

que provocam elevado grau incapacidade e diminuição acentuada da funcionalidade, como a cegueira e a amputação, resultando em elevados custos pessoais, sociais e para o sistema de saúde.

O diagnóstico precoce e a intervenção atempada diminuem substancialmente o risco de complicações na diabetes, pelo que, a utilização da avaliação de risco de diabetes em todos os utentes permitirá a adequação da assistência à estratificação do risco, com vista à prevenção da diabetes.

Por outro lado, as pessoas com a diabetes bem controlada terão melhores índices de saúde e consequentemente melhor qualidade de vida.

Neste contexto, a coordenação entre níveis de cuidados configura-se essencial para a melhoria de todos processos de assistência e acompanhamento na diabetes.

Com efeito, a educação para a saúde e para a autogestão da doença, providenciada por uma equipa multidisciplinar, altamente diferenciada, acessível nos níveis de cuidados adequados e com tempos de acesso apropriados, permite elevados padrões de qualidade nos cuidados, melhoria dos indicadores clínicos, diminuição da letalidade e da morbilidade atribuível, com consequente incremento do grau de satisfação para a pessoa com diabetes. Essa atividade poderá ser levada a cabo por Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes (UCFD), em colaboração estreita com todas as unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e dos serviços hospitalares.

O levantamento e o apuramento de dados e indicadores, a definição de objetivos precisos, alcançáveis e avaliáveis, assim como a concretização e coordenação de todos os protocolos e projetos sobre a diabetes, necessitam de uma estrutura responsável, ao nível de cada ACES, que se deve articular por critérios de proximidade com o principal hospital de referência.

Competir-lhe-á a promoção da interligação entre os serviços hospitalares e os prestadores de cuidados de saúde primários, com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, numa ótica de consumo eficiente dos recursos disponíveis, através do estabelecimento dos circuitos de referência, de circulação de informação clínica entre os profissionais e serviços envolvidos, criando condições para um funcionamento integrado do sistema de saúde.

Na base deste modelo organizacional, deverão estar consultas especializadas de diabetologia, em ambulatório, com processos e procedimentos padronizados, com envolvimento multidisciplinar, tempos e espaços dedicados, tanto nas unidades de cuidados de saúde primários como nos hospitais.

O modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que se preconiza, pretende melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, com particular destaque para as organizações da sociedade civil e local.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, no n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, nos artigos 6.º e 18.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, no n.º 2 do artigo 5.º e na alínea b) do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, determino:

1. A criação de Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD), a criação de consultas autónomas de diabetes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a criação das Unidades Integradas de Diabetes (UID) nos hospitais, nos termos previstos nos números seguintes.

2. As UCFD são criadas em cada área geográfica correspondente a um ACES, com as seguintes competências:

a) Assegurar o estabelecimento participado de metas concretas na área da diabetes, dentro das estratégias do Programa Nacional para a Diabetes (PNPD), nas instituições de saúde da sua área geográfica e a coordenação necessária entre os diferentes níveis de cuidados para a realizar contribuindo para o cumprimento das metas regionais;

b) Promover a recolha de dados epidemiológicos e estatísticos que permitam o planeamento, monitorização e avaliação das ações a desenvolver;

c) Promover a interligação regular e permanente entre profissionais e serviços envolvidos nos cuidados às pessoas com diabetes, estabelecendo o circuito das pessoas com diabetes entre os diversos níveis de cuidados, de forma a melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados numa perspetiva de utilização mais eficiente dos recursos disponíveis;

d) Apoiar as consultas multidisciplinares de diabetologia, promovendo a educação, o autocontrolo e os rastreios de complicações, melhorando o controlo e a qualidade de vida das pessoas com diabetes e diminuindo o risco de complicações ou evitando a sua progressão;

e) Garantir que a informação clínica, referente às pessoas com diabetes, é inserida no processo individual, de modo a que possa estar disponível entre os diversos níveis de cuidados de saúde, nomeadamente, entre as equipas de cuidados de saúde primários e hospitalares, de forma a sustentar a base de dados de monitorização dos indicadores do PNPD;

f) Identificar os grupos de risco para o desenvolvimento da diabetes e estabelecer planos de intervenção, nomeadamente, na utilização e

preenchimento sistemático, pelos enfermeiros, da ficha de risco de diabetes a todos os utentes registados no ACES, com prioridade para os utentes com idade superior a 45 anos, com excesso de peso, história familiar de diabetes ou hipertensão arterial;

g) Estimular a realização de reuniões de trabalho e de formação, a nível dos cuidados de saúde primários e do hospital, na sua área de influência, sobre os problemas locais mais pertinentes na área da diabetes, com participação dos profissionais e serviços envolvidos;

h) Dinamizar ações de promoção da saúde e prevenção da doença, através do combate aos fatores de risco da diabetes numa perspetiva multidisciplinar, com o apoio de nutricionistas ou dietistas e de promotores da atividade física, nomeadamente na educação individual ou em grupo, em colaboração com as autarquias, as escolas e as organizações da sociedade civil.

3. As UCFD elaboram um plano de atividades anual, em articulação com o ACES, o qual deve incluir as atividades a desenvolver e as metas respetivas.

4. O relatório anual de monitorização e avaliação deve ser remetido ao Diretor do PNPD até ao final do mês de fevereiro do ano seguinte àquele a que respeita.

5. O contrato programa, a celebrar por cada ACES com a respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), deve considerar os indicadores definidos para as UCFD, como objetivos dos eixos regional e local.

6. As ARS devem dar continuidade à contratualização de áreas específicas no âmbito da aplicação do PNPD, de acordo com a metodologia definida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP para a contratualização com os Hospitais e Unidades Locais de Saúde, nomeadamente no tratamento ambulatório de pessoas com diabetes, o seu acompanhamento e monitorização e o cumprimento de protocolos terapêuticos.

7. A UCFD é composta pelos seguintes membros:

a) Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES ou quem ele designar para o representar;

b) Diretor Clínico do hospital, ou centro hospitalar, da área de influência do ACES, ou quem ele designar para o representar;

c) Autoridade de saúde local;

d) Enfermeiro do ACES, nomeado pelo Conselho Clínico e de Saúde; e) Enfermeiro do hospital ou centro hospitalar, pertencente à UID, nomeado pelo Conselho de Administração por indicação do responsável da diabetes da instituição.

8. O mandato dos elementos da UCFD é de três anos, renovável por iguais períodos.

9. O Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES, ou quem ele designar para o representar, convoca e preside às reuniões, estabelece a respetiva ordem de trabalhos, formula e divulga conclusões e mantém a ligação entre todas as instituições envolvidas, designadamente com o Diretor do PNPD, assumindo-se como o coordenador local da diabetes.

10. A UCFD deve reunir pelo menos quatro vezes por ano, sendo uma das reuniões em

novembro para aprovação do plano de ação para o ano seguinte e outra em março para

avaliação do grau de concretização das metas do ano anterior.

11. A UCFD pode estabelecer articulação com outras áreas, nomeadamente da segurança social e da educação, e com as autarquias, quando se revele necessário para o desenvolvimento das suas competências.

12. O apoio logístico e técnico necessário ao bom funcionamento dos trabalhos da UCFD são providenciados pelo ACES.

13. As consultas autónomas de diabetes nos ACES são destinadas ao acompanhamento das pessoas com diabetes aí inscritas, e devem:

a) Ter tempos, equipamentos, processos e procedimentos definidos por cada ACES para uma gestão e acompanhamento mais eficiente das pessoas com diabetes, através da coordenação dos elementos da equipa multidisciplinar, tornando mais eficaz a autogestão da doença por parte dos utentes;

b) Estar organizadas segundo uma lógica que incorpore o estabelecimento da estrutura organizativa da consulta, a recolha e registo de história e dados clínicos para monitorização e acompanhamento, a educação e a proposta de estratégia terapêutica;

c) Ser composta por uma equipa multidisciplinar, incluindo:

i. Médico e enfermeiro, como estrutura básica;

ii. Sempre que possível nutricionista/dietista, promotor de atividade física, podologista, assistente social e psicólogo, como estrutura associada.

d) Ter uma periodicidade determinada pela equipa multidisciplinar, consoante o quadro clínico individual, mas nunca inferior a semestral.

14. A consulta autónoma de diabetes nos ACES decorre nas USF ou UCSP da área de residência do utente.

15. Em cada consulta autónoma de diabetes nos ACES, devem ser recolhidos os seguintes dados clínicos:

- a) Peso;
- b) Altura;
- c) Índice de massa corporal;
- d) Perímetro abdominal;
- e) Tensão arterial;
- f) Hemoglobina Glicada;
- g) Microalbuminúria e se > 30 mg/gr de creatinínúria.

16. Anualmente, a consulta autónoma de diabetes nos ACES deve recolher os seguintes dados clínicos:

- a) Microalbuminúria e se < 30 mg/gr, incluir a creatinínúria;
- b) Colesterol, fração LDL;
- c) Relatório de retinografia;
- d) Classificação do risco do pé.

17. No âmbito da consulta autónoma de diabetes nos ACES, devem ser igualmente monitorizados os seguintes indicadores:

- a) Faltas, desistências, pedidos de remarcação de consultas e rastreios;
- b) Identificação dos utentes sem compromisso de vigilância e respetiva convocação.

18. Na consulta autónoma de diabetes nos ACES, a equipa multidisciplinar deve reforçar a educação da pessoa com diabetes, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da doença, nomeadamente:

- a) Alimentação;
- b) Atividade física;
- c) Objetivos glicémicos e registo de parâmetros de controlo da diabetes, nomeadamente da hemoglobina glicada;
- d) Cuidados aos pés;
- e) Vigilância oftalmológica;
- f) Controlo da pressão arterial;
- g) Controlo dos lípidos;
- h) Esquema terapêutico.

19. A equipa multidisciplinar da consulta autónoma de diabetes nos ACES define com cada pessoa com diabetes, as metas e objetivos individuais a atingir, bem como a terapêutica a implementar.

20. As UID prestam consultas autónomas de diabetes nos hospitais, sob a responsabilidade dos serviços de Endocrinologia ou de Medicina Interna, e devem estar organizadas de forma a:

- a) Estabelecer uma estrutura organizativa multidisciplinar da consulta;
- b) Garantir que a informação é inserida no processo individual e possibilite o diagnóstico, a monitorização, a avaliação e o tratamento de complicações;
- c) Estabelecer um plano educativo e terapêutico individualizado, incluindo a educação para a autogestão da doença, que abrange programas de terapêutica com dispositivos de perfusão subcutânea contínua da insulina, a utilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica específicos dispositivos de monitorização contínua de glicemia e a coordenação de elementos responsáveis de pessoas com diabetes internadas na unidade hospitalar.

21. A UID deve integrar as especialidades assistenciais dos cuidados de saúde necessárias ao apoio às pessoas com diabetes, nomeadamente:

- a) Médicos especialistas em Endocrinologia, Medicina Interna e Pediatria com experiência em diabetologia;
- b) Enfermeiros generalistas e especialistas com formação específica em diabetes;
- c) Nutricionista ou Dietista;
- d) Podologista;
- e) Apoio de outras especialidades médicas, nomeadamente cirurgia, ortopedia, nefrologia, oftalmologia, cardiologia, cirurgia vascular, urologia e Fisiatria, sempre que disponíveis na instituição.

22. Devem ter acesso à consulta autónoma de diabetes nos hospitais, as pessoas com diabetes tipo 1 ou diabetes tipo 2 referenciadas pelo médico de família.

23. Em cada consulta autónoma de diabetes nos hospitais, a equipa multidisciplinar deve recolher os seguintes dados clínicos:

- a) Peso;
- b) Altura;
- c) Índice de massa corporal;
- d) Perímetro abdominal;
- e) Tensão arterial;
- f) Hemoglobina glicada;
- g) Microalbuminúria em mg/gr de creatinínúria;

h) Colesterol, fração LDL;

i) Avaliação oftalmológica incluindo retinopatia e maculopatia;

j) Avaliação podológica incluindo pé neuropático ou neuro-isquémico;

k) Avaliação cardiológica incluindo doença coronária e insuficiência cardíaca;

l) Avaliação urológica incluindo disfunção sexual ou bexiga neurológica;

m) Avaliação nefrológica incluindo micro/macroalbuminúria e cálculo de função renal.

24. Na consulta autónoma da diabetes nos hospitais, a equipa multidisciplinar deve reforçar a educação da pessoa com diabetes, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da diabetes, nomeadamente:

- a) Alimentação;
- b) Atividade física;
- c) Objetivos glicémicos e registo de parâmetros de controlo da diabetes, nomeadamente da hemoglobina glicada;
- d) Cuidados aos pés;
- e) Vigilância oftalmológica;
- f) Controlo da pressão arterial;
- g) Controlo dos lípidos;
- h) Esquema terapêutico.

25. A equipa multidisciplinar da UID define com cada pessoa com diabetes, as metas e objetivos individuais a atingir e a terapêutica a adotar.

26. As pessoas com diabetes, referenciadas pelos médicos de família, são reencaminhadas para o mesmo, se a situação que motivou a referência estiver ultrapassada ou mantêm-se em cuidados partilhados se existirem complicações que necessitem de cuidados hospitalares periódicos.

27. A UID deve identificar, em cada hospital ou centro hospitalar, um elemento responsável pela diabetes, médico ou enfermeiro, cuja função é a identificação e o estabelecimento de um plano de cuidados, educativo e terapêutico, para cada uma das pessoas com diabetes internadas no hospital, em estreita colaboração com a UID.

28. A UID tem como responsabilidade a oferta de um programa de formação e orientação aos elementos clínicos que com esta colaborem, nomeadamente ao elemento responsável pela diabetes referido no número anterior.

18 de fevereiro de 2013. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

206773386

Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.

Aviso n.º 2768/2013

Recrutamento mediante mobilidade interna/cedência de interesse público de um (1) técnico superior da área de serviço social para o ACES de Trás-os-Montes — Alto Tâmega e Barroso

A Administração Regional de Saúde do Norte, I. P., nos termos do disposto nos artigos 59.º e seguintes da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, e artigo 22.º-A do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, aditado pelo artigo 73.º da Lei n.º 66-B/2013, 31 de dezembro, informa que se encontra aberto, pelo prazo de 10 dias úteis, a contar da publicação do presente aviso no *Diário da República*, procedimento para recrutamento, em regime de mobilidade interna na categoria, de um técnico superior da área de serviço social.

1 — Local de trabalho — Agrupamento de Centros de Saúde de Trás-os-Montes — Alto Tâmega e Barroso e CRI de Vila Real — Equipa de tratamento de Chaves, ambos com instalações sediadas em Chaves.

2 — Caracterização do posto de trabalho — O posto de trabalho caracteriza-se pelo exercício de funções da carreira de técnico superior, de grau de complexidade funcional 3, cujo conteúdo funcional se encontra caracterizado pela execução de determinadas atividades, no domínio da área social, designadamente:

- a) Prestar apoio psico-social em todas as áreas de intervenção;
- b) Aconselhamento e acompanhamento social e pedagógico;
- c) Identificar e diagnosticar necessidades de âmbito psico-social e relacional;
- d) Acompanhar projetos e processos de resolução de problemas;
- e) Contribuir para a identificação, caracterização e visibilidade pública de vulnerabilidade de risco social, com maior expressão em determinados grupos;
- f) Acautelar as condições gerais de acesso, da humanização e da qualidade do serviço;