma destas unidades, dada a dispersão geográfica do Agrupamento. Tal fenómeno acarretaria graves problemas de iniquidade do acesso da população a estes eventuais cuidados. Daí se preconizar, isso sim, a existência de uma UCC por Centro de Saúde, composta por uma equipa multiprofissional, integrando obviamente os profissionais da URAP, num número de horas adequado à execução do plano de ação.

Já no que respeita às UCC, o mesmo diploma determina claramente a missão destas unidades, expressa no Artigo 11.º:

*“1 — A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”*

E também é claro a determinar que a **UCC é uma unidade composta por uma equipa multiprofissional e multidisciplinar:**

*“2 — A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.”*

Ou seja, já existe uma unidade multidisciplinar e multiprofissional, de cariz assistencial e de proximidade nos ACES – a UCC.

Portanto quando no documento em análise se propõe a criação de uma “Unidade de Saúde Multiassistencial” afirmando que um fator a ter em conta *“diz respeito à ideologia que orienta a nossa prática profissional nos diferentes domínios, alinhada com a visão da CNCSP, designadamente, quanto à centralidade no*



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

utente, à qualidade de prestação de cuidados de saúde integrados e aos ganhos em saúde”<sup>2</sup> **está a propor-se uma mera redundância** face à realidade já existente e ao atual paradigma dos CSP.

Da mesma forma, perante este conceito da UCC como unidade multiprofissional, agregadora, auto constituída, e de gestão participada, é perfeitamente redundante e descabido postular algo como: *“os profissionais, estando alocados a tempo inteiro a uma só estrutura funcional, podem também ser destinados a integrar ou colaborar em um ou mais programas ou projetos, a tempo inteiro ou parcial. Nesta perspetiva conciliam-se os papéis de um gestor funcional, responsável por coordenar a atividade global dos profissionais da URAP, sem conflitar com a gestão ou coordenação paralela de outro elemento, responsável por um programa ou projeto com responsabilidades no trabalho que neste esteja implicado”*<sup>3</sup>

Dado que os programas e projetos são definidos, geridos, operacionalizados e constantemente avaliados pela própria equipa multiprofissional da UCC e pelos Conselhos Clínicos e de Saúde, este argumento anteriormente citado, só vem validar a integração plena dos atuais profissionais das URAP nas UCC, fomentando a identidade e funcionalidade das equipas. Aliás, já existem várias UCC no país cuja equipa é composta para além de enfermeiros, por médicos, fisioterapeutas e psicólogos a tempo integral.

Outro erro conceptual, e que inclusivamente vai contra todo o espírito da reforma dos CSP, é afirmar que: *“profissionais da URAP (...) trabalhem integrados em mais que um domínio (...) continuando a reportar à estrutura funcional de origem permitindo a avaliação, monitorização, impacto e resultados desse trabalho”*<sup>4</sup>. Esta avaliação e monitorização proposta nunca poderia ser efetuada numa unidade funcional à distância, competindo integralmente essa tarefa à equipa multiprofissional que concebeu o plano de ação onde esse trabalho se justifica e enquadra (UCC) e ao respetivo conselho Clínico e de Saúde do ACES.

## B) Missão das URAP

Também no que concerne à missão, âmbito, objeto e modelo das URAP, a proposta é redutora e mesmo criadora de iniquidade no acesso a cuidados. Para um grupo que diz ter focalizado o seu objetivo na centralidade no utente, a presente proposta revela-se oposta, senão vejamos - é definido que:

*“a URAP presta cuidados assistenciais de fisioterapia, nutrição, psicologia, saúde oral (higiene oral e medicina dentária), serviço social e terapia ocupacional, sem prejuízo de outros que venham a ser considerados fundamentais”*<sup>5</sup>

Sabendo que existe apenas uma URAP por ACES e conhecendo a atual dispersão geográfica dos mesmos, esta proposta nunca poderia fomentar a equidade e proximidade de acesso pelo cidadão a estes cuidados.

---

<sup>2</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 7)

<sup>3</sup> Idem

<sup>4</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 8)

<sup>5</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 9)



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Para além disso refere-se na página 12 do documento que:

*“As URAP têm como missão a melhoria da saúde e bem-estar de toda a população da área geodemográfica e cultural do ACES/ULS em que se inserem, promovendo o alinhamento dos esforços sustentados do setor da saúde e da restante sociedade, na proteção e promoção da saúde (incluindo a literacia em saúde), na prevenção da doença e incapacidade, no desenvolvimento de políticas saudáveis e da cidadania em saúde”*

E acrescenta-se que:

*“1 – A URAP tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, visando ganhos em saúde, atuando sobre os seus determinantes e concorrendo de modo direto para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra.*

*2- A URAP presta cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, no âmbito da promoção e manutenção da saúde, da prevenção e tratamento da doença e da habilitação e reabilitação numa abordagem ecológica de saúde.”<sup>6</sup>*

Ora se cruzarmos esta proposta com o texto do Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril, que **regulamenta a organização e funcionamento das UCC**, encontramos desde logo o disposto no Artigo 3.º:

*“Missão e atribuições*

*1 – A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.*

*2 – A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.*

*3 – A UCC participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós - graduada e contínua.*

**Verifica-se assim que a missão proposta para as URAP é traduzida por meras transcrições e sobreposições da missão já legalmente consagrada às UCC.**

Neste contexto, questionamos **que valor prático vem acrescentar aos ACES e aos CSP, a criação de uma unidade funcional, de cariz assistencial e multidisciplinar que tem exatamente a mesma missão de outra já existente?**

---

<sup>6</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 32)



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

## C) Recursos das URAP

Mesmo numa perspectiva de gestão racional dos recursos humanos, a proposta em questão nada vem acrescentar, muito pelo contrário, dado que coloca desde logo vários requisitos para a sua implementação como: *“Acesso adequado a um sistema de informação eficaz, a usar pelos profissionais; (...) Recursos humanos, em número e em diferenciação, para responder à carteira básica de serviços; Existência de meios financeiros, técnicos, materiais, adequados às funções e às características de cada URAP”*<sup>7</sup>;

Ora mais uma vez se interroga **que valor prático tem a criação de uma unidade funcional com missão idêntica à da UCC, que vem exigir desde logo mais um sistema de informação, mais profissionais e mais meios logísticos?**

Disso é prova o próprio estipulado para operacionalização da proposta, descrita na página 14: *“Para os recursos humanos a afetar, devem ser observados os critérios enformadores para o cálculo de pessoal para cada área disciplinar de prestação de cuidados de saúde”*

e ainda na página 15:

*“As instalações e equipamentos a disponibilizar a esta UF devem reunir as condições necessárias ao tipo de atividades a desenvolver, com vista a garantir a respetiva qualidade (...) As URAP necessitam de uma estrutura física que, para além de gabinetes de trabalho e gabinetes de consulta para a atividade assistencial, contemple ainda salas de apoio técnico e apoio geral, não só tendo em conta a equipa multidisciplinar de que é composta, como a população”*

Para além disso, a presente proposta afirma em relação aos profissionais, algo que nos cria alguma estupefação, dado que, mais uma vez, **diverge claramente do espírito da Reforma dos CSP:** *“independentemente da colaboração que possam oferecer a projetos ou programas de outras Unidades Funcionais, sendo que a partilha são as atividades e não os profissionais”*<sup>8</sup>

Ou seja: pela primeira vez, temos uma proposta de unidade funcional que pretende partilhar os programas e projetos de outras unidades, mas não partilhando os profissionais... Onde está a lógica desta afirmação quando o Artigo 8º do Decreto Lei nº 28/2008<sup>9</sup> prevê claramente que: *“Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.”?*

Admitindo o que refere o documento na sua página 13 (*“Atualmente, os profissionais das URAP estão, em muitos casos, organicamente divididos por diferentes unidades funcionais dos ACES e têm a sua atividade dispersa pelas diversas unidades funcionais com alocação de períodos de horário incompreensíveis como por exemplo 2 horas”*), o que se torna óbvio e aqui admitido em primeira mão, é que tem existido uma má gestão de horários por parte dos coordenadores das URAP que efetuam essa alocação.

Não temos dúvidas que essa má gestão tem sido o principal fator impeditivo do livre arbítrio dos profissionais das URAP em integrar outras unidades, nomeadamente as UCC, de acordo com o

<sup>7</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 12)

<sup>8</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 13)

<sup>9</sup>Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 07 de outubro e pelo Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

princípio da autonomia organizativa. **Como tal, a solução não passa pela criação de outra unidade funcional assistencial, mas pelo respeito desse princípio no desenvolvimento e constituição das UCC.**

Mais ainda, neste momento a área de atuação dos profissionais das URAP é a área geográfica de proximidade das UCC que integram. A atual proposta determina que essa área passe a corresponder à área geográfica do concelho onde se quer inserir a Unidade Multiassistencial. O que se ganha com isso em termos de eficiência e proximidade? – Absolutamente nada!

**Aliás esta proposta vai perfeitamente contra o princípio da autonomia organizativa**, quando impede os profissionais de escolherem a UCC para desempenhar funções, impondo uma alocação a tempo completo à URAP, independentemente da vontade do profissional e da equipa da UCC.

Acresce o facto do documento prever que: *“A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta do regulamento interno da URAP, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei”<sup>10</sup>.*

Onde é que enquadrámos e conjugámos aqui o próprio regulamento interno da UCC, enquanto unidade multiprofissional, regulamento esse que é participado por todos os elementos da equipa?

Relembramos o que já dispõe o Artigo 12.º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril:

*“Condições para o exercício da actividade na UCC*

*1 — O regime de prestação de trabalho é o previsto no regime jurídico das respectivas carreiras profissionais, sem prejuízo das regras adoptadas por acordo expresso dos elementos da equipa multiprofissional nos casos legalmente possíveis.*

*2 — No sentido do reforço da coesão e auto -regulação da equipa e harmonização entre as várias unidades funcionais deverão ser considerados os seguintes aspectos:*

*a) A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta do regulamento interno da UCC e é estabelecido para toda a equipa, tendo em conta o plano de acção, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei;*

Outro aspeto que consideramos ainda mais grave é prever-se que: *“apesar de diferentes formas de participação, articulação e colaboração com outras UF do ACeS os elementos da URAP pertencem a esta URAP e dela dependem para todos os processos administrativos (férias, horários, registos,)”* ou **seja, a URAP propõe-se decidir sobre a atividade interna e o desempenho das próprias UCC...**

Este desrespeito pelas outras unidades e ausência de vontade de integração fica ainda bem patente quando se propõe que: *“Sem prejuízo da autonomia técnica específica, os profissionais de saúde da equipa multiprofissional, desenvolvem a sua atividade **sob a orientação do coordenador de Unidade**”* sem sequer se contemplar ou fazer alusão à necessária articulação com os coordenadores das outras Unidades Funcionais que os profissionais integram, particularmente das UCC.

---

<sup>10</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 13)



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

## D) Carteira Básica de Serviços das URAP

Mais uma vez fica presente a redundância e duplicação do perfil assistencial do que se propõe para a URAP. Assim na página 16 da proposta encontramos desde logo o seguinte:

*“Os profissionais da URAP prestam cuidados assistenciais de saúde, centrados na pessoa, na família e na comunidade no âmbito da promoção e proteção da saúde, e tratamento da doença. A oferta de serviços pode incluir, **para além das intervenções diretas ao utilizador, as intervenções em projetos na comunidade e as intervenções a grupos de pessoas.** Assim, os profissionais da URAP organizam as suas atividades em várias dimensões: Assistencial; Consultoria; Participação e/ou **desenvolvimento de programas e projetos de saúde e sociais e comunitários internos e externos ao ACeS em possível parceria com entidades locais** (Cuidados paliativos, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Equipas Locais de Intervenção Precoce, Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Rede Social, etc.); Participação noutros programas e projetos do ACeS (por exemplo: cessação tabágica, preparação para a parentalidade); Intervenção na promoção e proteção da saúde;*

Ora esta determinação é profundamente errada e, inclusivamente, desrespeita a legislação vigente no que diz respeito à constituição das equipas, sejam elas ECCI, ECSCP, EPVA, ELI, NACJR.... Estamos no domínio de equipas e não de projetos, e estas todas trabalham, segundo a legislação, de forma integrada. Se uma equipa trabalha de forma integrada, não pode haver referenciação, nem divisão dessa equipa entre unidades funcionais.

Mais uma vez, convidamos a cruzar esta proposta com a carteira de serviços das UCC legalmente consagrada e descrita no Artigo 9.º do Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril:

*“Carteira de serviços:*

*1 — À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços, observando os princípios integrantes dos números seguintes.*

*2 — Os cuidados de saúde por ela prestados devem ser definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrando a sua organização numa coordenação efectiva entre os programas em desenvolvimento.*

*3 — Os programas e projectos da carteira de serviços integram -se no plano de acção do ACES, em estreita articulação com as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), a unidade de saúde pública (USP) e com a equipa coordenadora local, no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo conselho clínico.*

*4 — As actividades da carteira de serviços da UCC, a contratualizar com o ACES, devem incidir, prioritariamente, nas seguintes áreas:*

*a) Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade; b) Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar; c) Projectos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, tais como: i) Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; ii) Cooperar com outras unidades funcionais, no tocante a acções dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias e no recurso a unidades móveis; iii) Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; iv) Participar nas actividades inerentes à rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das*



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

famílias com deficientes recursos socioeconómicos; v) Participar nas actividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens; d) Projectos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam: i) Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas; ii) Cuidados de reabilitação física; iii) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; iv) Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais; v) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; vi) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI; e) Projectos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida”

**Verificamos assim que a carteira básica de serviços proposta para as URAP nada vem acrescentar ao que já existe nos CSP (através das UCC), propondo meramente uma replicação (para evitar o termo apropriação) daquilo que já é a carteira básica para contratualização com as UCC.**

Aliás, se dúvidas existissem nesta matéria, bastaria consultar os “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018”<sup>11</sup>, publicados pela ACSS, e a respetiva matriz multidimensional das UCC (páginas 17 e 18), **para observarmos que todas as áreas que as URAP propõem como carteira de serviços, já são plenamente operacionalizadas pelas UCC.**

## E) Indicadores

O documento não apresenta nenhuma proposta sólida de indicadores, remetendo tudo para discussão futura e admitindo que “Foram identificados e definidos alguns indicadores (...) possíveis com alguns ajustes aos SI para monitorização e outros desejáveis, **mas ainda não possíveis de recolha por SI nacional**”<sup>12</sup>

e acrescenta que:

*“Será necessário em conjunto com a ACSS produzir, identificar e definir os indicadores a nível nacional a serem aplicados às URAP”*<sup>13</sup>

facto que só vem atestar a falta de sustentabilidade, a impraticabilidade e a redundância desta proposta, que apenas parece objetivar a transformação das URAP numa réplica das UCC atualmente existentes.

O desconhecimento do GT sobre o próprio trabalho atual a nível de indicadores é óbvio. Nota-se imediatamente que não foi feito um diagnóstico de situação sobre as URAP. Damos como exemplo o que é afirmado em relação aos Sistemas de Informação: “O Sclínico está desenvolvido para nutricionistas

<sup>11</sup>[http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS\\_2018.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf)

<sup>12</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 24)

<sup>13</sup> Idem





# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

*permitindo registos de resultados e mudança de hábitos alimentares, mas para os restantes grupos profissionais apenas permite agendamentos e registos em texto, impedindo mensuração de resultados<sup>14</sup>.*

Ora o GT demonstra desconhecer que o SClínico já tem um módulo de Psicologia totalmente desenvolvido, com linguagem ICD-10, desde há muitos meses a esta parte.

No que concerne ao leque de indicadores proposto no anexo, adjetivado pela própria CNCSP como “interessante” (para nossa estranheza), apraz-nos dizer o seguinte: **as métricas propostas centram-se em indicadores de atividade ou de processo, sendo que os poucos indicadores de impacto que propõem são centrados no trabalho atual de outras unidades funcionais, por exemplo**

- As métricas 19 a 22 são do âmbito das USF sendo cópias dos indicadores nº 346, 347, 348 e 349.
- As métricas 23 a 31 são do âmbito da UCC, sendo que é claro que a métrica 23 é a cópia do indicador nº 282 das UCC e a métrica 31 é a cópia do indicador nº 283 das UCC.
- A métrica 34 é do âmbito de atuação das USF, uma vez que não tem qualquer relação aparente com técnicos da URAP, até porque afirmam que a sua população alvo são apenas os referenciados.
- A métrica 37 é do âmbito da UCC e é cópia do indicador nº 366.
- As métricas 57 e 58 são do âmbito das USF e centram-se no registo de técnicos da saúde que não pertencem à URAP.
- As métricas 108 e 109 são do âmbito das USF e centram-se no registo de técnicos da saúde que não pertencem à URAP.
- A métrica 122 é do âmbito da UCC e é cópia do indicador nº 284.
- A métrica 123 é do âmbito da UCC e é cópia do indicador nº 289.
- A métrica 124 é do âmbito da UCC e é cópia do indicador nº 290
- A métrica 128 é de uma dimensão da matriz de contratualização da UCC.

---

<sup>14</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 12)



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Assim, as métricas propostas neste documento, demonstram que as URAP apenas pretendem dar resposta a áreas que já são trabalhadas atualmente por outras unidades funcionais. Uma perfeita redundância conforme já referido.

## F) Propostas apresentadas

É com algum grau de incredulidade que verificamos a admissão textual que todo o enquadramento do presente documento padece da falta de qualquer sustentabilidade ou robustez na sua construção. Disso é prova a apresentação das propostas que se transcrevem do seu final:

*“5. Definir e propor Planos Terapêuticos Integrados nas diferentes dimensões da saúde para promover a otimização dos cuidados prestados pela URAP no que respeita a ganhos em saúde*

**6. Elaborar o diagnóstico referente à caracterização das URAP a nível nacional.**

*7. Identificar os recursos necessários à implementação de URAP em todos os ACES / ULS de forma a possibilitar a equidade de Acesso da população.”<sup>15</sup>*

**Questionamos que credibilidade pode ter este documento quando estes 3 pontos não foram previamente cumpridos e estão propostos para futuro?**

Não seria suposto, de forma elementar, uma proposta de modelo de contratualização, que inclusivamente coloca em anexo uma proposta de alteração legislativa, estar sustentada por um diagnóstico de situação exaustivo?

Não deveria quantificar desde já todo o cenário possível para a sua implementação? Ou apresentar as suas vantagens do ponto de vista organizativo, económico e funcional?

Onde está este suporte? Ficarà para uma fase futura? Se não foi sustentada em qualquer diagnóstico de situação efetivo como foi então concebida a proposta de revisão legislativa? E com que propósito? Neste contexto questiona-se qual a razão para a CNCSP aprovar um documento com estas fragilidades óbvias?

---

<sup>15</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 25)



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

## **2º - ANÁLISE DO DOCUMENTO “PROPOSTA DE REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DE CONCEITOS, BEM COMO DA MISSÃO, MODELO E RESPONSABILIDADE FUNCIONAL DAS URAP”**

O documento em questão vem validar, de uma forma que consideramos inaceitável, a proposta do GT anteriormente analisada e inclusive acrescentar sugestões adicionais, que se presumem partir da própria CNCSP. Ora consideramos que uma estrutura que se diz de “Coordenação Nacional” não pode validar propostas que não se encontram fundamentadas em diagnósticos, conforme já demonstrado, nem se enquadram na filosofia e dinâmica da Reforma dos CSP, violando inclusivamente os princípios desta última.

Este documento traduz-se assim em nada mais que uma **inaceitável atitude tendenciosa e de pressão por parte da CNCSP**, ao decidir anexá-lo ao anterior, **criando a confusão na discussão pública** sobre:

- 1) Qual dos dois se encontra verdadeiramente em consulta pública? O que foi proposto pelo GT ou o que é acrescentado com propostas da própria CNCSP?
- 2) Está em discussão, na sua essência, aquilo que é o documento produzido pelo GT ou aquilo que é a vontade da CNCSP?

Para não repetir aqui argumentos que já foram por nós explanados, referir-nos-emos mais exhaustivamente a este documento da CNCSP nas conclusões que apresentamos de seguida.

### **3º CONCLUSÕES da AUCC:**

**Ambos os documentos:** “Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP” produzido pela CNCSP e “CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional” produzido por um grupo de trabalho constituído pela CNCSP, merecem **a mais completa e veemente reprovação da AUCC** pelos factos que passamos a enumerar:



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

## O DOCUMENTO “CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - PROPOSTA DE MODELO DE OPERACIONALIZAÇÃO NACIONAL” DA AUTORIA DO GRUPO DE TRABALHO MERECE A NOSSA REPROVAÇÃO PORQUE:

1) **Vai contra o atual contexto legislativo referente aos CSP**, nomeadamente o disposto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 07 de outubro e pelo Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro, **nomeadamente:**

- **atribuindo às URAP um carácter assistencial direto não previsto na Lei**
- concedendo integralmente à URAP **a missão e atribuições legalmente consagradas às UCC**, copiando inclusivamente partes integrais do texto legal que rege estas últimas.
- esvaziando as UCC do seu carácter multidisciplinar, obrigando os profissionais a uma alocação a tempo integral às URAP.

2) É um documento que **viola os princípios da Reforma dos CSP**, desde logo a intercooperação e a autonomia organizativa das unidades funcionais.

3) **Duplica** de uma forma redundante, ineficiente e onerosa o perfil funcional multidisciplinar da UCC em outra unidade funcional (URAP).

4) A proposta assume que um dos princípios básicos da URAP é a ação centralizada na pessoa. No entanto, todo o documento se encontra centralizado na alocação dos elementos da URAP apenas à URAP e às questões relacionadas com a carga horária.

5) O documento desrespeita a legislação vigente no que diz respeito à constituição das equipas, sejam elas ECCI, ECSCP, EPVA, ELI, NACJR.... Estamos no domínio de equipas e não de projetos, e estas todas trabalham, segundo a legislação, de forma integrada.

6) A proposta **nada acrescenta** ao panorama atual dos CSP, não demonstrando qualquer mais valia funcional, económica ou de ganhos em saúde.

7) Antes pelo contrário **promove o desperdício, a ineficiência e a descoordenação**.

8) **Não se encontra sustentado** em qualquer diagnóstico de situação, conforme admitido no texto.

9) **Não identifica ou quantifica** os recursos necessários para a sua implementação, mas admite desde logo um acréscimo de custos em recursos humanos e logísticos.

10) **Não mede ou prevê** o impacto no funcionamento dos CSP.



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

11) **Contém imprecisões flagrantes**, reveladoras de um desconhecimento da realidade e dinâmica global da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Um exemplo ilustrativo é referir-se às Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) como “Unidades de Cuidados Comunitários”<sup>16</sup>.

**O DOCUMENTO “PROPOSTA DE REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DE CONCEITOS, BEM COMO DA MISSÃO, MODELO E RESPONSABILIDADE FUNCIONAL DAS URAP” DA AUTORIA DA CNCSP, MERECE IGUALMENTE A NOSSA REPROVAÇÃO PORQUE:**

1) Contém afirmações que não estão suportadas em nenhum diagnóstico nacional como:

*“O número e tipo de profissões por URAP é muito díspar entre elas e, como tal, está a gerar graves desigualdades e iniquidades na prestação dos CSP no país, que urge colmatar”*

2) Contém perfeitos antagonismos conceptuais, como afirmar que

*“As URAP têm tido como principal missão organizacional aumentar a capacidade resolutive **das diferentes UF** de cada ACeS”* e posteriormente concorda e valida que estas se tornem unidades assistenciais diretas.

3) Afirma em relação à proposta do grupo de trabalho que:

*“o documento, que se anexa (...) mereceu a aprovação, na generalidade, por parte da CNCSP, em reunião no dia 19 de outubro de 2017”*

Induzindo assim uma **pressão tendenciosa e inaceitável na análise de um documento** que se encontra em discussão pública.

4) Afirma ainda que as propostas de alteração legislativa constantes do documento do GT

*“deverão desde já ser submetidas ao Senhor SEAS para homologação e que, posteriormente, deverão integrar a proposta de revisão do DL 28/008 a apresentar pela CNCSP”*

Mais uma vez de forma tendenciosa e coativa omitindo e negligenciando que **existe neste momento no Ministério da Saúde um Grupo de Trabalho constituído pelo Gabinete do SEAS, que se encontra a elaborar uma proposta de desenvolvimento e revisão legislativa das UCC, enquanto unidades multidisciplinares.**

---

<sup>16</sup>CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional (página 20)



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

5) Afirma e adjetiva que o “GT da Contratualização das URAP” elaborou **uma interessante** lista de indicadores para esta UF e para os diversos profissionais” quando o próprio GT caracteriza esses indicadores da seguinte forma: “foram identificados e definidos alguns indicadores (...) possíveis com alguns ajustes aos SI para monitorização e outros desejáveis, **mas ainda não possíveis de recolha por SI nacional**” e que “Será necessário em conjunto com a ACSS produzir, identificar e definir os indicadores a nível nacional a serem aplicados às URAP”

Mais grave ainda, disporem que esses indicadores “devem ser remetidos ao Grupo Técnico Nacional dos Indicadores **para os validarem e garantirem a sua utilização** já no processo de Contratualização com as URAP para o ano 2018”, afirmação que parece dar a entender que é a CNCSP e não a ACSS quem tutela esse grupo.

Acresce que **as métricas propostas no documento se centram em indicadores de atividade ou de processo, sendo que os poucos indicadores de impacto listados são centrados no trabalho atual de outras unidades funcionais.** Além disso a CNCSP esquece que a ACSS já emitiu a metodologia de contratualização em CSP para o referido ano.

6) A própria CNCSP está a violar os próprios valores e princípios da Reforma dos CSP, nomeadamente o da autonomia organizativa das unidades funcionais a concordar expressamente que “**Os profissionais da URAP devem ficar sediados a tempo inteiro na URAP**”.

7) Propõe que as URAP possam “Prestar serviços assistenciais - serviços prestados, em **intervenções individuais, de grupo e comunitárias, de acordo com as competências de cada área profissional;**” criando assim mais uma unidade funcional assistencial nos CSP **com funções sobreponíveis à UCC.**

8) Por último, por acrescentarem propostas próprias da CNCSP ao documento produzido pelo GT, nomeadamente defendendo a criação de um modelo esquizofrénico de prestação de cuidados, fragmentado em “Polos”, “Unidades” e “Núcleos Essenciais”, que mais não constituem do que um acréscimo de rodas, numa já complexa e cada vez mais descoordenada engrenagem em que se pretende transformar os CSP, e que nem sequer constam da proposta do GT.

Por estes factos a AUCC reitera a sua completa e veemente reprovação de ambos os documentos, manifestando a sua intenção de impugnar os mesmo por todas as vias possíveis, recorrendo à intervenção do Sr. Ministro da Saúde, Secretario de Estado Adjunto e da Saúde e à própria Comissão Parlamentar da Saúde caso venha a ser necessário.

Informa ainda que considera estas propostas, como **o maior ataque que temos memória às UCC e sua missão e atribuições legalmente consagradas**, que mais se torna incompreensível estando atualmente em funcionamento um Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das UCC, criado pelo Sr. SEAS através do Despacho nº n.º 7539/2017, de 25 de Agosto.



# ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A AUCC encontra-se há mais de dois anos num processo de franca e frutuosa colaboração com todas as estruturas da Tutela em matéria de Saúde, nomeadamente com a CNCSP. É por isso com profundo lamento que nos cumpre informar que, caso se verifique a validação superior das propostas em discussão, a AUCC se verá obrigada a repensar toda a colaboração e disponibilidade que tem mantido, em particular com a CNCSP.

## 4º PROPOSTAS DA AUCC:

Após todas as considerações já referidas, a AUCC vem propor sobre esta matéria:

- a) Que seja imediatamente revogado o documento: *“Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP”* elaborado pela CNCSP, em particular a inaceitável proposta de revisão legislativa constante no mesmo.
- b) Que dadas as suas fragilidades e falta de sustentação adequada, o documento *“CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional”*, elaborado pelo Grupo de Trabalho constituído pela CNCSP, seja considerado inválido do ponto de vista técnico e operacional.
- c) Que se aguarde o resultado do trabalho produzido pelo Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das UCC, criado pelo Sr. SEAS através do Despacho nº n.º 7539/2017, de 25 de Agosto, antes de se desenvolverem mais propostas no que concerne à criação de unidades multidisciplinares nos CSP.
- d) Que o Grupo de Trabalho citado na alínea anterior considere as legítimas expectativas e contributos dos técnicos das URAP que atualmente integram as UCC, no que vier futuramente a ser a proposta de revisão legislativa destas unidades multidisciplinares, nomeadamente na missão, objeto, modelo de funcionamento, organização interna e coordenação das UCC.

Pela Direção da AUCC

A. Gabriel Martins | Presidente