

Edição Nº.

09

14.FEV.2017

NEWSLETTER

CUIDADOS  
DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS



**SPMS**<sub>EPE</sub>  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

# ENTREVISTA

## Constantino Sakellarides

Consultor do Núcleo de Apoio  
Estratégico do Ministério da Saúde

### **Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS): O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem cumprido o seu papel?**

Constantino Sakellarides (CS): O SNS nasceu há várias décadas e, desde então, tem procurado responder às necessidades de saúde dos portugueses. No entanto, é útil considerar dois períodos na sua evolução. Um primeiro que contemplou a criação de infraestruturas, tanto nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como nos hospitalares e um segundo, nos Cuidados Continuados (CC).

O SNS teve de se aproximar da sociedade, seguindo em várias direções: a sociedade de informação, a biologia e a ideia tradicional, e muito fechada do planeamento, que foi sendo alargada para uma mais rica, a governança.

Estes três domínios fazem com que

surja uma necessidade de alterar, também, o método de qualificação, que difere daquele que servia na década de 1990 o SNS.

### **SPMS: Como caracteriza a reforma da saúde e como avalia a forma como ela está a ser posta em prática?**

CS: Prefiro a expressão transformação e as suas fases, porque essa é permanente, ao contrário das reformas. E considero que a fase da transformação que estamos a viver tem características muito importantes.

O principal problema dos sistemas de saúde é que foram desenvolvidos segundo o pensamento técnico, criando primeiro os hospitais e só depois de se perceber que não serviam para tudo, os Cuidados de Saúde Primários. Mas por ambos não colmatarem todos os problemas,

**“Os Sistemas de Informação têm um papel fundamental no incremento da Literacia em Saúde.”**



surgiram os Cuidados Continuados, seguindo a configuração do sistema de saúde através deste pensamento técnico. Isto tem várias vantagens e criou competências nas áreas respeitantes, mas esqueceu o que as pessoas precisam. E as pessoas precisam de percorrer o seu trajeto na saúde com conforto, facilidade, em tempo oportuno e com bons resultados.

Todavia, hoje ainda assistimos, em termos universais, a uma velha conceção de sistema de saúde, com dificuldades de comunicação entre setores, o que cria culturas próprias com fronteiras pouco elásticas. É preciso acrescentar, com urgência, aquilo que é fundamental no sistema de saúde, ou seja, o valor que tem para as pessoas.

Nas últimas décadas, a introdução das conceções de gestão nos sistemas de saúde fez-se muito através da chamada gestão da doença, importando mais gerir a diabetes, a asma, a depressão, a insuficiência cardíaca, entre outras. Mas o foco deve passar pelo recurso à multipatologia, que desloca a atenção principal da gestão da doença para a pessoa. Não devemos abordar a gestão de cuidado de doença, mas antes a gestão da pessoa.

Para isso são precisos novos instrumentos. Um deles é o Plano Individual de Cuidados, que permite não apenas o diálogo entre profissional e a pessoa, mas também o registo das prioridades. Esta poderá ser uma peça fundamental. A mudança não se faz sem instrumentos, importando os que levam à colaboração dos vários atores necessários a esse tipo de gestão.

Outro aspeto importante é a cultura colaborativa. A troca de ideias e o diálogo são fundamentais para que as pessoas se sintam como elos integrantes e coprodutores do processo de cuidados de saúde.

O terceiro aspeto é a gestão da mudança, que não é alcançável apenas com a criação de novas normativas. Temos de começar por algum sítio. E, portanto, devemos começar por testar a mudança nos locais onde há melhores condições, em locais onde todos os cidadãos têm médico de família, sem esquecer que toda a dinâmica terá que ser aplicada nos locais onde se verificam condições menos favoráveis.

Em suma, a gestão da mudança não pode ser um piloto isolado, porque esses não costumam atingir o sucesso, tem de ser antes um piloto interligado a uma mancha mais ampla que permita envolver mais pessoas e experimentar várias abordagens.

Portanto, os instrumentos, a cultura e a gestão da mudança são fundamentais para conseguir levar a cabo a transformação na saúde.

### **SPMS: Que diagnóstico faz do estado da Literacia em Saúde em Portugal?**

CS: Existem dois estudos que nos indicam o estado da literacia em Portugal, em comparação com a realidade europeia e internacional. Os seus resultados não são muito surpreendentes e confirmam algo expectável. Não temos, em Portugal, uma literacia muito elevada e ainda nos encontramos num patamar baixo quando inseridos na realidade europeia.

A Literacia em Saúde depende de aspetos como a literacia geral, o grau de desigualdades e o nível de rendimentos, bem como do empenho de todos. Portanto, uma população como a portuguesa, que ainda apresenta baixos níveis de literacia funcional, baixos rendimentos, e que enfrenta, muitas vezes, desigualdades que afastam

as pessoas dos instrumentos potenciadores da literacia, ainda tem um longo caminho a percorrer. É preciso atender à natureza das medidas e ações, sobretudo no âmbito digital, pois devemos atender às características da população portuguesa para não correremos o risco de ampliar as desigualdades existentes.

Por esta razão, os programas para promover a Literacia em Saúde devem ter um teto, que é limitado pelos fatores já mencionados, para assim, se definirem objetivos tangíveis, ajustados à realidade.

### **SPMS: Os SI podem apoiar o incremento da Literacia em Saúde?**

CS: Claro que sim! Os SI têm um papel fundamental no incremento da Literacia em Saúde.

Precisamos de ter material e conteúdos necessários para a promoção da literacia em sítios acessíveis. A criação de uma biblioteca digital de referência, localizada no Portal SNS é fundamental para a promoção de literacia, porque dá confiança ao utilizador e servirá de padrão para todas as outras bibliotecas de literacia, fomentando a política de um comité editorial que valida os conteúdos registados.



Ainda assim, a biblioteca não é tudo e tem de chegar às pessoas, respeitando duas condições:

Espaços: as pessoas estão em vários espaços, nas consultas, no atendimento, na farmácia, na escola, na biblioteca pública, no emprego. Sabendo que o espaço é fundamental na promoção da literacia, como nos demonstra alguma literatura especializada, quanto mais qualificado for, mais fácil se tornará a mensagem que se pretende transmitir.

Os espaços de consulta, de atendimento e as bibliotecas qualificadas que se encontrem dotados de mediadores preparados, serão espaços de excelência para

a promoção da mensagem que se pretende passar no âmbito da Literacia em Saúde.

Preparação dos mediadores: um mediador na consulta é o médico ou o enfermeiro, no atendimento, o secretário clínico, na biblioteca, o bibliotecário, na escola, o professor. Se queremos que os conteúdos cheguem a todos estes espaços, temos de assegurar que os mediadores estão preparados e capacitados para intervir neste processo, enriquecendo-o. Neste sentido, temos um acordo com a Câmara Municipal do Porto, para colocar em prática uma experiência de mediação em duas bibliotecas daquele município, de forma a

reforçar as condições de intervenção fora do espaço clínico.

### **SPMS: Em que medida os SI têm contribuído para a melhoria dos CSP e como avalia a sua usabilidade?**

As inovações ainda têm aspetos a melhorar, mas não podemos esquecer que o trajeto percorrido é extraordinário.

Os SI precisam de uma infraestrutura de informação e no nosso país ela envelheceu rapidamente, em parte devido à falta de investimento, que também afetou a saúde.

Há um conjunto de desapontamentos, interrupções de serviços e outros, que não digo que se devam apenas ao envelhecimento de infraestruturas, mas em relação à qual a capacidade dessas infraestruturas é importante. Existem muitas aplicações não integradas e temos o exemplo dos múltiplos boletins de saúde existentes, que não estão interligados, o que é impercetível no mundo atual da informação.

A atual fase da massificação dos SI ainda não congregou alguns aspetos integrantes da saúde do cidadão, contudo importa que estes sejam tidos em conta e seja explicado aos cidadãos que a sua modernização não está esquecida,

e ocorrerá em determinado momento, demonstrando que existem critérios de convergência na implementação dos SI na saúde.

Em suma, importa demonstrar que os constrangimentos existentes não são ultrapassáveis de um momento para o outro, contudo, a estratégia de convergência existe e pautará o caminho a seguir, demonstrando que a fragmentação não é o destino e o futuro, com recurso aos SI poderá vir a ser simplificado. Os SI nos CSP têm estas características e importa que os vários pontos positivos possam servir para ultrapassar os pontos a melhorar, no sentido de aperfeiçoar a prática clínica dos profissionais e a usabilidade por parte dos utentes.

### **SPMS: Considera que os profissionais de saúde estão recetivos à mudança que os SI implicam na sua atividade profissional?**

CS: Considero que sim, principalmente tendo em conta um efeito geracional. Os profissionais mais jovens nem imaginam trabalhar sem tais ferramentas e são exigentes em relação aos SI. A geração mais antiga, para a qual os SI chegaram a meio, ou já perto do fim, do seu percurso profissional, tem

vindo a adaptar-se, gradualmente, a novas ferramentas.

**SPMS: Do conhecimento que tem sobre os SI utilizados no âmbito dos CSP, o que gostaria de ver melhorado nos mesmos?**

CS: Identifico três coisas que gostaria de ver alteradas.

A um nível mais estratégico, a primeira advém da dúvida que tenho sobre se temos uma arquitetura para os SI na saúde ou não. Se esta existe, por vezes, não é sentida por parte de alguns profissionais. Eu não duvido que haja pensamento sobre isso, mas não está a ser totalmente claro, o que prejudica a implementação dos SI e cria ruídos desnecessários, podendo criar insegurança na sua utilização.

O segundo aspeto diz respeito à importância do apoio que tem de ser dado à infraestrutura, que é fundamental, para garantir o bom funcionamento do sistema e garantir que um possível caso de falência técnica temporária, seja minimizado e rapidamente ultrapassado. E isso consegue-se com um bom serviço de apoio e BackOffice, que deve ser garantido pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) com uma manutenção capaz, que ofereça confiança ao utilizador, seja ele profissional ou utente.

Por último, surge a importância da integração, cuja estratégia é fundamental, embora perceba a dificuldade que existe em responder a todas as solicitações existentes, para que cada aplicação responda a determinadas preferências e necessidades, o que deve criar dificuldades à SPMS que tem uma extensa agenda a cumprir e um grande leque de ferramentas a desenhar. Para responder a esta dificuldade, entendível, importa que seja robustecida uma estratégia de integração, que faça com que o esforço implicado na criação das soluções consiga ser abrangente e possa interligar várias necessidades, o que dará uma resposta mais saudável e satisfatória.

Em suma, para o sucesso dos SI na saúde creio serem necessários estes três aspetos:

- uma estratégia de desenvolvimento de arquitetura de sistemas de informação,
- um serviço de alta qualidade que sirva de suporte para a infraestrutura,
- uma agenda de integração conhecida, vigorosa e que ofereça bons resultados. ■

## Notícias

## Desmaterialização da Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários



A prescrição eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRDs), tornou-se obrigatória, por despacho do Ministério da Saúde (Despacho n.º 9405/2014 de 21 de julho de 2014), desde setembro de 2014, através da PEM, para todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Módulo CRD, desenvolvido pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), disponibiliza funcionalidades que permitem a prescrição eletrónica de CRDs, nomeadamente de Oxigenoterapia, Ventiloterapia e Aerosolterapia, bem como a prescrição de Outros Equipamentos, garantindo a aplicação das regras e normas da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Adicionalmente, este módulo permite a gestão dos dados clínicos do utente: avaliação clínica, diagnósticos e exames, consulta, renovação, modificação e anulação de receitas do utente.

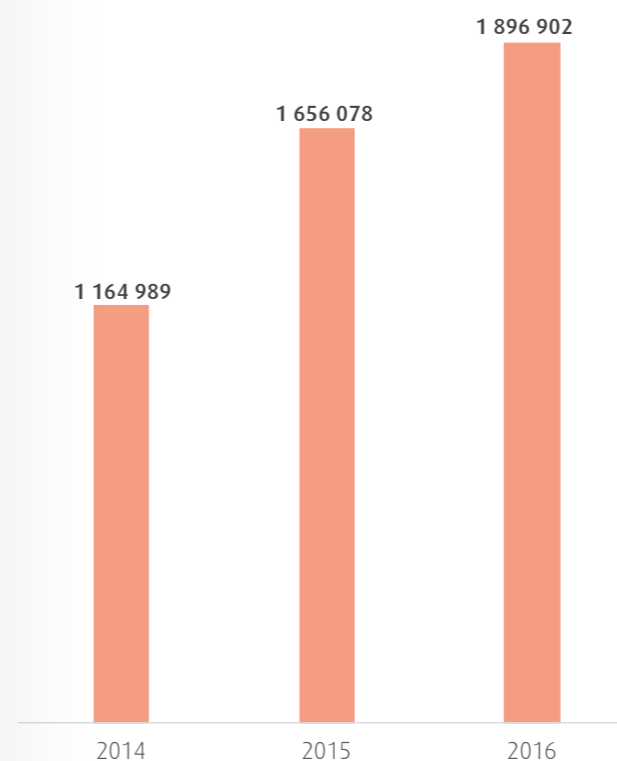
Até ao final de 2016, observou-se uma crescente utilização da prescrição informatizada de cuidados respiratórios através da PEM, tornando-se residual a prescrição manual, recurso apenas permitido para colmatar eventuais falhas da PEM-CRD, conforme disposto no Despacho n.º 9405/2014 de 21 de julho de 2014. De 2015 para 2016 verificou-se uma subida de 10% na quantidade de prescrições emitidas, tendo-se atingido em 2016 um total

máximo de 1.800.000 prescrições eletrónicas, com uma média diária de cerca de 5000 prescrições diárias.

Neste contexto, e uma vez que a estratégia da SPMS passa por desmaterializar todos os circuitos de prescrição do SNS, até 2020, o circuito de prescrição, dispensa e faturação dos cuidados respiratórios domiciliários seguirá o percurso natural e já trilhado, de outros projetos da empresa e, em particular, o da Receita Sem Papel.

Como objetivo de assegurar a transição para a total desmaterialização deste circuito, foi criado um grupo de trabalho

Total de prescrições de CRD emitidas via PEM



com vários stakeholders públicos e privados. As reuniões do grupo têm decorrido, com uma periodicidade quinzenal, nas instalações da SPMS em Lisboa e no Porto.

Com a finalidade de testar a desmaterialização do circuito - prescrição, dispensa e faturação da prescrição de cuidados respiratórios domiciliários - foi delineado um projeto piloto, a implementar em junho e julho de 2017.

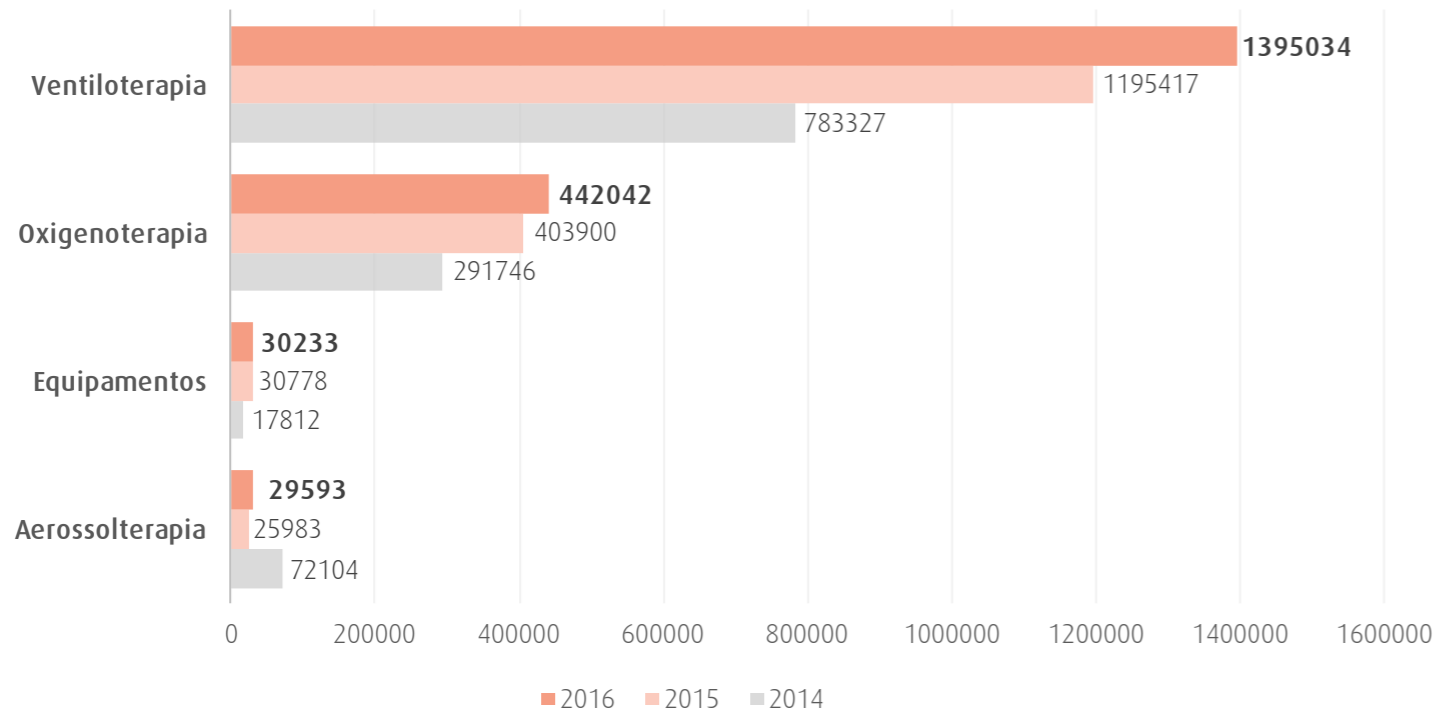
Tendo em vista a transição para a desmaterialização, no dia 29 de janeiro foram introduzidas alterações à prescrição de CRD pela PEM, nomeadamente:

- Eliminação da separação, por mês, das prescrições;
- Alteração da data de validade da prescrição de 90 para 180 dias.

Estas alterações na PEM-CRD permitem adequar o processo de prescrição à futura desmaterialização, bem como reduzir para metade o processo burocrático que envolve fornecedor, médico, centro de conferência de faturas e utente.

Com a implementação da desmaterialização da prescrição de CRDs, pretende-se capitalizar a informação hoje em dia disponível

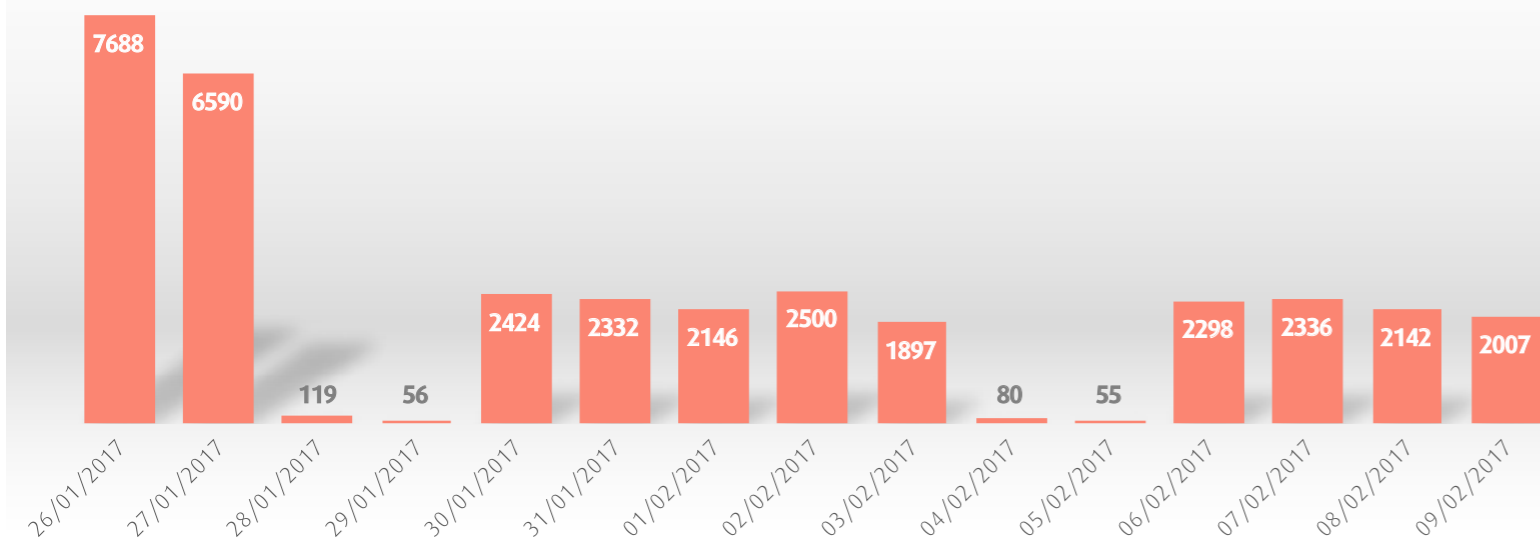
### Prescrições emitidas de CRD por terapia



nos sistemas informáticos desenvolvidos pela SPMS, pelo que é crucial e estratégico, potenciar toda esta informação, através da sua correta articulação com a pesquisa científica, de forma a auxiliar a decisão médica e, conseqüentemente, a melhorar a

qualidade de vida do utente. No dia 26 de janeiro, atingiram-se 7688 prescrições de CRDs, o máximo registado até à data, verificando-se que a diminuição de prescrições emitidas desde a implementação das alterações segue em linha com as mudanças efetuadas na PEM. ■

### Relatório de Prescrições de Cuidados Respiratórios Domiciliários



## Receita Sem Papel ultrapassa os 90% na Madeira

A Receita Sem Papel (RSP) ultrapassou, no dia 9 de fevereiro, os 90% do total de receitas na Região Autónoma da Madeira (RAM).

A desmaterialização da receita representa um caso de sucesso na Madeira, obtendo quase a totalidade da percentagem de receituário emitido, o que revela a enorme adesão por parte dos Prescritores Madeirenses.

O sucesso alcançado deve-se às sinergias entre os Serviços de Saúde das Regiões Autónomas, o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais (IASAÚDE), que têm colaborado ativamente em todo o processo de implementação, e a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), entidade responsável pelo desenvolvimento do sistema de

informação. As sessões de formação, disponibilizadas, no terreno, pela SPMS, têm contribuído para a eficácia do processo de implementação deste projeto, permitindo um acompanhamento mais próximo aos técnicos locais.

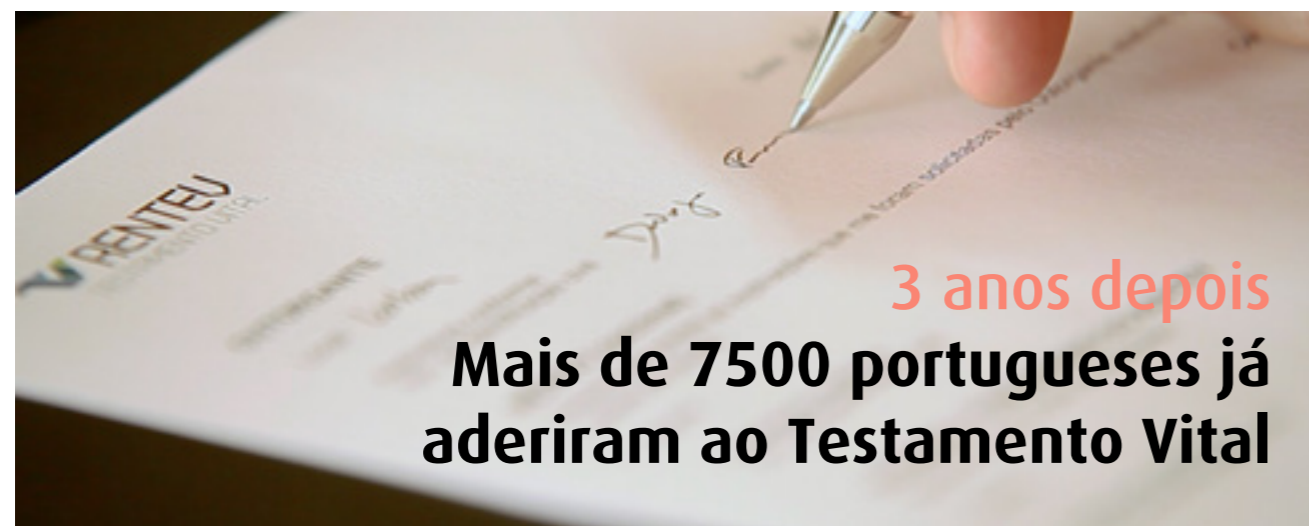
Além de otimizar recursos disponíveis, combater a fraude, reduzir custos e de contemplar preocupações ecológicas, a desmaterialização da receita médica, nas ilhas, reforça a interoperabilidade entre o sistema de saúde regional e o Serviço Nacional de Saúde. A consolidação do registo nacional de utentes, que inclui agora as regiões autónomas da Madeira e Açores, contribuí para a “aproximação estratégica” na área dos sistemas de informação da saúde.

A RSP, que entrou em vigor na Região Autónoma dos Açores, no dia 30 de janeiro e, numa primeira fase, nos centros de saúde da ilha Terceira, já atingiu, 10% do total das receitas eletrónicas na Região Autónoma dos Açores, tendência que deverá continuar a aumentar

nos próximos meses. Estima-se que a implementação da receita desmaterializada fique concluída num período de seis meses, em todos os centros de saúde da região. Até ao final do ano prevê-se, também, que a receita eletrónica esteja em pleno

funcionamento em todos os hospitais açorianos.

O êxito do projeto RSP vai continuar a depender do “envolvimento” entre responsáveis políticos, gestores, informáticos, profissionais de saúde e cidadãos. ■



O direito do exercício do testamento vital é hoje uma realidade.

O início de 2017 assinalou o número mais elevado de registos do Testamento Vital, no sistema informático RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital, desde que entrou em vigor, em julho de 2014, o que, para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), reflete a melhoria dos direitos e informações e acesso dos cidadãos.

De acordo com os dados oficiais do Portal da Transparência do SNS, em menos de quatro anos, já são mais de 7.500 os portugueses que registaram

o seu testamento vital, documento, registado eletronicamente, onde se manifesta o tipo de tratamento e de cuidados de saúde que se pretende ou não receber, numa situação de incapacidade em expressar a sua vontade. Este sistema permite ainda, ao cidadão, a nomear um ou mais procuradores de cuidados de saúde.

Dos mais de 7.500 testamentos vitais registados no total, entre julho de 2014 e fevereiro deste ano, 4.803 são de mulheres e 2.745 de homens, não havendo uma diferença muito significativa entre os maiores ou menores de 65 anos.

	2014	2015	2016	2017 (em 06 Fev)
<b>Total TVs</b>	881	1168	4234	7548
<b>TVs Masculinas</b>	348	424	1532	2745
TVs Masculinas (< 65 anos)	134	171	900	1478
TVs Masculinas (>= 65 anos)	214	253	632	1267
<b>TVs Femininas</b>	533	744	2702	4803
TVs Femininas (< 65 anos)	242	335	1495	2512
TVs Femininas (>= 65 anos)	291	409	1207	2291

**Observação:**

Estes dados estão disponíveis para consulta no Portal da Transparência:

- Evolução Anual
- Evolução Mensal (vista por defeito, nesta área do portal)

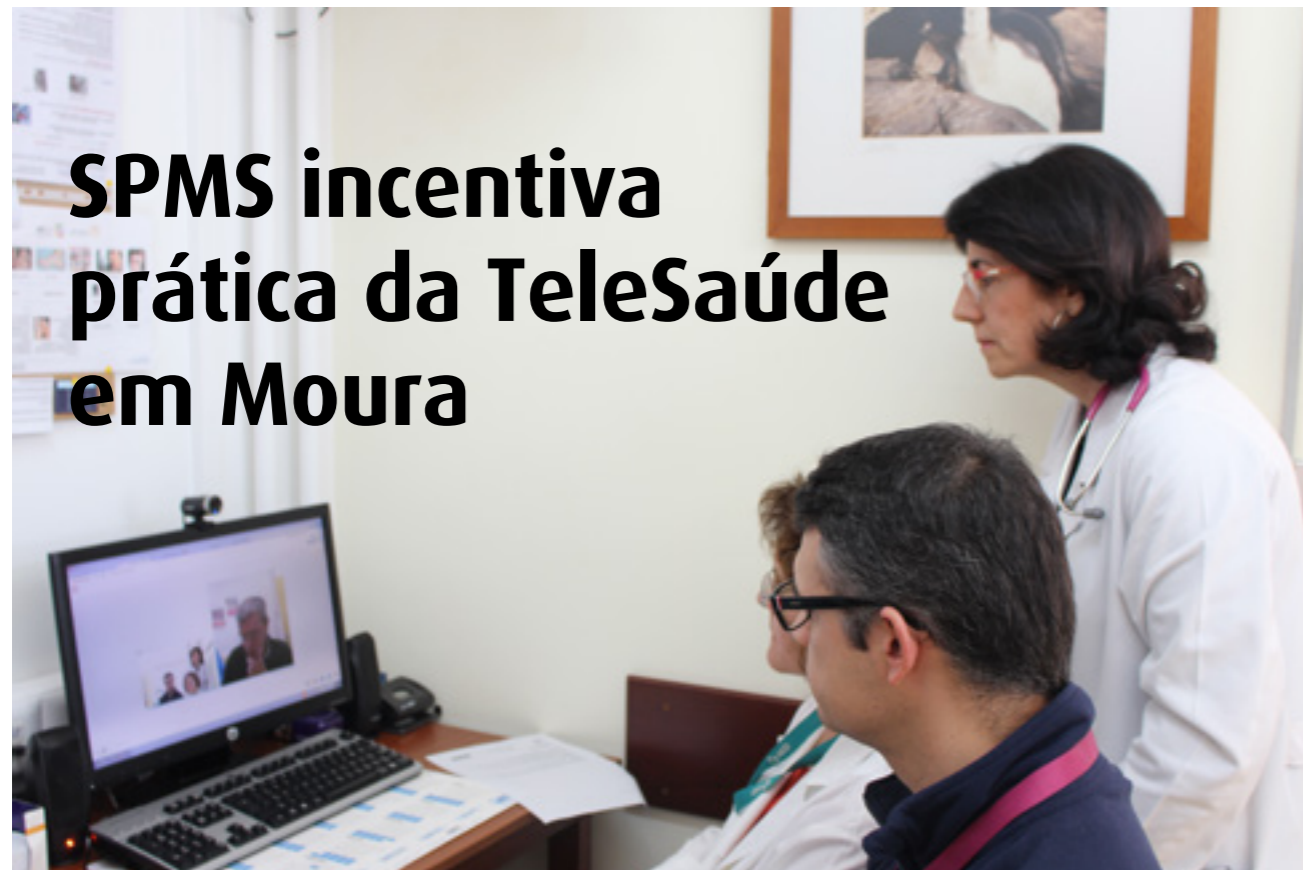
Dando cumprimento à Resolução aprovada pela Assembleia da República, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), enquanto entidade gestora dos sistemas de informação, apostou numa estratégia de comunicação multicanal que pretende promover o Testamento Vital e as suas vantagens junto dos cidadãos, profissionais e instituições de saúde, incentivando ao registo no RENTEV.

Como objetivo de dar a conhecer um direito consagrado por lei, embora nem sempre exercido, foram desenvolvidos flyers, campanhas de massmailing e vídeos

promocionais. Paralelamente, têm sido dinamizadas presenças online, através de sites especializados das instituições de saúde e publicidade institucional no painel eletrónico de comunicação (leds) do Ministério da Saúde.

Enquanto agente social na clarificação deste direito, a SPMS continuará a intensificar ações de divulgação e de incentivo ao acesso ao Registo do Testamento Vital, acreditando que a eficácia e eficiência de uma estratégia de comunicação multicanal é sinónimo do aumento significativo do número de registos dos testamentos vitais. ■





## SPMS incentiva prática da TeleSaúde em Moura

A Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) tem impulsionado a TeleSaúde com a expansão da PDS Live. Levar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) a todos os cidadãos é uma das mais-valias desta prática clínica, que contribui para a equidade no acesso a cuidados médicos, através de teleconsultas médicas como a que se realizou hoje, 14 de fevereiro, no Centro de Saúde de Moura.

O Conselho de Administração da SPMS acompanhou in loco a teleconsulta do pé diabético a um paciente de 70 anos, com reduzida mobilidade. O médico assistente, António Pinho Valente, do Centro

de Saúde de Moura, estabeleceu uma teleconsulta com uma especialista em Medicina Interna e uma cirurgiã do Hospital de Beja. Várias especialidades médicas a analisar, em locais diferentes, mas em tempo real, o processo clínico do mesmo paciente, promovendo, assim, celeridade e uma melhor prestação efetiva de cuidados de saúde ao cidadão/utente.

Por outro lado, este caso demonstra que a TeleSaúde contribui para uma maior comodidade do utente, evitando deslocações a unidades de saúde, distantes da sua área de residência. Integrando a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

(ULSBA), o Centro de Saúde de Moura já adotou as teleconsultas como método para melhorar o desempenho da prática clínica e dos serviços prestados. De realçar que o desenvolvimento deste projeto se deve ao bom funcionamento da RIS – Rede Informática da Saúde.

Em forte expansão, a TeleSaúde aproxima o cidadão do SNS, fomenta

poupanças aos cidadãos, profissionais e instituições do SNS e, para além disso, incrementa a qualidade e promove o conhecimento técnico-científico entre profissionais. A SPMS, enquanto responsável pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde, é parte integrante do avanço da TeleSaúde em Portugal, continuando a dinamizar iniciativas nesta área. ■

## SISO

### Projeto Saúde Oral alargado a mais ACeS

O projeto-piloto do Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), que consiste na implementação de consultas de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários, (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), decorreu, numa primeira fase, entre setembro e dezembro de 2016.

Nessa primeira fase, tiveram acesso a consultas de saúde oral nos CSP, no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção da Saúde Oral (PNPSO), os doentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou

respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados, inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), selecionados para a experiência-piloto.

Após a monitorização e avaliação da primeira fase de implementação, deu-se início, a partir de 1 de janeiro de 2017, à segunda fase do projeto. Assim, o SISO, em função da avaliação das necessidades não satisfeitas e dos tempos de espera, passa a ser alargado, de forma faseada e progressiva, a todos os utentes, referenciados pelo médico de família e inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), onde decorreu a fase experimental, e sem restrições de patologias.

Os restantes centros de saúde do país serão abrangidos consoante



a possibilidade de cumprirem os requisitos necessários para a disponibilização deste projeto.



As referências para as consultas de saúde oral são efetuadas pelo médico de família e através do sistema de informação SClínico CSP, tendo os registos das intervenções por base de suporte o SISO, que integra o PNPSO, mais conhecido como “programa dos cheques-dentista”.

Até ao dia 13 de fevereiro, e desde o início da experiência-piloto, já foram efetuadas 4334 referências, das quais resultaram atendimentos a 2618 utentes, podendo cada utente ter mais que uma consulta em cada referência.

No desenho deste projeto, que tem como objetivo avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nos CSP, estiveram envolvidos a Direção-Geral da Saúde (DGS), as Administrações Regionais de Saúde (ARS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Ordem dos Médicos Dentistas, e a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), nomeadamente na adaptação do SISO a esta nova vertente da prestação de cuidados de saúde oral no âmbito dos cuidados de saúde primários. ■

## Atestados Médicos para a Carta de Condução

No âmbito da medida SIMPLEX “Carta sobre Rodas”, e no sentido de facilitar a sua operacionalização, a Direção Geral da Saúde (DGS) e o Instituto da Mobilidade e dos Transportes, (IMT) procederam à atualização dos modelos e dos conteúdos do relatório de avaliação física e mental dos condutores e candidatos a condutores, bem como do atestado médico a emitir após aquela avaliação. Os novos modelos, aprovados em Despacho Conjunto do Presidente do IMT e do Diretor-Geral da Saúde, de

3 de fevereiro de 2017, foram publicados, dia 14 de fevereiro.

A Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, como entidade responsável pela operacionalização do processo de desmaterialização do atestado médico para a carta de condução em todo o Serviço Nacional de Saúde, informa que a funcionalidade a disponibilizar para o efeito no SClínico estará já de acordo com os novos modelos.

Não obstante a utilização do processo manual até 1 de abril, esta funcionalidade será disponibilizada no SClínico, de forma faseada, durante o primeiro trimestre de 2017, logo que seja possível a receção do atestado médico pelo IMT, tendo em conta a operacionalização até à referida data nos estabelecimentos do SNS e privados. ■



Mais informação relativa aos novos modelos em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/cartas-de-conducao.aspx>

# Rollout Nacional | Versão 2.3 do SClínico

## SClínico CSP+SINUS=Sucesso

O processo de rollout nacional da versão 2.3 do SClínico CSP + SINUS, que decorreu entre janeiro e fevereiro, foi concluído, com sucesso, no passado dia 9.

As otimizações introduzidas inserem-se no esforço que tem vindo a ser feito na melhoria do desempenho destes sistemas, e que se manterá nas versões seguintes.



### Esta versão introduz algumas alterações:

Novos desenvolvimentos e melhorias funcionais, destacando-se:

- alterações no módulo de vacinação do SINUS para suportar o PNV 2017;
- a introdução da nova versão da tabela de suporte à codificação ICPC2 v4.4 PT; a revisão do pacote de integração dos quiosques de atendimento;
- a marcação de consultas além vaga; a atribuição de enfermeiro de família ao utente;
- a alteração da criação de comunidades; a referenciação CSP - SISO – para todas as unidades com dentistas e diferentes melhorias na área do SOAP.

Correções e otimizações ao nível do desempenho do SINUS e do SClínico, sobretudo no acesso a algumas funcionalidades.

No desenvolvimento desta nova versão foi dada especial atenção à melhoria das funcionalidades clínicas que, na opinião dos profissionais que utilizam estes SI, careciam de melhorias.

### Perfil médico:

Cenário	CS Tabua - UCSP Tabua			CS São Mamede - USF Sofia Abecassis			CS Sintra - USF Monte da Lua			CS Guimarães - USF Afonso Henriques			CS Celorico Basto - Unidade Celorico de Basto		
	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result
Otimização dos tempos de resposta na abertura do Sheridan no programa de saúde infantil	1,35	1,00	-0,35	2,18	1,21	-0,97	4,00	1,26	-2,74	38,75	0,75	-38,00	57,12	1,09	-56,03
Otimização dos tempos de resposta na abertura do SOAP	2,38	2,25	-0,13	2,31	2,14	-0,17	3,00	2,51	-0,49	13,16	1,50	-11,66	8,97	2,38	-6,59
Otimização dos tempos de resposta à Vigilância do utente	4,12	2,43	-1,69	4,50	3,93	-0,57	7,00	4,90	-2,10	5,58	1,72	-3,86	5,11	6,33	+1,22
Otimização dos tempos de resposta ao programa de saúde Diabetes	4,34	3,33	-1,01	2,75	3,21	+0,46	4,00	4,46	+0,46	5,11	2,10	-3,01	6,53	4,51	-2,02
Otimização dos tempos de resposta ao programa de saúde HTA	3,23	3,00	-0,23	2,37	2,40	-0,03	3,00	4,37	-1,37	13,03	7,00	-6,03	4,25	3,68	-0,57

### Perfil enfermagem:

Cenário	CS Tabua - UCSP Tabua			CS São Mamede - USF Sofia Abecassis			CS Sintra - USF Monte da Lua			CS Guimarães - USF Afonso Henriques			CS Celorico Basto - Unidade Celorico de Basto		
	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result	2.2.2	2.3	Result
Otimização dos tempos de resposta ao programa de saúde Diabetes	3,00	0,89	-2,11	2,69	2,39	-0,29	3,68	2,77	-0,91	13,35	3,10	-10,25	2,90	2,34	-0,56
Otimização dos tempos de resposta ao programa de saúde infantil	1,10	1,08	-0,02	1,68	1,53	-0,15	2,43	1,87	-0,56	2,70	1,24	-1,46	2,45	1,31	-1,14
Otimização dos tempos de resposta na listagem de agendamento	1,00	1,00	-0,00	3,25	2,13	-1,12	5,21	2,86	-2,35	4,82	1,65	-3,17	2,64	2,40	-0,24
Otimização dos tempos de resposta à Vigilância do Utente	1,69	1,50	-0,19	2,25	2,34	-0,09	5,62	2,16	-3,46	3,50	1,62	-1,88	3,33	2,08	-1,25

### Testes comparativos de performance em 5 Unidades de Saúde: (versão 2.2.2 vs versão 2.3)

Unidade	Aces Pinhal Interior Norte - CS Tabua - UCSP Tabua	Aces Lisboa Central - CS São Mamede - USF Sofia Abecassis	Aces Sintra - CS Sintra - USF Monte da Lua	Aces Alto Ave - CS Guimarães - USF Afonso Henriques	Aces Tâmega 1 - CS Celorico Basto - Unidade Celorico de Basto
Data/hora de início e fim ensaio v2.2.2	06/02/2017 09:40 - 10:18	06/02/2017 09:40 - 10:20	06/02/2017 09:40 - 10:00	06/02/2017 10:33 - 11:05	06/02/2017 10:30 - 11:04
Data/hora de início e fim ensaio v2.3	07/02/2017 09:43 - 10:14	07/02/2017 09:40 - 10:12	07/02/2017 09:40 - 10:00	07/02/2017 10:18 - 10:56	07/02/2017 10:28 - 10:54



**SPMS**<sub>EPE</sub>  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE