

MESTRADO

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Relação entre a estrutura de qualidade dos cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade: um estudo observacional

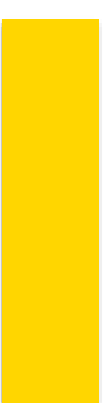
Ana Cristina Mendes Silva

M

2022



FACULDADE DE **MEDICINA**



ARTº 48, PARÁGRAFO 3

“A FACULDADE NÃO RESPONDE PELAS DOUTRINAS EXPEDIDAS NA DISSERTAÇÃO”
(Regulamento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Decreto-Lei nº 19337 de 29 de Janeiro de 1931)

Relação entre a estrutura de qualidade dos cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade: um estudo observacional

Ana Cristina Mendes Silva

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Cuidados de Saúde Primários

Orientador: *Professora Doutora Andreia Sofia Costa Teixeira*

Co-orientador: *Professor Doutor Carlos Manuel da Silva Martins*

Porto, 2022

À minha avó Maria, pelos ensinamentos de uma vida.

Aos meus pais, por todo o amor, apoio e dedicação.

À minha irmã, por ser especial e o melhor presente que a vida me deu.

Ao Rafael, pelo amor constante e por estar sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Aproveito aqui para agradecer a todos aqueles que contribuíram de modo mais ou menos direto para a realização desta dissertação de mestrado. A todos eles aqui deixo o meu agradecimento sincero.

À Professora Doutora Andreia Teixeira, por ter aceite ser minha orientadora, pelo apoio constante, pelos ensinamentos e por ter acreditado em mim.

Ao Professor Doutor Carlos Martins, pela inspiração e por me fazer apaixonar ainda mais pelos Cuidados de Saúde Primários.

Ao meu noivo Rafael, pelo apoio incondicional e infinita paciência em todas as fases deste percurso principalmente, nos momentos de desespero.

Aos meus pais e irmã, por me terem ensinado a amar incondicionalmente e a ser feliz.

À minha avó Maria do Carmo, por ser o meu exemplo de força e sobrevivência.

Aos colegas de mestrado, por terem tornado este caminho agradável e enriquecedor.

A todos muito obrigada!

ÍNDICE

Resumo.....	13
Abstract.....	15
Lista de Abreviaturas	17
Capítulo I – Introdução	19
Capítulo II – Contextualização Histórica e Legislativa dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	22
1. Enquadramento Histórico e Modelo Conceptual.....	23
2. A Evolução da Reforma e Ponto de Situação Atual.....	29
2.1. A Implementação das Unidades de Saúde Familiar	32
2.2. A Constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde.....	36
Capítulo III – Governação Clínica e Contratualização.....	38
1. Contratualização Interna	39
1.1. Matriz Multidimensional e Indicadores das USF e UCSP.....	40
1.2. Índice de Desempenho Global	42
2. Contratualização Externa	43
Capítulo IV – Modelo Remuneratório e Incentivos.....	44
Capítulo V – Hipertensão Arterial, Diabetes e Rastreios Oncológicos	47
1. Hipertensão Arterial.....	47
2. Diabetes.....	48
3. Rastreios Oncológicos.....	49
Capítulo VI – Metodologia.....	50
1. Tipo de Estudo e Participantes	50
2. Colheita de Dados	50
3. Definição de Variáveis	51
4. Análise Estatística	53
Capítulo VII – Resultados.....	54
Capítulo VIII – Discussão	69
Capítulo IX – Considerações Finais	74
Referências Bibliográficas.....	75
Anexos	80

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz Multidimensional da contratualização das USF e UCSP (9).	40
Tabela 2 – Distribuição do número de concelhos total e com apenas uma UF por ARS.	55
Tabela 3 – Caraterização das variáveis de avaliação do desempenho das UF.....	56
Tabela 4 – Caraterização dos indicadores de mortalidade dos concelhos com uma única UF.....	56
Tabela 5 – Comparação do IDG e Anos de atividade por tipologia de UF.	57
Tabela 6 – Relação existente entre tipologia de UF, Anos de Atividade e IDG.....	58
Tabela 7 – Variação do valor de IDG por ARS.	58
Tabela 8 – Relação existente entre tipologia de UF, valor de IDG e ARS.....	60
Tabela 9 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰) por ARS.....	60
Tabela 10 – Relação existente entre Taxa bruta de mortalidade, tipologia de UF e ARS.....	61
Tabela 11 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰) por tipologia de UF.	62
Tabela 12 – Relação existente entre Taxa bruta de mortalidade e tipologia de UF..	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de UF por tipologia e ARS (Fonte: Elaboração própria). .	54
Gráfico 2 – Barras de erros simples de IDG por ARS (UCSP vs. USF A/B).....	59
Gráfico 3 – Barras de erros simples de Taxa Bruta de Mortalidade por ARS (UCSP vs. USF A/B).....	61
Gráfico 4 – Diagrama de dispersão da taxa bruta de mortalidade (‰) pelo IDG.....	63
Gráfico 5 – Diagrama de dispersão dos óbitos por diabetes (%) pelo indicador de controlo de diabetes nos CSP (HbA1c).	64
Gráfico 6 – Diagrama de dispersão dos óbitos por diabetes (%) pelo indicador de controlo de diabetes nos CSP (HbA1c) e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).	65
Gráfico 7 – Diagrama de dispersão dos óbitos por doenças do aparelho circulatório (%) pelo indicador de controlo de HTA nos CSP e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).	66
Gráfico 8 – Diagrama de dispersão dos óbitos por tumores malignos (%) pelo indicador de realização do RCCU nos CSP e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).....	67
Gráfico 9 - Diagrama de dispersão dos óbitos por tumores malignos (%) pelo indicador de realização do RCCR nos CSP e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).....	68

RESUMO

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, a qualidade é avaliada e quantificada por um Índice de Desempenho Global (IDG) que permite a monitorização e avaliação das Unidades Funcionais (UF) no processo de contratualização a que se submetem anualmente. Paralelamente, dados recentes revelam que é possível fazer mais para reduzir os fatores de risco das principais causas de morte, como o cancro e as doenças cardiovasculares. O objetivo para a presente dissertação foi o de estudar e avaliar o impacto do novo modelo gestor das UF de prestação de cuidados de saúde, baseado na avaliação do desempenho, na saúde das populações, nomeadamente, na mortalidade por todas as causas e por determinadas patologias crónicas frequentes na população portuguesa e de controlo/rastreio habitual nos CSP (hipertensão arterial, diabetes e cancro).

Com o intuito de alcançar o objetivo supracitado, desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal e observacional dos níveis de desempenho das UF, Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), de Portugal Continental e taxas de mortalidade dos respetivos concelhos, a 31 de dezembro de 2019. Excluíram-se do estudo os concelhos que tinham mais do que uma UF. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial para avaliar as diferenças na taxa bruta de mortalidade pelo valor de IDG, tipologia de UF e respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), assim como, entre os indicadores da prática clínica de controlo de patologias pela taxa de mortalidade da respetiva patologia. Recorreu-se ainda a técnicas de regressão linear simples e múltipla para estudar as associações existentes entre as várias variáveis.

Os resultados indicam que as USF têm uma melhor avaliação de desempenho global relativamente às UCSP, porém, não se objetivou uma associação linear entre o nível de desempenho e a taxa bruta de mortalidade assim como, não se verificaram diferenças significativas na mortalidade por tipologia de UF. A ARS Norte tem um melhor nível de desempenho relativamente às ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Nas ARS Centro e Alentejo, em cada mil habitantes, ocorrem, pelo menos, mais 2 mortes do que na ARS Norte. Por fim, não se verificou existir uma associação linear entre a proporção

de óbitos por doenças do aparelho circulatório, diabetes e tumores malignos e os respetivos indicadores de controlo de hipertensão, diabetes e rastreios oncológicos nos CSP, integrados na avaliação de desempenho das UF.

Conclui-se que o esforço adicional e árduo dos profissionais das USF na prestação de cuidados de saúde de uma forma mais organizada reflete-se numa melhor avaliação de desempenho global relativamente às UCSP. Porém, quando analisada a mortalidade global segundo a tipologia de UF não se obtiveram diferenças significativas assim como, não se apurou existir uma relação entre o valor de IDG e a taxa bruta de mortalidade por todas as causas. Para o futuro seria importante a decisão pela implementação e avaliação de indicadores de desempenho mais voltados para o utente (morbimortalidade) e a criação de uma base de dados no SNS com informação proveniente de várias origens.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários; Avaliação de desempenho; Índice de Desempenho Global; Mortalidade.

ABSTRACT

In Primary Health Care (PHC) in Portugal, quality is qualified and quantified by a Global Performance Index (GPI) that allows the monitoring and evaluation of the Health Units in the contracting process to which they submit annually. At the same time, recent data shows that more can be done to reduce the risk factors of the main causes of death, such as cancer and cardiovascular diseases. The purpose of this dissertation was to study and evaluate the impact of the new management model of the Health Units for the provision of health care, based on the evaluation of performance, on the health of populations, namely, on mortality from all causes and from some chronic diseases common in the Portuguese population and usual control/screening in PHC (arterial hypertension, diabetes and cancer).

In order to achieve the purpose above, a quantitative, cross-sectional and observational study was carried out on the performance levels of the Health Units in continental Portugal and mortality rates in the respective counties, as at 31 December 2019. Counties that had more than one Health Unit were excluded from the study. Descriptive statistical analysis and non-parametric tests were carried out to evaluate the differences in the crude mortality rate by the GPI value, Health Unit typology and respective regional health administration (RHA) as well as, between the indicators of clinical practice of diseases control by the mortality rate of the respective disease. Simple and multiple linear regression tests were also used to study the relationships between the various variables.

The results indicate that the Family Healthcare Unit (FHU) have a better overall performance assessment compared to the Personalized Health Care Unit (PHCU), however, a linear association between the level of performance and the crude mortality rate was not aimed, as well as, there were no significant differences in mortality by Health Unit typology. RHA North has a better level of performance than ARS Center and Lisbon and south valley. In RHA Center and Alentejo, for every thousand inhabitants, there are at least 2 more deaths than in ARS Norte. Finally, there was no linear association between the proportion of deaths from diseases of the circulatory system, diabetes and malignant tumors and the respective indicators of control of

hypertension, diabetes and cancer screening in PHC, integrated in the performance evaluation of the Health Units.

It is concluded that the additional and arduous effort of FHU professionals in providing health care in a more organized way is reflected in a better assessment of overall performance in relation to the PHCU. However, when we analyze the global mortality according to the Health Units typology, no significant differences were obtained, as well as, it was not found that there is a relationship between the GPI value and the crude mortality rate from all causes. For the future, it would be important to decide on the implementation and evaluation of performance indicators more focused on the user (morbidity and mortality) and the creation of a database in the National Health Service with information from several sources.

Keywords: Primary Health Care; Global Performance Index; Performance evaluation; mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CS – Centro de Saúde
CSP – cuidados de saúde primários
DGS – Direção Geral de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
HbA1c – Hemoglobina Glicada
HTA – Hipertensão Arterial
ID – Número de identificação do indicador
IDG – Índice de Desempenho Global
IDS_A – Índice de Desempenho Setorial de Área
IDS_D – Índice de Desempenho Setorial de Dimensão
IDS_S – Índice de Desempenho Setorial de Subárea
INE – Instituto Nacional de Estatística
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PLS – Plano Local de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PRS – Plano Regional de Saúde
PSOF – Pesquisa de sangue oculto nas fezes
RCCR – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto
RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero
RRE – Regime Remuneratório Experimental
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TBM – Taxa Bruta de Mortalidade
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UC – Unidade Contratualizada
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UF – Unidades Funcionais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UP – Unidade Ponderada

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) abordam a saúde e bem-estar de todos os indivíduos. Prestam cuidados completos à população, de acordo com as suas necessidades e expectativas de saúde durante todas as fases da sua vida e não só para um conjunto de doenças específicas. São um elemento permanente, central e fundamental de qualquer sistema de saúde. Constituem o primeiro contacto, mas também, a linha da frente, contínua, global e coordenada de cuidados, prestando cuidados acessíveis quando necessários, e acompanhando global e longitudinalmente os utentes. Orientam-se para a promoção da responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações e coordenam, quando necessário, as suas interações com as outras estruturas de saúde. Sabe-se que a quase totalidade dos problemas de saúde das populações pode ser estudada e solucionada ao nível dos CSP (1).

É conhecido que os sistemas de saúde apoiados numa estrutura sólida de CSP têm melhores resultados, maior equidade, melhor acessibilidade, maior continuidade dos cuidados, menor custo e melhor relação custo-benefício, sem diminuição da qualidade dos cuidados de saúde (2). Resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações (3).

Em Portugal, a sólida evolução dos centros de saúde (CS) pode ter-se devido à construção e consolidação nos CSP, desde 1971, de uma forte cultura de serviço público à comunidade, universal e solidário, e de ter sido criado um modelo conceptual condutor, baseado em princípios e valores claramente concordantes com os da “Declaração de Alma Ata” (4). Diversos fatores permitiram uma evolução coerente dos CSP, baseados num conjunto de valores, de princípios e de uma cultura e práticas profissionais de cariz holístico, abrangente e integrador – com uma cobertura comunitária por CS, praticamente universal. As várias fases de evolução representam um percurso de aprimoramento e de sofisticação organizacional (5).

Em 2005 ocorreu uma profunda reforma que pretendia melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, aumentar a satisfação dos utentes e profissionais para assim obter ganhos em saúde para a população melhorando o empenho e eficiência dos serviços de saúde (6).

A qualidade em saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo encarada como essencial. Já não basta o “fazemos o nosso melhor”, são necessários mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são utilizados de forma adequada e se é obtida a melhor qualidade possível (7). Nesse sentido, nos CSP existe um Índice de Desempenho Global (IDG) que permite a monitorização e avaliação das Unidades Funcionais (UF) no processo de contratualização interna a que se submetem anualmente.

Esta avaliação de desempenho assenta numa matriz multidimensional, constituída por um conjunto de indicadores, que reúne uma visão integrada do desempenho global de cada tipologia de UF (8). Conforme os valores do IDG, as UF têm diferentes níveis de desempenho. Às UF com desempenhos superiores são-lhes atribuídos incentivos financeiros enquanto que, as UF com desempenhos inferiores são incluídas em processos de acompanhamento (8–10).

Paralelamente e porque importa conhecer o estado atual da saúde em Portugal, já que o objetivo final dos cuidados de saúde prestados são os ganhos em saúde para a população, ficou conhecido que em 2018, a mortalidade por causas evitáveis e tratáveis em Portugal foi inferior à média da União Europeia (UE). No entanto, Portugal ficou aquém de alguns países da UE (como a Espanha, a França e a Itália) no que respeita à mortalidade evitável, o que sugere que é possível fazer mais para salvar vidas mediante a redução dos fatores de risco das principais causas de morte, como o cancro e as doenças cardiovasculares (11). Estas atividades de medicina preventiva e de controlo de determinadas patologias crónicas muito frequentes na população portuguesa, como hipertensão arterial (HTA) e diabetes, são maioritariamente desenvolvidas ao nível dos CSP constatando-se a sua enorme importância no contínuo esforço pela melhoria dos indicadores de saúde dos portugueses.

O objetivo desta dissertação consiste em avaliar se o novo modelo gestor das UF de prestação de cuidados de saúde, baseado na avaliação do desempenho, tem uma repercussão positiva na saúde das populações. Perceber se uma melhor avaliação de desempenho global das UF de Portugal Continental está associada a um real benefício na saúde dos seus utentes, isto é, se um valor de IDG superior (melhor desempenho) está associado a uma menor taxa de mortalidade por todas as causas. Do mesmo modo,

que também se pretende observar de que forma varia a taxa bruta de mortalidade (TBM) por tipologia de UF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF) modelos A e B, e Administração Regional de Saúde (ARS) a que a unidade pertence. Pretendemos ainda saber se um melhor cumprimento de determinados indicadores de controlo de patologias crónicas, como a diabetes e a HTA, e de rastreios oncológicos atualizados, está associado a uma menor taxa de mortalidade por essa mesma patologia.

Posto isto, este documento está estruturado em 9 capítulos, distribuídos por três partes: a primeira parte, englobando os capítulos I a V, a metodologia no capítulo VI e a terceira parte composta pelos capítulos VII, VIII e IX.

A primeira parte, apresenta uma breve introdução aos temas abordados nesta dissertação bem como os objetivos e pertinência da mesma, seguida de uma contextualização histórica e legislativa dos CSP em Portugal, o processo de contratualização, o modelo remuneratório e incentivos dos profissionais dos CSP e, por último, uma breve descrição das patologias abordadas no estudo realizado.

No capítulo VI (segunda parte), expõem-se as linhas orientadoras da metodologia que se seguiu para a realização do trabalho.

Na terceira e última parte, o capítulo VII apresenta os resultados do estudo realizado e no capítulo VIII (discussão) são referidas as conclusões relativas a esta dissertação, limitações sentidas durante a sua realização e algumas sugestões de melhoria futura. As considerações finais constituem o capítulo IX.

CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E LEGISLATIVA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

O sistema de saúde português começou a desenhar-se no início do século XX, com a reforma de Ricardo Jorge.

Até 1946 os cuidados de saúde eram assegurados pelo setor privado, para as pessoas que tinham possibilidades financeiras. O Estado apenas atribuía uma pequena ajuda aos pobres, indigentes e a algumas atividades de saúde pública. Porém, em 1946, pelo Decreto-Lei nº 35311, de 25 de abril, é criada a Federação das Caixas de Previdência, que centralizou os cuidados de saúde curativos, proporcionando aos seus beneficiários, os trabalhadores por conta de outrem, um conjunto de cuidados de saúde então muito superiores aos disponibilizados pelo Estado, mediante um seguro social (Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência). Os cidadãos que não tinham essa possibilidade dependiam da caridade e das Misericórdias. (12)

Ainda em 1974, apenas cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de proteção na doença, sendo os encargos com a saúde assumidos, parcial ou totalmente, pela Previdência Social. A restante maioria dos cidadãos suportava os gastos com os seus cuidados de saúde (13). Nesta altura, o Estado assumia um papel pouco representativo, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às misericórdias e a outras entidades sem fins lucrativos. No entanto, em 1971, durante o governo de Marcelo Caetano, procedeu-se à estruturação jurídica dos CS com o Decreto-Lei nº 102/71, de 24 de março, que previa *“o estabelecimento de uma rede de centros de saúde localizados nas sedes dos concelhos em articulação com os serviços médico-sociais da Previdência e instalados, de preferência, nos hospitais sub-regionais de acordo com um plano global”*.

Considerando o conceito e as características definidos na Conferência Internacional dos CSP de Alma-Ata (4), pode dizer-se que os CSP em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, têm uma história de mais de cinquenta anos. Tendo a sua origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Baltazar Rebelo de Sousa,

Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio em 1971 (14), antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979.

Analisando a evolução da organização dos serviços de saúde em Portugal, constata-se uma evolução em seis fases de desenvolvimento dos CSP (3,15):

1. uma primeira fase, desde 1971 até 1974-1975 (período revolucionário) com a criação dos CS de “primeira geração”;
2. uma fase do serviço médico à periferia, da criação da carreira médica de Medicina Geral e Familiar e da institucionalização do SNS, de 1975 a 1982;
3. a fase dos CS integrados, designados de “segunda geração”, desde o ano 1983, e de expansão do SNS, criado em 1979;
4. o período de 1995 a 2001 em que surgem os CS de “terceira geração” com a introdução de modelos organizativos experimentais dos CSP;
5. a constituição de parcerias público-privadas nos CSP de 2002 a 2004;
6. por último, a fase atual, a partir de 2005 com os CS como infraestruturas organizativas essenciais dos CSP, cobrindo todo o território nacional, organizados em USF e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a extinção das sub-regiões de saúde.

1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E MODELO CONCEPTUAL

Em Portugal a evolução dos CSP conheceu vários períodos e identificaram-se três gerações de CS (15).

A prioridade dada aos CSP surgiu, no início dos anos 70 do século XX, integrada na política do “estado social”, generalizando o atendimento gratuito a toda a população após o alargamento, em 1971, à população rural dos serviços médico-sociais da Previdência Social e o reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco, as grávidas e as crianças (15).

O marco histórico da criação dos CS deu-se em 1971 pelo Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabeleceu os fundamentos do SNS e criou a primeira geração de CS como infraestrutura organizativa fundamental dos CSP. Pela primeira vez se reconhecia o direito, de todos os portugueses, ao acesso a cuidados de saúde; o estabelecimento de uma política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as atividades de saúde e assistência, a nível local e distrital; o planeamento central e a descentralização na execução (16).

O referido Decreto-Lei, estabeleceu a reorganização de todo o Ministério da Saúde e Assistência e criou CS (um CS Distrital em cada sede de distrito com funções de coordenação e um por cada concelho) *“responsáveis pela integração e coordenação das atividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda”*.

Cada CS era *“uma unidade orgânica integradora”* dirigida por um delegado de saúde e com a missão do que então se entendia por saúde pública — incluindo atividades como a vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras. A sua ação estava essencialmente destinada à prevenção e ao seguimento de alguns grupos de risco, constituindo o Movimento de Saúde Comunitária, sendo o tratamento da doença aguda e os cuidados curativos uma minoria das suas atividades (15).

Deste modo, conduziram a uma mudança de paradigma, antecipando conceitos que em setembro de 1978 viriam a ser consolidados mundialmente na Conferência de Alma Ata, promovida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Esta conferência passou a considerar que a Saúde da População está interligada a outros setores e à economia, tal como ao desenvolvimento humano e social (4).

A prestação dos cuidados curativos extra-hospitalares fazia-se nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência fundadas em 1935. Estas tinham como propósitos proteger os trabalhadores contra a doença, invalidez e desemprego, assegurando-lhes também uma pensão de reforma (15,17).

Assim, durante alguns anos coexistiram, complementando-se na resposta às necessidades de saúde dos utentes, dois tipos de práticas em saúde (15,17):

- a) Saúde comunitária para a promoção da saúde e atuação programada por valências ou programas que seguiam normas centrais e que procuravam a qualidade assistencial;
- b) Cuidados imediatos (Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência), para responder às necessidades imediatas dos utentes, sem planeamento por objetivos de saúde e sem preocupações com a qualidade dos processos.

Em 1974, Portugal tinha maus indicadores de saúde. Consequência das dinâmicas da Revolução de Abril de 1974 e das mudanças políticas, procuraram-se novas soluções para garantir o direito à saúde. Foi assim que, em 1975, se criou o serviço médico à periferia (18), que durou cerca de sete anos até 1982, terminando com a reformulação das carreiras médicas (19). Este foi mais um momento determinante para o percurso de criação e desenvolvimento do SNS em 1979 (20). Obrigava os médicos recém-licenciados a trabalhar durante um ano em CS fora dos centros urbanos onde se formavam, para posteriormente poderem ser admitidos em internatos de especialidade e nos quadros de instituições públicas de saúde. Deste modo, foi possível colocar profissionais qualificados e em quantidade na periferia de Portugal, melhorando a cobertura de todo o território nacional, tal como o acesso aos cuidados de saúde oferecidos, essenciais para o desenvolvimento dos primeiros CS (21). Esta medida teve repercussão na melhoria da qualidade de vida das populações rurais, facilitando ainda a implantação do SNS que seria nacional, universal, geral e gratuito (22).

A análise da evolução dos principais indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação permitiu verificar que esta primeira geração de CS foi um sucesso notável (15).

Após a criação do SNS pela Lei de Bases do SNS, mais conhecida por “Lei Arnaud”, que defendia o direito à proteção da saúde, surgiu em 1982 a reformulação das carreiras médicas com a criação da carreira médica de clínica geral e implementada a figura do médico de família. Este avanço permitiu associar os primeiros CS com os numerosos postos dos ex-Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. Deste modo, a partir de 1983, os CS tornaram-se “CS integrados” – a “segunda geração” de CS – ampliando a natureza e a abrangência de cuidados preventivos e curativos oferecidos à população. Os serviços oferecidos resultaram da junção das principais atividades assistenciais

extra-hospitalares preexistentes (CS, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios) permitindo racionalizar e otimizar os recursos existentes. A nível central, este processo de integração conduziu à criação da Direção-Geral dos CSP, face visível de uma gestão centralizada dos recursos (23).

A organização e o funcionamento destes CS permitiram a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades. *“A prazo, este modelo organizativo, somado ao normativismo e tutela centralista distante das sub-regiões e administrações regionais de saúde, contribuiu para a insatisfação, exaustão e desmotivação de muitos dos seus profissionais de saúde”* (15).

A revisão da Constituição da República Portuguesa, em 1989, tornou o SNS tendencialmente gratuito. Em 1990, aprovou-se a Lei de Bases da Saúde, que na sua Base XIII reforçou a ideia dos CSP como base de todo o sistema de saúde.

A discussão relativa à reorganização e reorientação dos CSP em Portugal acompanhou a evolução destas duas gerações de CS. As críticas, sugestões de mudança e propostas alternativas ao modelo organizativo e gestionário dos “CS integrados” datam do próprio ano da sua criação.

De 1989 a 1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral organizou debates e consultas aos associados, que resultaram num conjunto de ideias e propostas, que a direção nacional compilou no então designado “Livro Azul”, que juntava as principais tendências nacionais e internacionais para o desenvolvimento dos CSP em Portugal. O “Livro Azul” salientava aspetos fundamentais a melhorar: o perfil profissional, o regime de trabalho, o sistema retributivo e as condições de atendimento (24).

No seguimento deste ambiente de insatisfação dos profissionais dos CSP, durante os anos 90, surgiram alguns projetos e iniciativas experimentais inovadores de gestão e organização dos CS, visando explorar outros caminhos para reorganizar a prestação de cuidados às populações: o “Projeto Alfa” e o “Regime Remuneratório Experimental”.

Os “Projetos Alfa” tiveram início em 1996-1997 na Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e constituíram a primeira tentativa de testar um novo modelo de trabalho em grupo e em equipa, com autonomia de gestão e responsabilização pelo alcance de objetivos (25). As diversas avaliações, internas e externas, destes projetos inovadores e ousados para a época apontaram para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas que permitissem recompensar os que mais e melhor trabalhavam (15).

O “regime remuneratório experimental (RRE) dos médicos de clínica geral” foi aprovado pelo Decreto-Lei nº 117/1998, de 5 de maio, introduzindo uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e qualidade de desempenho profissional e rompendo com o modelo salarial tradicional da função pública. Foi o primeiro ensaio para um novo sistema retributivo. Este regime baseava-se na composição de listas de famílias, convertidas em unidades ponderadas (UP) e introduzia a componente de capitação ponderada (23,25). Cada lista de utentes atribuída era calculada com base num número mínimo e máximo de UP, refletindo assim as diferentes necessidades assistenciais de cada faixa etária. A remuneração era composta por uma percentagem individual e outra atribuída à equipa. A porção individual, um valor fixo, dependia da categoria e escalão da carreira médica, uma parcela correspondente à sua lista de utentes e ainda uma parcela resultante do número de consultas domiciliárias realizadas. A porção coletiva era dividida por todos os médicos e era calculada tendo em conta atividades específicas, como o seguimento de grávidas, crianças no primeiro ano de vida e mulheres em idade fértil e um possível alargamento do horário de funcionamento. Este modelo mostrou resultados positivos com uma maior satisfação dos utentes e profissionais e uma boa relação custo-benefício (25,26).

Paralelamente, foi lançado o debate sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde para os CS, combinada com a reorganização interna dos CS, associando a autonomia à responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objetivos comuns, num ambiente de rigor e de exigência, mas também de maior confiança. A descentralização interna dos CS, combinada com competências para a coesão institucional gestionária e técnico-científica, visa articular autonomia com responsabilidade, num ambiente de rigor e de exigência, mas também de maior confiança (15).

Estes projetos experimentais foram inspiradores para a “reinvenção dos CSP” (27), que se estabeleceu com a criação das USF – os CS de terceira geração.

Em 1999, no sentido de responder à falta de evolução sentida na organização dos CSP, foi aprovada a legislação sobre os CS de “terceira geração” (Decreto-Lei nº157/99, de 10 de maio) com autonomia e hierarquia técnica que organizava a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares. Podia ler-se no documento *“Os CS [...] até à data na dependência orgânica e funcional das Administrações Regionais de Saúde. [...] a evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica que, numa perspectiva multidisciplinar e de forma efectiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos CS, designadamente pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica.”*. Reconhecia os CS como *“primeiras entidades responsáveis pela promoção da saúde e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, considera o Governo ter-se tornado prioritária a reformulação do respectivo quadro legal, dotando-os de personalidade jurídica e criando um nível de gestão local [...]”*.

No artigo 10º do referido documento era abordada a estrutura organizacional dos CS, pela primeira vez assente em UF, sendo a USF uma *“unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes”*. Cada CS estaria dotado de personalidade jurídica e cada ACES seria constituído por 4 a 10 USF e uma unidade operativa de saúde pública. Cada unidade disporia de *“autonomia de gestão técnico-assistencial, identificando-se como um centro de produção e de custos com referência a compromissos-programa acordados anualmente”*.

A reforma na legislação prosseguiu com o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, que criou a “Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários” que também não chegou a ser implementada. Foi revogada pelo Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, que restabeleceu o Decreto-Lei nº 157/99. Assim, pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os CS regulados pelo Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, deixaram de estar sujeitos a esse diploma a partir de março de 2009, ficando integrados nos ACES, através da Portaria nº 274/2009, de 18 de março.

As USF, preconizadas no Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, e criadas pelo Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, visavam a modernização organizativa e técnico-

científica da Medicina Geral e Familiar nas instituições públicas do SNS. Enquanto modelo de organização do trabalho em CSP, estavam de acordo com as tendências internacionais de abandono da “*solo practice*” (prática profissional individual), substituindo-a pelas “*group practice*” (trabalho em equipa) (15,17).

Esta terceira geração de CS assumia uma nova postura e dinâmica orientando-se para os utentes, para a comunidade e para os tipos de cuidados e intervenções a assegurar. Estavam organizados em pequenas unidades multiprofissionais, cada uma com as suas especificidades e objetivos, mas todas com o objetivo de servir a população e ir ao encontro das suas necessidades.

Os “Projetos Alfa”, o “regime remuneratório experimental”, os CS de terceira geração e a convenção contratualizada em medicina familiar formam parte de um percurso de mudança progressiva e coerente, tendo sido uma fonte importante para a definição da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

2. A EVOLUÇÃO DA REFORMA E PONTO DE SITUAÇÃO ATUAL

A prestação de CSP em Portugal sofreu uma profunda reforma que se iniciou em 2005 e vigora até aos dias de hoje, com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), pela Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005, de 22 de setembro de 2005. Desta forma, implementaram-se as tendências inovadoras em termos de organização e de remuneração que se vinham testando desde 1996 com os “Projetos Alfa” e, posteriormente, com o “Regime Remuneratório Experimental” (28).

A MCSP ficou responsável pela “*condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar*” (28). Os seus objetivos passavam pela modernização e reconfiguração dos CSP, melhorar a acessibilidade, a proximidade e a qualidade dos cuidados de saúde aos cidadãos, a satisfação dos seus utilizadores e

dos profissionais de saúde com a melhoria das condições de trabalho e de organização e pela introdução de incentivos que premiassem as boas práticas (29).

A modernização e reconfiguração dos CSP “*como o coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde*”, seguiu uma série de princípios dos quais se destacam (28,30):

- orientação para a comunidade;
- flexibilidade organizativa e de gestão;
- desburocratização;
- trabalho em equipa;
- autonomia e responsabilização;
- melhoria contínua da qualidade;
- contratualização e avaliação.

O referido processo de mudança para os “novos centros de saúde” envolveu:

- Constituição de USF;
- Associação de CS em ACES;
- Criação de outras unidades funcionais nos ACES;
- Introdução de um novo modelo de gestão;
- Instituição da governação clínica;
- Reorganização dos serviços de suporte (nomeadamente com desativação das Sub-regiões de Saúde);
- Informatização completa dos serviços e desmaterialização da maior parte dos suportes para a prática.

A reestruturação organizacional dos CSP foi, numa primeira fase, desenvolvida a partir da linha da frente da prestação de cuidados de saúde, onde foram criadas equipas multiprofissionais de contacto direto com a população – as USF – e, numa segunda fase, a reorganização dos CS em agrupamentos – os ACES, que substituíram as Sub-regiões de Saúde (31). A nova organização dos CSP mostrou-se claramente diferente, mais complexa, mas melhor adaptada às necessidades dos cidadãos e às expectativas dos profissionais de saúde. Passaram a existir apenas cinco ARS e ACES. Por cada ACES existem várias UF de serviços diferenciados dos CSP articuladas entre si, de

onde se salientam as USF pela sua importância, ainda que constituam uma pequena parte da arquitetura organizacional dos CS.

Esta mudança orienta-se pelos princípios e valores da boa governação, em que a ação é: centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; inclusiva de vontades e saberes; transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível; e presenciando um quadro ético de responsabilidade social (28).

Em suma, de 2005-2006 até ao momento presente, a arquitetura organizacional dos CS foi faseada em três momentos sendo inicialmente feita a aposta na criação e implementação das USF, de 2005 a 2007; seguindo-se a constituição dos ACES, restantes unidades funcionais dos ACES e a expansão por todo o território nacional das USF, de 2007 a 2009; e por último, uma vez que já havia sido ultrapassada a fase inicial de planeamento, arranque e implementação das vertentes e componentes essenciais da reforma de 2005, surge um novo modelo de sustentabilidade e governação, iniciado em 2010 (32).

Esta reorganização dos CS a partir de 2005 concentra duas transformações que se complementam (28,33,34):

- **Organização descentralizada em equipas de carácter estrutural permanente**
- para melhorar a prestação de cuidados, os CS organizam-se em pequenas unidades baseadas no trabalho em equipa multiprofissional, mais próximas das pessoas e das comunidades, com missões específicas e com serviços detalhadamente definidos, com autonomia técnica e organizacional, com responsabilização e avaliação;
- **Capacitação dos CSP para a autonomia e responsabilização pela gestão** -
para melhorar a gestão e a participação executiva da comunidade, os CS foram agregados em ACES, para poderem desenvolver órgãos e instrumentos de governação e de gestão comuns e obter diversas economias de escala relativamente aos CS isolados. Porém, a concentração anómala e excessiva de capacidades e competências de decisão e gestão nas cinco ARS, em sentido

inverso ao previsto, tem comprometido o desenvolvimento da segunda transformação chave da reforma dos CSP delineada em 2005-2006.

2.1. A IMPLEMENTAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Como mencionado anteriormente, da reforma de 2005 dos CSP destaca-se a criação das USF, cujo número tem vindo a aumentar desde o seu início em 2006.

O Despacho Normativo nº9/2006, de 16 de fevereiro, aprovou o Regulamento para a criação e implementação das USF. Este documento, na sua Norma I, define uma USF como *“a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do CS.”*

As USF surgiram segundo uma lógica de “baixo para cima”, com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidatura voluntária para a criação de equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde à população de uma determinada área geográfica. Estas candidaturas eram e são sujeitas a uma avaliação técnica, a cargo das ARS regionais e das agências de contratualização das ARS, devendo cumprir uma série de requisitos previamente estipulados num processo dinâmico de ajustamento contínuo do modelo organizacional (31).

Constituem, portanto, um pilar inovador na prestação de CSP, tendo como principais características e princípios integradores (30,31):

- ser constituídas por **equipas multidisciplinares** (integrando médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos), cuja dimensão se subordina à população inscrita, de constituição voluntária e auto-organizadas, agrupadas, muitas vezes, em micro-equipas para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto definido de cidadãos e famílias (lista de utentes) de uma dada área geográfica.

Desde o projeto do “RRE”, que as listas de utentes por cada médico são calculadas em UP, sendo que cada UP representa o utente com um fator de ponderação atendendo à sua idade. As crianças até 6 anos são ponderadas pelo fator 1,5, os adultos entre 65 e 74 anos pelo fator 2 e com 75 ou mais anos pelo fator 2,5. Cada lista de utentes por médico deve ficar com um mínimo de mil novecentas e dezassete UP (33);

- ter **autonomia técnica e organizacional** regulada por um conjunto de instrumentos formais explícitos (como o regulamento interno ou o plano de ação) e uma estrutura orgânica eleita onde podem ser identificados o coordenador da equipa, o conselho técnico (responsável principal pela implementação da governação clínica) e o conselho geral (engloba todos os profissionais da unidade e onde são tomadas as decisões mais importantes sobre o seu funcionamento por voto equitativo de todos, independentemente do seu grupo profissional);
- visar alcançar **objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados** de saúde, enquadradas através de uma carta de compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACES e destas com as ARS e disponibilizadas *online*, sendo avaliadas e responsabilizadas pelos seus desempenhos;
- poder aceder, no caso dos médicos, a um **sistema retributivo misto** (base/carreira, lista de utentes ajustada, à peça – apenas no caso das consultas no domicílio – e pelo desempenho mediante atingimento de objetivos da equipa) que premeia a otimização do acesso, o desempenho individual e coletivo para a eficiência e a qualidade. Para os médicos são considerados:
 - * Suplemento associado ao aumento das UP das listas de utentes – capitação ponderada;
 - * Suplemento da realização de cuidados domiciliários – pagamento à peça;
 - * Suplemento associado às unidades contratualizadas (UC) do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado – pagamento por aumento de horário;
 - * Compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas (como a vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, a vigilância de uma gravidez ou de uma criança no primeiro ou no

segundo ano de vida, a vigilância de uma pessoa com diabetes ou HTA)

– pagamento por desempenho;

- * Compensação associada à carteira adicional de serviços, quando contratualizada – pagamento por serviços adicionais.

Os enfermeiros e os secretários clínicos podem aceder a incentivos financeiros, estando a sua atribuição dependente da concretização de metas contratualizadas referentes a indicadores de desempenho;

- poder, igualmente, alcançar **outros incentivos** que têm como objetivo apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais da USF – os incentivos institucionais – que consistem na atribuição de prémios institucionais para reinvestimento na própria USF, sendo aferidos pelo desempenho medido por indicadores, em quatro áreas – acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência;
- possuir **sistemas de informação** (gestão do utente, administrativa, clínica e de desempenho) que permitam responder aos indicadores contratualizados e manter uma base de dados informatizada fiável dos ficheiros de utentes dos profissionais;
- assumir um **acordo de intersubstituição** entre os profissionais que garanta, nos dias úteis, atendimento no próprio dia aos usuários inscritos nas USF;
- estabelecer uma **hierarquia técnico-científica**, indicada pela equipa, para garantir a qualidade do serviço;
- estruturar um plano de desenvolvimento de competências e de formação;
- aceitar uma **integração em rede** com as outras UF no ACES e outras entidades da comunidade.

O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem são estabelecidos pelo Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto. Nem todas as USF se encontram no mesmo nível de evolução organizativa e como tal, este documento estabelece no seu nº.1 do artigo 3 do Capítulo I, a possibilidade de organização em três modelos distintos de desenvolvimento: os modelos A, B e C.

O Despacho nº 24 101/2007, de 22 de outubro, define os critérios e a metodologia para classificação das USF nos diferentes modelos de organização A, B e C. A diferenciação

entre estes modelos assenta em três dimensões estruturantes como o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. Portanto, os três modelos representam diferentes níveis de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se da seguinte forma:

- Modelo A: fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, formando o primeiro passo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna; constitui uma fase de evolução fundamental nas estruturas em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou que não existam práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar; integra as USF do setor público administrativo com regras e **remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao setor e às respetivas carreiras** dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de **trabalho extraordinário**, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em **incentivos institucionais** a reverter para investir na USF;
- Modelo B: indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e um processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos; abrange as USF do setor público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando **remuneração-base, suplementos e compensações pelo desempenho**, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto e abordado mais adiante; assim como as USF de modelo A, contratualizam indicadores relacionados com **incentivos institucionais** e podem contratualizar uma carteira adicional de serviços (USF A e B só podem ser acedidas por profissionais com vínculo ao Estado e para trabalharem em instalações do próprio Estado);
- Modelo C: modelo experimental, a regular por diploma próprio, com caráter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS,

sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pelas ARS e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído; abrange as USF dos setores social, cooperativo e privado, articuladas com o CS, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num **contrato-programa** estabelecido com a respetiva ARS e sujeitas a controlo e avaliação externa, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.

Conforme o modelo de maturidade organizacional mais adequado a cada equipa multiprofissional, é possível a transição de um modelo para outro em qualquer momento desde que verificados os termos de acesso.

Apesar da aposta na criação das USF ser bastante positiva, na medida em que permite a prestação de cuidados de saúde de fácil acesso e de boa qualidade, continua a ser possível manter o nível de organização anterior, em UCSP nos casos em que os profissionais não se possam ou queiram organizar em USF.

2.2. A CONSTITUIÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

A reconfiguração dos CS existentes em ACES teve como principal objetivo atribuir aos CS um enquadramento organizacional e estruturas de apoio que lhes permitissem aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade (29). Num primeiro momento foram criados 74 ACES, que após reestruturação se reduziram a 55 ACES distribuídos por todo o país.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, desconcentrados das respetivas ARS, mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por um conjunto de UF, e tendo por missão garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. Destas UF, constam as USF e as UCSP, além das USP (unidades de saúde pública), das URAP (unidades de recursos partilhados que integram, por exemplo, assistentes sociais e psicólogos) e das UCC (unidades de cuidados na comunidade). Existem, ainda, as

ECCI (Equipa de Cuidados Continuados e Integrados) que pertencem às UCC e são unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Há, ainda, uma equipa de coordenação local e outra regional de ligação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Cada UF é composta por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que atua em intercooperação com as demais UF do CS e do ACES. Existem ainda as UAG (unidades de apoio à gestão) para apoiar os órgãos de governação do ACES – o diretor executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade do ACES.

CAPÍTULO III – GOVERNAÇÃO CLÍNICA E CONTRATUALIZAÇÃO

No âmbito dos modelos de organização dos cuidados de saúde, a governação clínica de saúde (*clinical governance*) é o processo através do qual “*as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da Qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos*” (35).

Com a reforma dos CSP iniciada em 2005, iniciou-se o processo de governação assente num procedimento de contratualização de serviços formalizado anualmente com uma progressiva implementação de um sistema retributivo ligado ao desempenho.

O processo de contratualização é um elemento estruturante, essencial e transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de CSP no SNS (ARS, ACES, UF) (8). É um instrumento de gestão por objetivos das UF constituindo um compromisso de obtenção de resultados, que reflitam ganhos em saúde, assente nas necessidades da população, Plano Nacional de Saúde (PNS), Plano Regional de Saúde (PRS) e Plano Local de Saúde (PLS). Engloba procedimentos de monitorização, acompanhamento e avaliação. Tem que integrar a identificação e alocação de recursos humanos e materiais.

Até 2017, o foco da contratualização nos CSP era a negociação de indicadores estabelecidos e as suas metas. Porém, em 2017, o processo de contratualização foi objeto de uma reformulação estratégica importante, passando a assentar num novo modelo conceptual que retira o foco da negociação de metas de indicadores, para o percurso evolutivo na prossecução de resultados em saúde, num contexto de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, assim como no desempenho das organizações, considerando as suas diferentes áreas e dimensões. Tornando-se a principal utilidade do indicador a demonstração da evolução, permitindo a monitorização e avaliação contínuas das UF (8,10).

O objetivo final consiste em alcançar uma maior efetividade, com equidade, para as populações, com envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos

processos assistenciais e intervenções em saúde e da participação e responsabilização de todos os profissionais (35).

Assim, a contratualização nos CSP consiste num processo negocial entre diferentes níveis da organização, operacionalizando-se em dois processos interligados, a contratualização interna e a contratualização externa (10).

As primeiras USF começaram a sua atividade em setembro de 2006. O primeiro procedimento de contratualização realizou-se entre as USF e as ARS regionais. O processo de contratualização interna, entre os ACES e as suas UF só foi concretizado no ano de 2011.

1. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

A contratualização interna é o processo negocial entre o ACES e as UF, suportada por um Plano de Ação plurianual, normalmente a 3 anos, com metas anuais e formalizada através de assinatura anual da Carta de Compromisso (8,10).

A monitorização realiza-se através da página *online* BI-CSP¹, onde se pode consultar, ao longo dos vários meses, os resultados dos IDG, IDS (Índice de Desempenho Setorial) e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores. Consequentemente estes resultados (IDG, Índice de Desempenho Setorial de Área – IDS_A, Índice de Desempenho Setorial de Subárea – IDS_S e Índice de Desempenho Setorial de Dimensão – IDS_D) permitem a avaliação das UF (8,10).

¹ <https://bicsp.min-saude.pt/>

1.1. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES DAS USF E UCSP

Anualmente, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) elabora um documento para apoiar e orientar a operacionalização da contratualização das UF durante esse ano. No documento verifica-se que a atividade dos profissionais das USF e UCSP deve orientar-se por uma matriz multidimensional composta por várias Áreas, Subáreas e Dimensões com diferentes ponderações associadas, tal como se pode observar na Tabela 1. A cada dimensão da matriz está associado um conjunto de indicadores que permitem a sua monitorização contínua, o acompanhamento da atividade desenvolvida por cada unidade e a sua avaliação. São os trabalhos da Comissão Técnica Nacional que determinam quais os indicadores monitorizados que tem impacto no cálculo do IDG desse ano (10) (Anexos 1 e 2).

Tabela 1 - Matriz Multidimensional da contratualização das USF e UCSP (9).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação
A – Desempenho Assistencial	50
S – Acesso	20
D – Cobertura ou Utilização	10
D – Personalização	10
D – Atendimento telefónico	10
D – Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40
D – Consulta no próprio dia	10
D – Trajeto do utente na UF	10
D – Distribuição das consultas presenciais no dia	10
S – Gestão da Saúde	20
D – Saúde Infantil e Juvenil	25
D – Saúde da Mulher	25
D – Saúde do Adulto	25
D – Saúde do Idoso	25
S – Gestão da Doença	20
D – Diabetes <i>Mellitus</i>	25
D – Hipertensão Arterial	25
D – Doenças do Aparelho Respiratório	25
D – Multimorbilidade e outros tipos de doenças	25

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação
S – Qualificação da Prescrição	20
D – Prescrição Farmacoterapêutica	50
D – Prescrição MCDT	30
D – Prescrição de cuidados	20
S – Satisfação de utentes	20
D – Satisfação de utentes	100
A – Serviços	10
S – Serviços de Carácter Assistencial	80
D – Serviços de Carácter Assistencial	100
S – Serviços de Carácter não Assistencial	20
D – Atividades de Governação Clínica no ACES	80
D – Outras atividades não assistenciais	20
A – Qualidade Organizacional	20
S – Melhoria Contínua da Qualidade	40
D – Acesso	25
D – Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75
S – Segurança	40
D – Segurança de Utentes	40
D – Segurança de Profissionais	30
D – Gestão do Risco	30
S – Centralidade no Cidadão	20
D – Participação do Cidadão	100
A – Formação Profissional	10
S – Formação Interna	80
D – Formação da Equipa Multiprofissional	50
D – Formação de Internos e Alunos	50
S – Formação Externa	20
D – Serviços de Formação Externa	100
A – Atividade Científica	10
S – Autoria de artigos escritos, comunicações e conferências	50
D – Autoria de artigos escritos, comunicações e conferências	100
S – Trabalhos de Investigação	50
D – Trabalhos de Investigação	100

1.2. ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

A qualidade dos serviços de saúde prestados deve ser quantificada e avaliada e nesse sentido, nos CSP existe um Índice de Desempenho Global (IDG) que permite a monitorização e avaliação das UF no processo de contratualização interna (7).

Esta avaliação de desempenho assenta numa matriz multidimensional que reúne uma visão integrada do desempenho global de cada tipologia de UF (8).

Tal como exposto anteriormente, para cada área da matriz multidimensional estabelecem-se distintas subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados e as variações aceitáveis fundamentados na evidência nacional e/ou internacional disponível (Anexos 3 e 4). Todos os indicadores devem ser claros e ter um bilhete de identidade² onde se compilam as suas especificidades, como o cálculo daquilo que é medido, e disponível na página *online* BI-CSP. Maioritariamente, utilizam-se indicadores do tipo índices/compostos (monitorizações multidimensionais) e de “resultado”. Qualquer indicador para poder ser utilizado no processo de contratualização deve ter um histórico de registos de pelo menos 2 anos (10).

O valor do IDG de uma UF resulta da soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais das Áreas (IDS_A), que por sua vez se obtém pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais das Subáreas (IDS_S), que por sua vez se apura pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais das Dimensões (IDS_D). Para cada dimensão/subárea encontram-se pré-definidos os indicadores que são utilizados na sua operacionalização (Anexos 3 e 4) sendo o “peso” de cada um sempre igual variando na relação inversa ao número de indicadores dessa dimensão. O resultado de cada IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D é um valor compreendido entre 0 e 100 (8–10).

As métricas que permitem operacionalizar a monitorização e avaliação das diferentes dimensões podem ser de 4 tipos (10):

- Valorização dos indicadores – Na área do desempenho assistencial, para cada indicador existe um intervalo de resultados esperado (valorização com 2 pontos) e um intervalo de variação aceitável (valorização contínua entre 0 e 2 pontos)

² <https://sdm.min-saude.pt/BI.aspx>

definidos por consenso, por peritos que integram a Comissão Técnica Nacional e revistos anualmente. Fora destes intervalos a valorização é de 0 pontos (Anexos 3 e 4);

- Grau de implementação de processos de auditoria interna;
- Avaliação do compromisso da equipa na prestação de serviços assistenciais e não assistenciais mediante o planeamento efetuado pelo ACES e de acordo com os recursos humanos disponíveis;
- Critérios explícitos de cumprimento de normas de boas práticas organizacionais ou clínicas.

2. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, é suportada por um Plano de Desempenho (três anos), formalizada através de assinatura do Contrato Programa de cada ACES e tem como referência estratégica o PLS (10).

CAPÍTULO IV – MODELO REMUNERATÓRIO E INCENTIVOS

Como mencionado previamente, a contratualização em CSP consiste num processo de gestão por objetivos. Posto isto, devem existir formas de monitorização, avaliação e incentivos enquanto instrumentos de motivação das equipas de profissionais, através de uma componente variável da remuneração, que varia consoante o grupo profissional. O regime de carreiras, suplementos e incentivos dos profissionais das USF encontra-se disposto no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

No caso dos **médicos**, a remuneração integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (30):

- **Remuneração de base** (UCSP e USF A e B), de acordo com a respetiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva lista, com a dimensão mínima de 1917 UP, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional. A contabilização das UP faz-se aplicando os seguintes fatores:

- * Crianças dos 0 - 6 anos de idade – multiplica-se pelo fator 1,5
- * Adultos 65 - 74 anos de idade – multiplica-se pelo fator 2
- * Adultos com 75 ou mais anos de idade – multiplica-se pelo 2,5

A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e da lista de utentes por médico é atualizada trimestralmente no primeiro ano de atividade na USF e anualmente nos anos seguintes;

- **Suplementos** (USF B)
 - * Aumento de UP (lista de utentes) (máximo 1794€/médico/mês) – ao aumento da lista de utentes por médico estão associadas UP, convertidas em UC. Uma UC corresponde ao aumento de 55 UP da lista de utentes, com um máximo mensal de 20 UC por médico, com um limite de 9 para os incrementos de listas. Cada UC tem um valor de 130€;

- * Cuidados domiciliários (30€ por consulta, máximo de 20 consultas/mês, logo um máximo de 600€/médico/mês);
 - * Alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial (quando contratualizado) – traduz-se também em UC, sendo 180€ por UC para dias úteis e 235€ por UC para sábados, domingos e feriados;
-
- **Compensações pelo desempenho (USF B) (máximo 1040€/médico/mês)**
 - * Atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS), nos termos seguintes:
 - Vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano (1 UP);
 - Vigilância de uma gravidez (8 UP);
 - Vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano (7 UP);
 - Vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano (3 UP);
 - Vigilância de uma pessoa diabética, por ano (4 UP);
 - Vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano (2 UP);

A remuneração de cada médico está de acordo com a média de desempenho de todos os médicos da USF, e não de acordo com o seu desempenho individual.

 - * Carteira adicional de serviços (quando contratualizada);
- **Acréscimos remuneratórios (USF B)**
 - * Orientação de formação do internato da especialidade de Medicina Geral e Familiar correspondente a 220 UP mensais (máximo 520€/ano);
 - * Coordenador da unidade auferir um acréscimo de 7 UC (máximo 910€/ano).

Ficou estipulado um máximo de 20 UC mensais para estas atividades, para os médicos (excluindo as atividades de orientação de internato e coordenação da unidade).

Também no caso dos **enfermeiros**, a sua remuneração mensal integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. Tal como os médicos, a remuneração base corresponde à remuneração da respetiva categoria e escalão, em regime de tempo completo. Porém, no que se refere aos suplementos, são apenas considerados os associados ao incremento das UP da lista de utentes e ao alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado. As compensações pelo desempenho são as associadas à carteira adicional de serviços e à atribuição de incentivos financeiros (máximo de 3600€/ano). No caso deste grupo profissional, uma UC corresponde ao aumento de 55 UP da lista de utentes, com um número máximo mensal de UC por enfermeiro de 9. O valor de cada UC é de 100€. Quando contratualizado, o alargamento do funcionamento e cobertura assistencial, o valor do suplemento de cada UC previsto é de 89€ por unidade para dias úteis e 115€ por unidade para sábados, domingos e feriados (30).

A remuneração mensal devida ao **peçoal administrativo** é igualmente constituída por uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, à semelhança dos enfermeiros (máximo 1150€/ano). Uma UC reflete o aumento de 71 UP da lista de utentes, com um máximo estabelecido de 9 UC por administrativo mensalmente. Cada UC tem o valor de 60€. Quando contratualizado, o alargamento do período de funcionamento e cobertura assistencial, tem o valor do suplemento de cada UC previsto de 50€ por unidade para dias úteis e 65€ por unidade para sábados, domingos e feriados (30).

No que se refere aos **incentivos institucionais**, a equipa multiprofissional, como um todo, tem a possibilidade de receber incentivos de acordo com o seu nível de desempenho no âmbito do processo de contratualização. Estes incentivos destinam-se ao desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, nomeadamente a melhoria do contexto físico da sua atividade, assim como o reforço de competências decorrente da facilitação do acesso a ações de formação (10).

CAPÍTULO V – HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES E RASTREIOS ONCOLÓGICOS

Em Portugal, a mortalidade deve-se sobretudo a doenças não transmissíveis, constituindo as doenças cardiovasculares (Acidente Vascular Cerebral e doença cardíaca isquémica) e o cancro as principais causas de morte. Tem-se verificado que as mortes por doenças cardiovasculares estão a diminuir, contudo a mortalidade por diabetes está acima da média da UE (11).

Em 2018, a mortalidade por causas evitáveis e tratáveis foi ligeiramente inferior à média da UE. No entanto, Portugal ficou aquém de alguns países da UE (como a Espanha, a França e a Itália) no que respeita à mortalidade evitável, o que sugere que é possível fazer mais para salvar vidas mediante a redução dos fatores de risco das principais causas de morte, como o cancro e as doenças cardiovasculares (11).

Em 2019, 41% dos portugueses adultos sofriam de uma doença crónica (11).

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial (HTA) é uma das patologias crónicas mais frequentes e o principal e o mais frequente fator de risco cardiovascular modificável, sendo o seu tratamento e controlo de importância central nas estratégias preventivas. As doenças cardiovasculares abrangem diversas doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a doença isquémica cardíaca e as doenças cerebrovasculares (36).

É predominantemente assintomática, detetada na maioria das vezes por programas de rastreio da população ou por medições oportunas da pressão arterial. Caracteriza-se por uma pressão sanguínea arterial excessiva, quando no consultório, a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mmHg, e/ou a pressão arterial diastólica é maior ou igual a 90 mmHg (37).

De acordo com dados da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, na Europa estima-se que a HTA afete cerca de 35-40% da população, e em Portugal estima-se que a prevalência de HTA na população adulta seja de 42,6%. Dos doentes com HTA, menos de metade estão medicados com fármacos anti-hipertensores e só 11,2% estão controlados.

2. DIABETES

Esta é uma patologia crónica muito frequente e maioritariamente acompanhada nos CSP sendo a sua gestão uma prioridade de saúde pública, afetando mais de 425 milhões de pessoas em todo o mundo, pois é uma das principais causas de doença cardiovascular, cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores.

A sua incidência tem vindo a aumentar e Portugal é um dos países europeus que regista uma das mais elevadas taxas de prevalência. Segundo relatório do Observatório Nacional da Diabetes, em 2018, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,6%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes (38). Esta patologia resulta, muitas vezes, da forma como as pessoas vivem e dos hábitos que têm. Por esta razão, o aconselhamento e a educação são pontos fundamentais para os cuidados primários de pessoas com diabetes (39).

O nível de controlo da diabetes, avaliado pelo nível de hemoglobina A1c (HbA1c) influencia o risco a longo prazo de complicações microvasculares, deterioração da função renal, risco de eventos cardiovasculares e a mortalidade global. Deste modo, a avaliação da eficácia do controlo da HbA1c e a caracterização dos fatores de risco coexistentes na população diabética assumem especial relevância para o planeamento das estratégias preventivas em Portugal, particularmente ao nível dos CSP (40).

Na maioria das pessoas com diabetes, o objetivo principal do controlo metabólico deve ser um valor alvo de HbA1c igual ou inferior a 7% por ter sido demonstrado ocorrer uma redução das complicações microvasculares e uma redução a longo prazo da doença macrovascular (41).

3. RASTREIOS ONCOLÓGICOS

A incidência e a prevalência das doenças oncológicas têm aumentado, no Mundo e em Portugal. Em 2018, a OMS estimou em 18,1 milhões o número de novos casos de cancro em todo o Mundo (42).

As doenças oncológicas representam, em Portugal, a segunda causa de mortalidade e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, ajustados para a morbilidade. A incidência destas doenças tem vindo a aumentar, principalmente como consequência do envelhecimento da população, mas também devido a múltiplos determinantes modificáveis (43), assumindo um peso crescente na nossa sociedade e para o SNS, principalmente para os CSP onde estas atividades de carácter preventivo se realizam (11).

Os rastreios oncológicos de base populacional realizados em Portugal (mama feminina, colo do útero e cólon e reto) são um tipo de prevenção secundária pois permitem a deteção precoce de um problema de saúde em indivíduos assintomáticos, procurando possibilitar um tratamento atempado com vista à cura e reduzir ou prevenir a sua disseminação ou efeitos a longo prazo (44).

O Rastreio do Cancro da Mama consiste na realização de mamografia bilateral com periodicidade bienal, às mulheres com idades entre os 50 e 69 anos (44).

O Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) destina-se a mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos excluindo as sem início de atividade sexual, antecedentes de histerectomia ou neoplasia do colo do útero, incapacidade física e aquelas que manifestam vontade em não o realizar. Oportunisticamente também é realizado às mulheres com mais de 21 anos e início de atividade sexual há mais de 3 anos (44).

O Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR) realiza-se aos utentes assintomáticos entre os 50 e 74 anos de idade, excluindo aqueles com sinais ou sintomas sugestivos de patologia colorretal, antecedentes pessoais de adenoma ou cancro colorretal e antecedentes familiares de 1.º grau/síndromes hereditários de cancro colorretal. Consiste na pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) a cada 2 anos (44).

CAPÍTULO VI – METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Este trabalho resulta de um estudo quantitativo, transversal e observacional dos níveis de desempenho (IDG) das Unidades Funcionais (USF e UCSP) de Portugal Continental e taxas de mortalidade dos respetivos concelhos, à data de 31 de dezembro de 2019.

Atendendo à dificuldade sentida em cruzar dados de morbimortalidade com as bases de dados dos CSP, disponíveis publicamente, e constatando que nas fontes estatísticas de acesso público apenas está disponível a percentagem de óbitos por concelho de residência, excluíram-se do estudo os concelhos que tinham mais de uma UF, para que os resultados fossem justos e refletissem a realidade.

Igualmente, o facto de apenas ser possível obter dados referentes aos óbitos de 2019 e de se pretender eliminar o efeito da pandemia COVID-19 do referido estudo, analisaram-se apenas as USF e UCSP existentes a 31 de dezembro de 2019.

2. COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se pelo pesquisador principal deste estudo, e decorreu de 4 de dezembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022 utilizando o programa *Microsoft Office Excel* 2016 para elaboração de uma base de dados.

Inicialmente realizou-se o levantamento da totalidade de municípios de Portugal Continental distribuídos pelos diferentes distritos (Gabinete de Estratégia e Estudos³). Seguiu-se o levantamento e distribuição das UF prestadoras de cuidados de saúde (USF e UCSP) por ARS, ACES e pela sua área geográfica de influência recorrendo à plataforma BI-CSP⁴ e à página *online* de prestadores de cuidados de saúde⁵.

³ <https://www.gee.gov.pt/pt/documentos/publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos>

⁴ <https://bicsp.min-saude.pt/>

⁵ <https://www.sns.gov.pt/sns/pesquisa-prestadores/>

Após a exclusão dos concelhos com mais de uma UF, fez-se a consulta e colheita dos valores do IDG por UF (página *online* BI-CSP, ano contratual 2019) e do valor dos indicadores referentes ao controlo de patologias como a diabetes e a HTA e à adequada realização de rastreios oncológicos (cancro do colo do útero e colorretal).

Na página *online* PORDATA⁶, realizou-se a colheita da taxa de óbitos por todas as causas e por algumas causas (doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e diabetes) dos municípios incluídos no presente estudo no ano de 2019.

3. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

As variáveis estudadas foram as que se enumeram em seguida:

- Administração Regional de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo – LVT, Alentejo e Algarve);
- Distrito (18 possíveis);
- Concelho (278 possíveis em Portugal Continental);
- Número de ACES por concelho;
- Nome de ACES do concelho;
- Número de UF do concelho;
- Tipologia da UF do concelho (UCSP, USF A e USF B);
- Nome da UF do concelho;
- Anos de atividade da UF;
- IDG da UF do concelho (valor varia entre 0 e 100);
- Taxa bruta de mortalidade do concelho (‰)⁷;
- Proporção (%) de óbitos por diabetes do concelho⁸;
- Proporção (%) de óbitos por doenças do aparelho circulatório do concelho⁹;
- Proporção (%) de óbitos por tumores malignos do concelho¹⁰.

⁶ <https://www.pordata.pt/>

⁷ Número de óbitos observado durante um determinado período, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 (10³) habitantes) - INE

⁸ (Óbitos por diabetes no ano civil / Total de óbitos no ano civil) * 100

⁹ (Óbitos por doenças do aparelho circulatório no ano civil / Total de óbitos no ano civil) * 100

¹⁰ (Óbitos por tumores malignos no ano civil / Total de óbitos no ano civil) * 100

Avaliou-se ainda, o valor dos seguintes indicadores de desempenho assistencial, incluídos no cálculo do IDG da UF do concelho no momento do estudo (valores variam entre 0 e 100) (Anexos 1 e 3):

- Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HbA1c igual ou inferior a 8,0%¹¹ - (ID indicador 39) utilizado para monitorizar o controlo dos doentes diabéticos sendo em 2019 o intervalo de resultados esperado [60; 100] com a variação aceitável [50; 100];
- Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg¹² - (ID indicador 20) utilizado para monitorizar o controlo dos doentes hipertensos sendo em 2019 o intervalo de resultados esperado [67; 100] com a variação aceitável [50; 100];
- Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado¹³ - (ID indicador 46) utilizado para monitorizar a realização deste rastreio sendo em 2019 o intervalo de resultados esperado [52; 100] com a variação aceitável [47; 100];
- Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado¹⁴ - (ID indicador 45) utilizado para monitorizar a realização deste rastreio sendo em 2019 o intervalo de resultados esperado [52; 100] com a variação aceitável [47; 100].

¹¹ Proporção de utentes com diabetes com último resultado de HbA1c igual ou inferior a 8,0%. Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com último resultado de HbA1c igual ou inferior a 8,0%. Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

¹² Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pelo menos uma medição de pressão arterial nos últimos 6 meses e último resultado inferior a 150/90 mmHg. Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg nos últimos 6 meses. Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos.

¹³ Proporção de utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75[anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado. Numerador: Contagem de utentes inscritos com rastreio do cancro do colon e reto efetuado. Denominador: Contagem de utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75[anos.

¹⁴ Proporção entre as mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[anos. Numerador: Contagem de mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado. Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo 25-60 anos.

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram inseridos e tratados estatisticamente nos softwares *Microsoft Office Excel* 2016 e *SPSS Statistics* v. 27 (*Statistical Package for the Social Sciences*). As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas pela média e desvio padrão, $M \pm sd$, se normalmente distribuídas ou pela mediana (Med) e intervalo interquartil [Q_1 ; Q_3], em que Q_1 é o primeiro quartil e Q_3 é o terceiro quartil, se não normalmente distribuídas. A normalidade foi avaliada pela observação dos histogramas e aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para comparar distribuições de duas amostras independentes utilizou-se o teste t para amostras independentes, no caso das distribuições serem normalmente distribuídas, ou o teste de *Mann-Whitney*, no caso de pelo menos uma das distribuições não ser normalmente distribuída. Para comparar distribuições de três ou mais amostras independentes utilizou-se o teste *One-way Anova*, no caso das distribuições serem normalmente distribuídas, ou o teste de *Kruskal-Wallis*, no caso de pelo menos uma das distribuições não ser normalmente distribuída. Quando foram encontradas diferenças, procedeu-se a comparações múltiplas com ajustes de *Bonferroni*.

De forma a averiguar quais as variáveis associadas com determinadas variáveis contínuas, realizaram-se regressões lineares simples e múltiplas. Os resultados das regressões foram apresentados através dos coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%, IC 95%.

A associação entre variáveis contínuas foi analisada através do coeficiente de *Pearson* (r), no caso das distribuições serem normalmente distribuídas, ou através do coeficiente de *Spearman* (Sp), no caso de pelo menos uma das distribuições não ser normalmente distribuída.

Em todas as análises, considerou-se valores de $p \leq 0,05$ como estatisticamente significativos.

CAPÍTULO VII – RESULTADOS

À data de realização do estudo, foi contabilizado um total de 278 concelhos, distribuídos por 18 distritos de Portugal Continental. Quanto à distribuição e organização dos CSP, verificou-se a existência de 53 ACES, que por sua vez estavam distribuídos por 5 ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Do total de concelhos de Portugal Continental excluíram-se 131 por terem mais de uma UF na sua área geográfica de influência, ficando incluídos no estudo 147 concelhos com uma única UF. Portanto, 147 concelhos correspondendo a 147 UF de prestação de cuidados de saúde. Estas 147 UF integravam 123 UCSP, 21 USF modelo A e 3 USF modelo B, tal como se pode analisar no Gráfico 1.

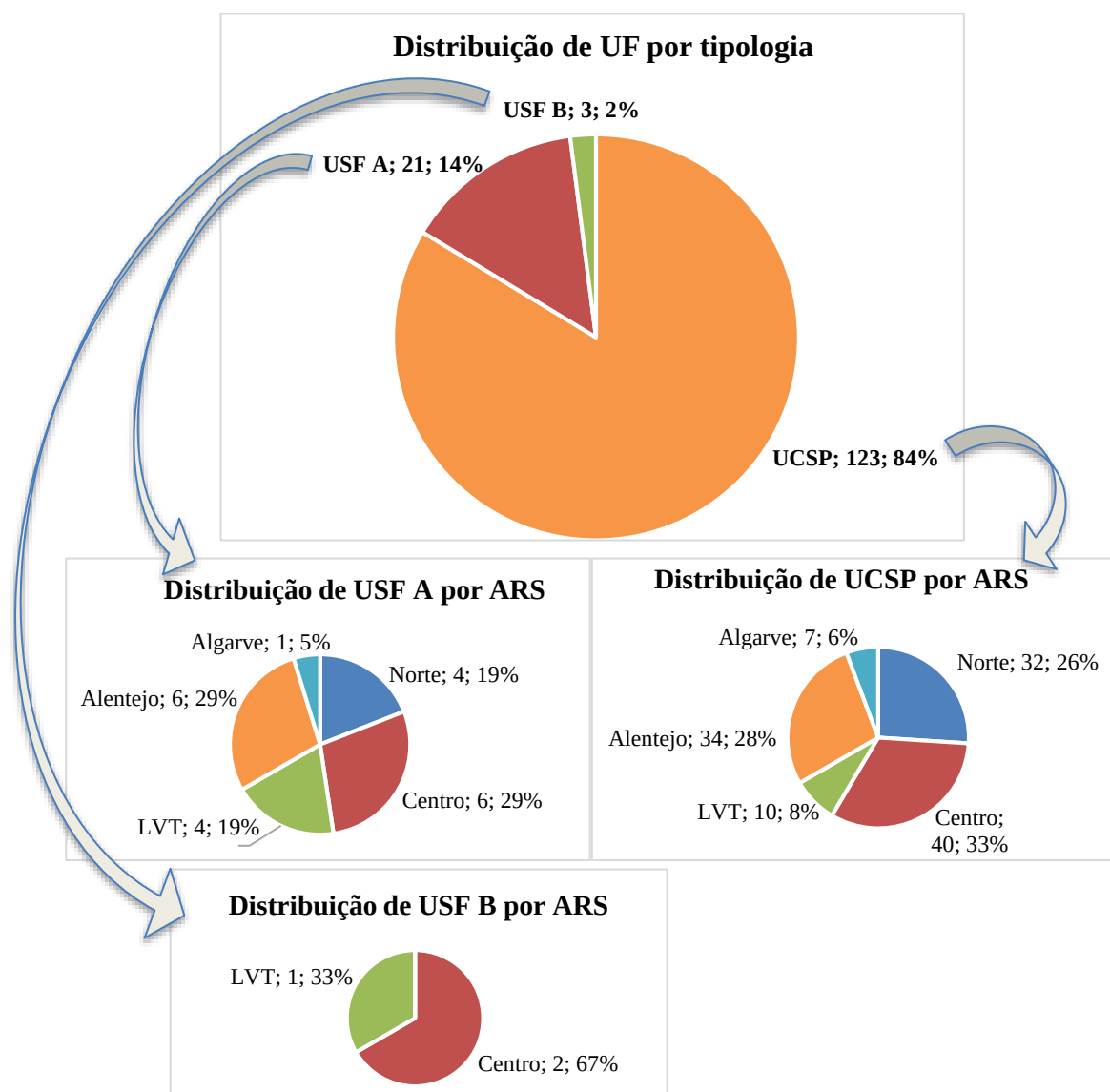


Gráfico 1 – Distribuição de UF por tipologia e ARS (Fonte: Elaboração própria).

Como verificado nos gráficos apresentados acima, a grande maioria das UF estudadas corresponde a UCSP (n=123; 84%) principalmente sediadas nas ARS Centro (n=40; 33%), Alentejo (n=34; 28%) e Norte (n=32; 26%). A estas seguem-se as USF modelo A (n=21; 14%) distribuídas por todas as ARS e por fim, as USF modelo B (n=3; 2%). Observou-se que a ARS Centro era a que apresentava um maior número de concelhos com uma única UF (n=48; 32,7%) em oposição à ARS do Algarve com apenas 8 UF (5,4%). Apesar do exposto, a ARS Alentejo era a que tinha uma maior proporção de concelhos com uma única UF (85,1%), como se pode constatar na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição do número de concelhos total e com apenas uma UF por ARS.

ARS	Nº de concelhos total	Nº de concelhos com 1 UF
Norte	85	36 (42,4%)
Centro	78	48 (61,5%)
LVT	52	15 (28,8%)
Alentejo	47	40 (85,1%)
Algarve	16	8 (50,0%)

Fonte: INE 2019.

As UF estudadas não apresentavam todas o mesmo tempo de atividade. As mais recentes tinham apenas 2 anos de atividade em contrapartida, as com maior maturidade tinham 15 anos de exercício de funções, sendo a mediana de anos de atividade das UF 15 [9; 15] anos.

A avaliação do desempenho das UF faz-se recorrendo a um conjunto de indicadores de processo e de resultado orientados para ganhos em saúde, tendo como referência o Índice de Desempenho Global (IDG) que se pretende alcançar e melhorar continuamente. No momento do estudo, a mediana dos IDG das 147 UF era de 61,6 [44,9; 72,3] correspondendo o valor máximo a uma USF modelo B (97,1) e o mínimo a uma UCSP (21,3), ambas pertencentes à ARS LVT. Igualmente foram recolhidos determinados indicadores de monitorização do controlo de patologias crónicas muito prevalentes nos CSP como a diabetes e a hipertensão arterial e indicadores de rastreio de tumores malignos muito frequentes estes também na população portuguesa. Os indicadores referidos encontram-se caracterizados na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das variáveis de avaliação do desempenho das UF.

Variáveis de avaliação do desempenho das UF		n=147
	Med [Q ₁ ; Q ₃]	(mínimo; máximo)
IDG	61,6 [44,9;72,3]	(21,3; 97,1)
Indicadores de controlo de patologias crónicas		
Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HbA1c igual ou inferior a 8,0%	58,9 [50,1;66,7]	(23,8; 81,6)
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	43,8 [36,0;52,7]	(11,2; 82,5)
Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	44,6 [34,6;59,0]	(10,6; 75,4)
Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado	41,8 [31,3;51,5]	(9,4; 93,7)

Fonte: Plataforma Bi-CSP (fevereiro/2022).

Verificou-se que tanto os valores máximos como os mínimos dos indicadores de desempenho acima referidos correspondiam à mesma tipologia de UF, eram UCSP, com a exceção da UF com melhor controlo dos níveis de HbA1c nos doentes diabéticos que era uma USF modelo B da ARS Centro.

Paralelamente, efetuou-se uma colheita de dados sobre a mortalidade por todas as causas e por algumas causas específicas no ano de estudo, 2019, mediante acesso à página *online* PORDATA¹⁵ a 28 de fevereiro de 2022. A caracterização destes indicadores de mortalidade recolhidos relativos aos concelhos com uma única UF expõem-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização dos indicadores de mortalidade dos concelhos com uma única UF.

Indicadores de mortalidade		
	Med [Q ₁ ; Q ₃]	(mínimo; máximo)
Taxa bruta de mortalidade do concelho (%)	15,9 [13,9; 18,3]	(7; 37,7)
Proporção de óbitos por causas específicas, do concelho (%):		
Diabetes	3,4 [1,8; 4,7]	(0; 14)
Doenças do aparelho circulatório	30,7 [27,3; 34,4]	(15,7; 48)
Tumores malignos	21,2 [19; 24,8]	(9,8; 33,9)

Fonte: PORDATA (acedido em fevereiro/2022).

¹⁵ www.pordata.pt

A mediana da taxa bruta de mortalidade dos concelhos que verificam uma única UF foi de 15,9 mortes por mil habitantes, valor acima do registado em Portugal Continental durante o mesmo período (10,9‰, INE). A maior taxa bruta de mortalidade registou-se no concelho de Alcoutim (37,7‰) em Faro (ARS Algarve) e a menor no concelho de Alcochete (7‰) em Setúbal (ARS LVT).

Das causas específicas de óbitos que se incluíram no presente estudo, verificou-se que a diabetes é a que menos frequentemente causa a morte com uma mediana de 3,4 por 100 mortes, existindo 17 concelhos em que a proporção de óbitos por esta causa é 0%. Por outro lado, as doenças do aparelho circulatório são causa de grande mortalidade registando-se uma mediana de 30,7 óbitos por cada 100. Salienta-se o concelho de Ourique em Beja com uma proporção de óbitos por este tipo de doenças de 48%, representando quase a metade do total de óbitos do concelho. Num plano intermédio encontram-se os tumores malignos como causa de mortalidade em que a mediana da proporção de óbitos é de 21,2%, observando-se no concelho de Sernancelhe em Viseu a maior proporção de óbitos por esta causa (33,9%) e a menor em Figueira de Castelo Rodrigo na Guarda (9,8%).

Na comparação dos valores do IDG das UF dos concelhos estudados segundo a tipologia da UF em causa constatou-se que o facto de apenas existirem 3 USF modelo B impossibilitava a aplicação de testes estatísticos. Por esse motivo, decidiu-se fazer a comparação entre os valores das UCSP (n=123) e USF modelo A (n=21), já que apresentam uma maturidade organizacional e remuneração dos seus profissionais mais aproximadas. Como se pode analisar na Tabela 5 existem diferenças estatisticamente significativas no valor do IDG ($p = 0,009$) e nos anos de atividade ($p < 0,001$) por tipologia de UF (UCSP vs. USF A).

Tabela 5 – Comparação do IDG e Anos de atividade por tipologia de UF.

Variáveis	UCSP n = 123	USF A n = 21	p-value
IDG, Med [Q ₁ ; Q ₃]	n = 123 58,3 [43,3; 69,5]	n = 21 72 [54,3; 84,5]	0,009 ^{a, *}
Anos de atividade, Med [Q ₁ ; Q ₃]	n = 121 15 [15; 15]	n = 21 5 [2; 9,5]	<0,001 ^{a, *}

^a teste de *Mann-Whitney*

* estatisticamente significativo a 5%

Tabela 6 – Relação existente entre tipologia de UF, Anos de Atividade e IDG.

	Regressão Linear Simples ^a		Regressão Linear Múltipla ^b	
	β [95% IC]	<i>p-value</i>	β [95% IC]	<i>p-value</i>
Tipologia				
UCSP	Referência		Referência	
USF A	11,1 [3,5; 18,7]	0,004*	14,6 [5,0; 24,2]	0,003*
Anos de atividade	-0,3 [-0,9; 0,3]	0,364	0,4 [-0,4; 1,2]	0,274

^a Regressão Linear Simples (*Outcome*: IDG)
^b Regressão Linear Múltipla (*Outcome*: IDG)
* estatisticamente significativo a 5%

Como se pode concluir com a análise estatística apresentada na Tabela 6, a tipologia de UF está associada ($p = 0,003$) com a variável IDG, mesmo quando ajustada para os anos de atividade. Quando se consideram UF com os mesmos anos de atividade, ser USF modelo A aumenta, em média, a variável IDG em 14,6 unidades, comparativamente com as UCSP. Portanto, as USF modelo A estão associadas a uma melhor avaliação de desempenho global relativamente às UCSP. Mais ainda, repetindo a mesma análise, mas associando as USF modelo A e B ($n=24$) e comparando-as com as UCSP verifica-se que ser USF modelos A/B aumenta, em média, a variável IDG em 18,7 unidades, comparativamente com as UCSP.

Continuando a avaliar as variações dos valores do IDG, constatou-se que existem diferenças significativas ($p < 0,001$) no valor de IDG das UF por ARS (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve), como é possível apurar mediante observação da Tabela 7.

Tabela 7 – Variação do valor de IDG por ARS.

Variáveis	Norte n = 36	Centro n = 48	LVT n = 15	Alentejo n = 40	Algarve n = 8	<i>p-value</i>
IDG, Med[Q ₁ ;Q ₃]	72,4 [63,3; 79,2]	53,2 [38,7; 64,3]	51,8 [36; 69,5]	61,8 [51,1; 71,9]	49,9 [30,9; 66,2]	<0,001 ^{a, b, *}

^a teste *Kruskal-Wallis*

^b Ajustes de *Bonferroni* para detetar entre que pares de ARS existem as diferenças:

Centro-Norte: $p < 0,001^*$

LVT-Norte: $p = 0,030^*$

* estatisticamente significativo a 5%

O valor de IDG que apresenta diferenças significativas por ARS engloba todo o tipo de UF (UCSP e USF modelos A/B). Mediante testes de comparações múltiplas, foi possível identificar entre que pares de ARS existem as diferenças. Como tal, concluiu-

se que as diferenças estatisticamente significativas no valor de IDG eram entre as ARS Centro e Norte ($p < 0,001$) e entre as ARS LVT e Norte ($p = 0,030$).

O Gráfico 2 permite uma melhor visualização da distribuição dos valores de IDG das UCSP e USF A/B pelas cinco ARS.

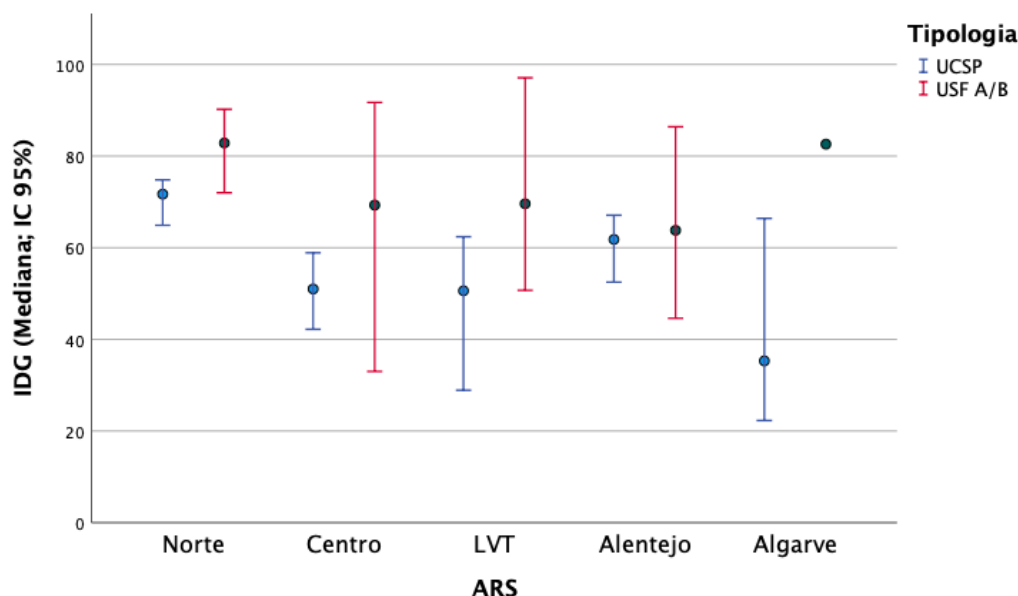


Gráfico 2 – Barras de erros simples de IDG por ARS (UCSP vs. USF A/B).

Não há evidência de que, nas USF modelos A/B em estudo, o valor de IDG das várias ARS seja distribuído de forma diferente ($p = 0,622$; *Kruskal-Wallis*). Pode ver-se que, nas UCSP, o IDG na ARS Norte é, de maneira geral, superior ao registado nas restantes ARS. Após efetuar comparações múltiplas com ajustes de *Bonferroni*, constata-se que o IDG das UCSP da ARS Norte é superior ao das UCSP das ARS Centro ($p < 0,001$), Algarve ($p = 0,020$) e LVT ($p = 0,002$).

Estudando as variáveis IDG, tipologia de UF e ARS a que pertence, conforme se expõem na tabela seguinte (Tabela 8), averigua-se que a tipologia de UF está associada com a variável IDG, mesmo quando ajustada para a ARS. Considerando UF pertencentes à mesma ARS, ser USF modelo A/B aumenta, em média, a variável IDG em 16,1 unidades, comparativamente com as UCSP. Ou seja, independentemente da ARS em causa, as USF A/B têm um valor de IDG, em média, 16,1 unidades superior ao verificado nas UCSP.

Tabela 8 – Relação existente entre tipologia de UF, valor de IDG e ARS.

	Regressão Linear Simples ^a		Regressão Linear Múltipla ^b	
	β [95% IC]	<i>p-value</i>	β [95% IC]	<i>p-value</i>
Tipologia				
UCSP	<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
USF A/B	14,3 [7,0; 21,5]	<0,001*	16,1 [9,3; 22,9]	<0,001*
ARS				
Norte	<i>Referência</i>		<i>Referência</i>	
Centro	-15,1 [-22,2; -8,0]	<0,001*	-16,0 [-22,6; -9,4]	<0,001*
LVT	-14,0 [-23,9; -4,1]	0,006*	-17,5 [-26,9; -8,2]	<0,001*
Alentejo	-8,9 [-16,3; -1,5]	0,019*	-9,5 [-16,4; -2,6]	0,007*
Algarve	-18,7 [-31,2; -6,1]	0,004*	-18,9 [-30,6; -7,1]	0,002*

^a Regressão Linear Simples (*Outcome*: IDG)^b Regressão Linear Múltipla (*Outcome*: IDG)

* estatisticamente significativo a 5%

Um dos principais propósitos do estudo era avaliar de que forma variava a taxa bruta de mortalidade (‰) – TBM, ou seja, o número de mortes por cada mil habitantes de cada um dos diferentes concelhos incluídos, conforme a ARS a que pertenciam, a tipologia de UF em causa e o valor de IDG dessa mesma UF.

Nesse sentido, começando por averiguar a relação com as diferentes ARS como exposto na Tabela 9, percebe-se que existem diferenças significativas ($p = 0,018$) na taxa bruta de mortalidade (TBM) por ARS, no entanto quando se pretende apurar entre que ARS existem as diferenças, mediante os testes de comparações múltiplas (ajustes de *Bonferroni*), não foram detetadas diferenças.

Tabela 9 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰) por ARS.

Variáveis	Norte n = 36	Centro n = 48	LVT n = 15	Alentejo n = 40	Algarve n = 8	<i>p-value</i>
TBM, Med [Q ₁ ; Q ₃]	15,3 [13,6; 17,2]	16,7 [13,9; 20,1]	14,2 [11,7; 16,3]	16,9 [15,0; 18,8]	14,8 [10,4; 19,6]	0,018 ^{a, b, *}

^a teste *Kruskal-Wallis*^b Ajustes de *Bonferroni* para detetar entre que pares de ARS existem as diferenças

* estatisticamente significativo a 5%

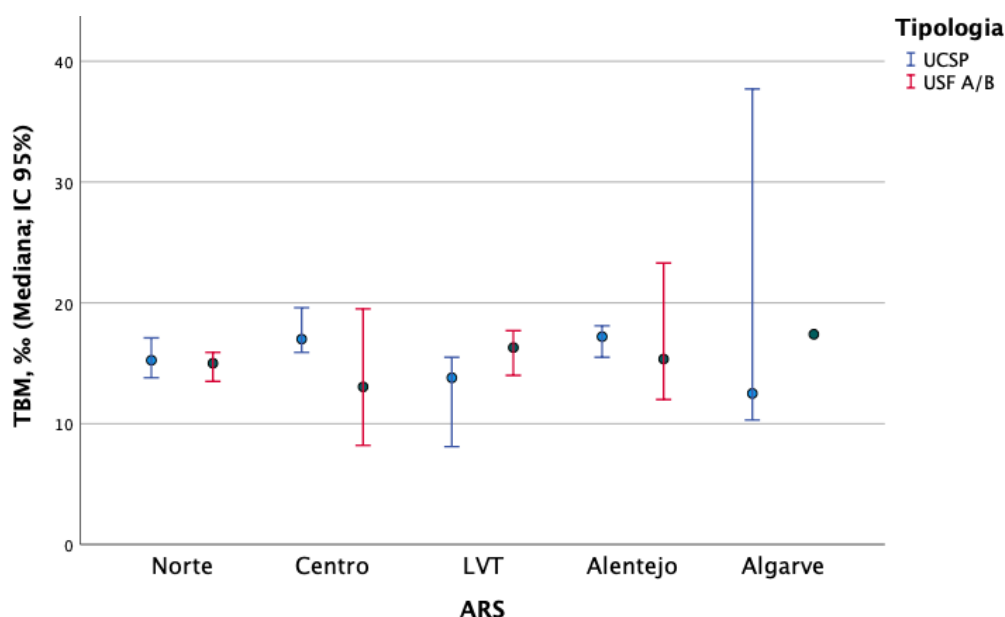


Gráfico 3 – Barras de erros simples de Taxa Bruta de Mortalidade por ARS (UCSP vs. USF A/B).

No Gráfico 3 pode observar-se a variação da taxa bruta de mortalidade (morte por todas as causas) das UCSP e USF modelos A/B distribuídas pelas cinco ARS de Portugal Continental.

Não há evidência de que, nas USF modelos A/B em estudo, o valor da TBM das várias ARS seja distribuído de forma diferente ($p = 0,569$; *Kruskal-Wallis*). Pode ver-se que nas UCSP, a TBM na ARS LVT é, de maneira geral, inferior ao registado nas restantes ARS. Após efetuar comparações múltiplas com ajustes de *Bonferroni*, constata-se que a TBM das UCSP da ARS LVT é inferior à das UCSP das ARS Alentejo ($p = 0,014$) e Centro ($p = 0,008$).

Tabela 10 – Relação existente entre Taxa bruta de mortalidade, tipologia de UF e ARS.

	Regressão Linear Simples ^a		Regressão Linear Múltipla ^b	
	β [95% IC]	<i>p-value</i>	β [95% IC]	<i>p-value</i>
Tipologia				
UCSP	Referência		Referência	
USF A/B	-2,0 [-4,1; 0,1]	0,066	-1,8 [-3,9; 0,4]	0,101
ARS				
Norte	Referência		Referência	
Centro	2,1 [-0,0; 4,2]	0,050*	2,2 [0,1; 4,2]	0,039*
LVT	-1,7 [-4,6; 1,2]	0,246	-1,3 [-4,2; 1,6]	0,375
Alentejo	2,4 [0,2; 4,5]	0,034*	2,4 [0,3; 4,6]	0,028*
Algarve	1,4 [-2,3; 5,1]	0,460	1,4 [-2,3; 5,1]	0,449

^a Regressão Linear Simples (*Outcome*: Taxa bruta de mortalidade)

^b Regressão Linear Múltipla (*Outcome*: Taxa bruta de mortalidade)

* estatisticamente significativo a 5%

Como apresentado na Tabela 10, a ARS está associada com a variável taxa bruta de mortalidade, mesmo quando ajustada para a tipologia de UF. Considerando uma UF da mesma tipologia, ser da ARS Centro aumenta, em média, a variável taxa bruta de mortalidade em 2,2 unidades, comparativamente com a ARS Norte. O que na prática significa que na ARS Centro, em cada mil habitantes, morrem mais 2 pessoas relativamente à ARS Norte. Da mesma forma que, examinando uma UF da mesma tipologia, ser da ARS Alentejo aumenta, em média, a variável taxa bruta de mortalidade em 2,4 unidades, comparativamente com a ARS Norte. Ou seja, mais 2,4 mortes em cada mil habitantes na ARS Alentejo do que na ARS Norte.

Seguindo com a avaliação das variações da taxa bruta de mortalidade conforme a tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,105$) na taxa bruta de mortalidade por tipologia de UF (Tabela 11).

Tabela 11 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰) por tipologia de UF.

Variáveis	UCSP n = 123	USF A/B n = 24	p-value
TBM , Med[Q ₁ ; Q ₃]	16,1 [14,0; 18,9]	15,6 [13,4; 17,3]	0,105 ^a
^a teste de <i>Mann-Whitney</i>			

Por outro lado, observa-se na Tabela 12 que a tipologia de UF está associada com a variável taxa bruta de mortalidade, quando ajustada para os anos de atividade. Quando se estudam UF com os mesmos anos de atividade, ser USF modelo A/B diminui, em média, a variável taxa bruta de mortalidade em 2,7 unidades ($p = 0,046$), comparativamente com as UCSP. Isto é, quando comparamos UF com igual tempo de atividade, o modelo USF, associado a maior maturidade organizacional, regista aproximadamente menos 2,7 mortes em cada mil habitantes do concelho, relativamente ao modelo UCSP.

Tabela 12 – Relação existente entre Taxa bruta de mortalidade e tipologia de UF.

Tipologia	Regressão Linear Simples ^a		Regressão Linear Múltipla ^b	
	β [95% IC]	p-value	β [95% IC]	p-value
UCSP	Referência			
USF A/B	-2,0 [-4,1; 0,1]	0,066	-2,7 [-5,4; -0,0]	0,046*
Anos de atividade	0,0 [-0,1; 0,2]	0,648	-0,1 [-0,3; 0,1]	0,418

^a Regressão Linear Simples (*Outcome*: Taxa bruta de mortalidade)

^b Regressão Linear Múltipla (*Outcome*: Taxa bruta de mortalidade)

* estatisticamente significativo a 5%

Com o intuito de pesquisar a existência de relação entre a taxa bruta de mortalidade e o valor de IDG da UF de cada concelho, procedeu-se à determinação do coeficiente de *Spearman* entre estas duas variáveis: $Sp = -0,060$ ($p = 0,474$), pelo que se conclui que não existe associação linear entre estas duas variáveis. A não associação entre estas variáveis (taxa bruta de mortalidade e IDG) também é visível no diagrama de dispersão apresentado no Gráfico 4.

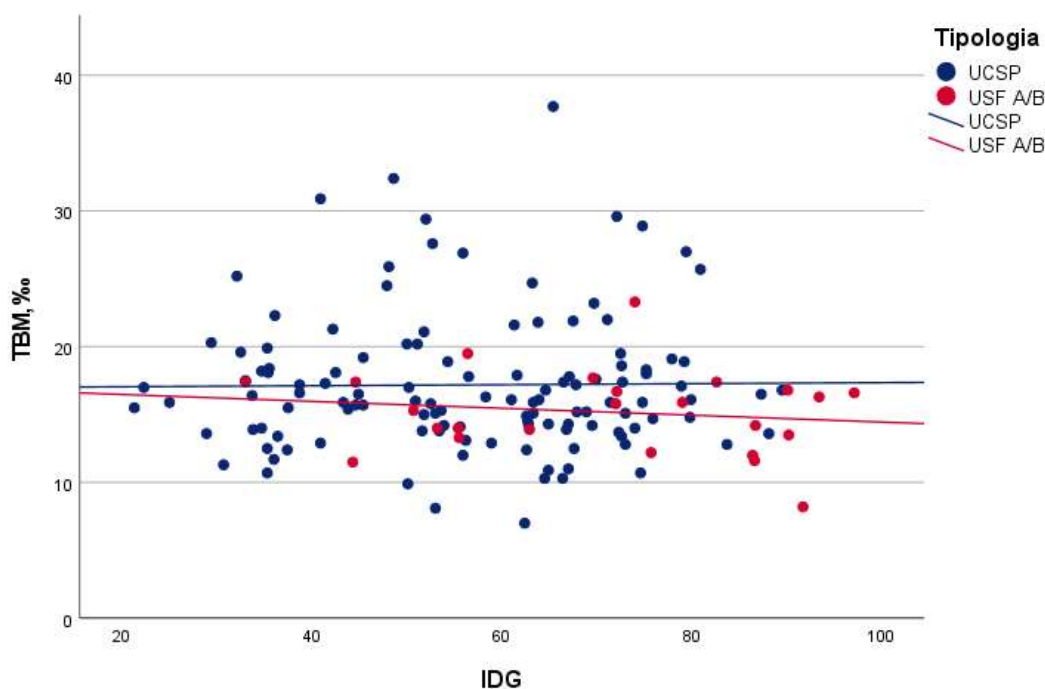


Gráfico 4 – Diagrama de dispersão da taxa bruta de mortalidade (%) pelo IDG.

Apesar de não ter sido encontrada associação entre estas variáveis, no Gráfico 4 é possível ver que existem diferenças na taxa bruta de mortalidade conforme se trate de uma UCSP ou de uma USF quando o valor de IDG aumenta. Nos concelhos em que a UF é uma USF é possível observar uma tendência de que a taxa bruta de mortalidade se reduz com o aumento do valor do IDG ($\beta = -0,025$), algo que não é tão visível quando se trata de uma UCSP ($\beta = 0,004$). Porém, estatisticamente não é possível estabelecer esta relação, uma vez que a interação entre as variáveis IDG e tipologia não é significativa ($p = 0,639$).

Depois de averiguar as variações na taxa de mortalidade por todas as causas, replicou-se o estudo para as proporções de óbitos por determinadas causas específicas de morte,

frequentes na população portuguesa e da prática diária dos médicos de família (diabetes, doenças do aparelho circulatório e tumores malignos).

Primeiramente, a análise recaiu sobre a mortalidade por diabetes. Avaliou-se a proporção (%) de óbitos por diabetes do concelho e a proporção de utentes com diabetes, com o último registo de hemoglobina glicada (HbA1c) igual ou inferior a 8,0% (indicador de controlo de diabetes avaliado nos CSP e incluído no valor de IDG).

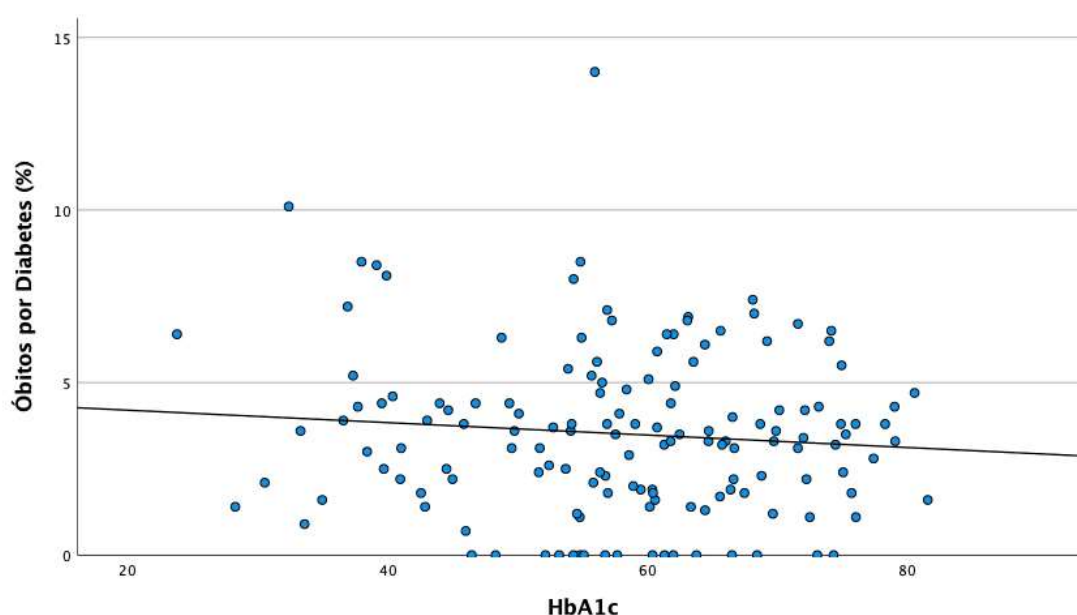


Gráfico 5 – Diagrama de dispersão dos óbitos por diabetes (%) pelo indicador de controlo de diabetes nos CSP (HbA1c).

Após análise destas variáveis e pelo diagrama de dispersão (Gráfico 5), verificou-se que o coeficiente de *Spearman* entre estas variáveis é $Sp = -0,049$ ($p = 0,556$), pelo que não existe associação linear entre a proporção de óbitos por diabetes e o indicador de controlo da patologia da diabetes avaliado nos CSP (HbA1c).

Contrariamente ao esperado, quando se obtém o diagrama de dispersão destas variáveis separadamente por tipologia de UF (Gráfico 6), constata-se que nas USF com um melhor indicador de controlo da diabetes, a proporção de óbitos por essa patologia é superior ($\beta = 0,062$) em oposição ao que acontece nas UCSP ($\beta = -0,035$). Porém,

estatisticamente também não é possível estabelecer esta relação, uma vez que a interação entre as variáveis HbA1c e tipologia não é significativa ($p = 0,092$).

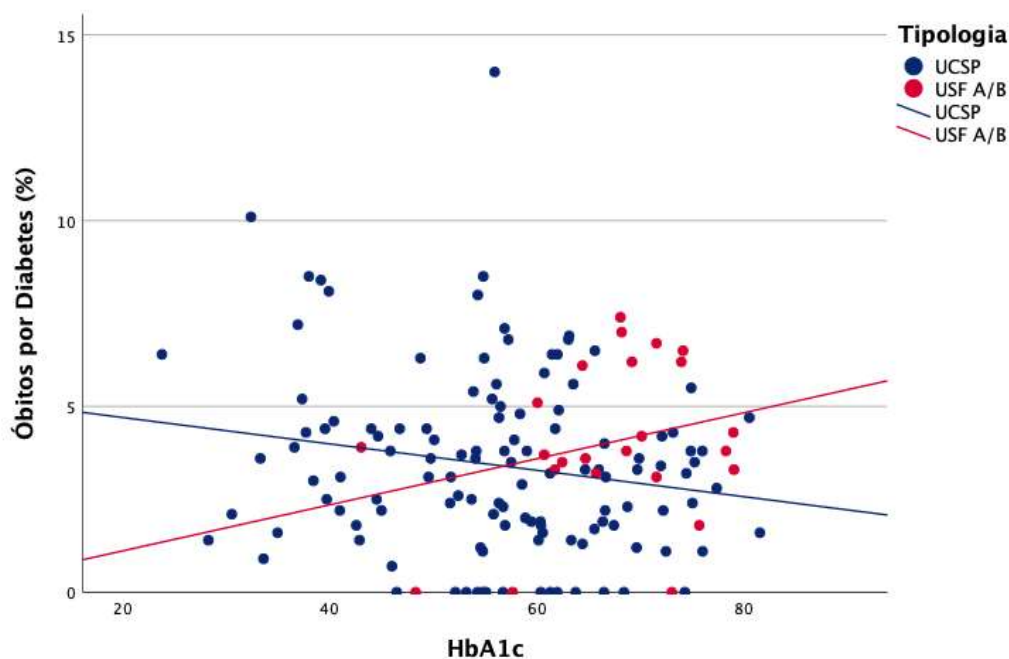


Gráfico 6 – Diagrama de dispersão dos óbitos por diabetes (%) pelo indicador de controlo de diabetes nos CSP (HbA1c) e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).

Seguiu-se a observação da mortalidade por doenças do aparelho circulatório. A hipertensão arterial é uma das patologias crónicas e fator de risco mais prevalentes do aparelho circulatório. O controlo desta patologia crónica cabe principalmente aos profissionais dos CSP pelo que se mediu o indicador de controlo desta patologia (proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg) e se comparou com a proporção (%) de óbitos por doenças do aparelho circulatório do concelho da referida UF em estudo. Como é possível verificar no Gráfico 7, não existe uma associação linear entre estas duas variáveis (óbitos por doenças do aparelho circulatório e indicador de controlo de HTA nos CSP), pois $S_p = 0,075$ ($p = 0,364$).

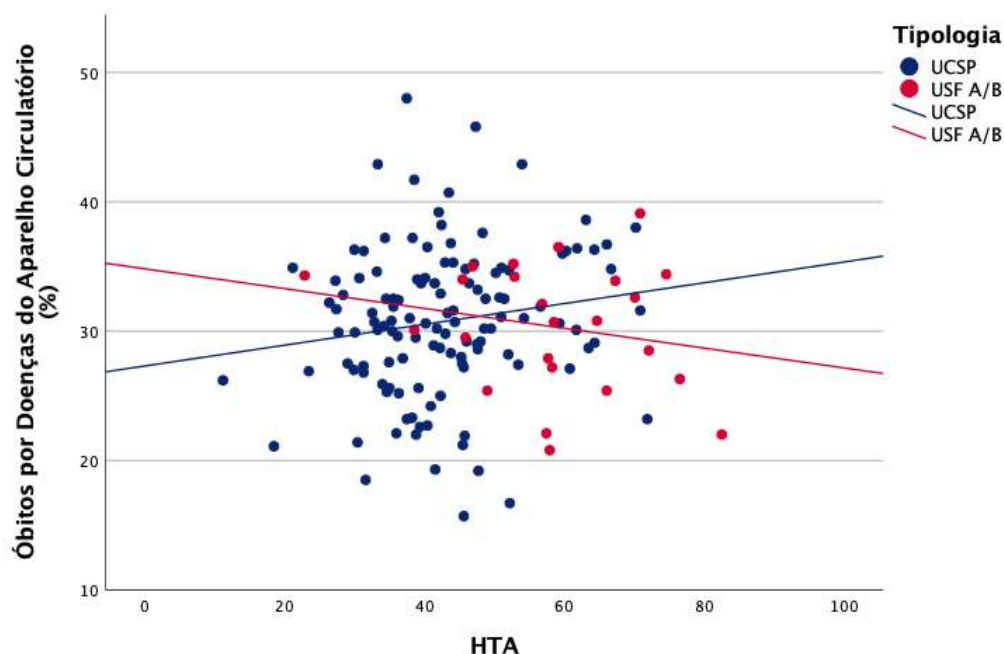


Gráfico 7 – Diagrama de dispersão dos óbitos por doenças do aparelho circulatório (%) pelo indicador de controlo de HTA nos CSP e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).

Não obstante a ausência de associação estatisticamente significativa na interação entre as variáveis HTA e tipologia ($p = 0,112$), o Gráfico 7 evidencia uma redução ($\beta = -0,077$) da mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos concelhos em que a UF é uma USF modelo A/B com um nível de controlo superior dos valores da tensão arterial nos doentes hipertensos. Nos concelhos que possuem UCSP constata-se uma tendência contrária ($\beta = 0,080$), maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório quando existem hipertensos mais bem controlados.

Por último, as doenças oncológicas são atualmente causa significativa de morbilidade e mortalidade, com um peso crescente na nossa sociedade e para o SNS. Por este motivo, considerou-se pertinente uma reflexão acerca da proporção (%) de óbitos por tumores malignos do concelho e a proporção de utentes com os rastreios de doenças oncológicas de base populacional da DGS atualizados, ou seja, o rastreio do cancro do colon e reto (homens e mulheres dos 50 aos 74 anos) e o rastreio do cancro do colo do útero (mulheres dos 25 aos 59 anos), ambos da competência dos profissionais dos CSP.

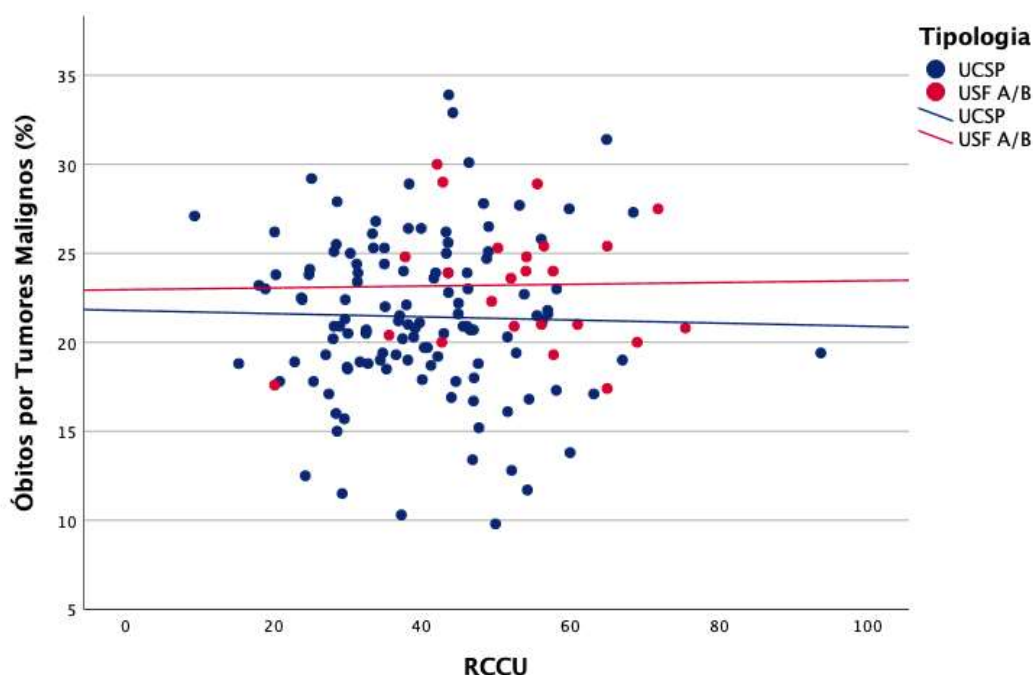


Gráfico 8 – Diagrama de dispersão dos óbitos por tumores malignos (%) pelo indicador de realização do RCCU nos CSP e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).

Como evidencia o Gráfico 8, recorrendo à análise estatística, o coeficiente de correlação de *Pearson* entre as variáveis, óbitos por tumores malignos e indicador de realização de RCCU nos CSP, é $r = 0,036$ ($p = 0,661$), pelo que não existe entre elas uma associação linear. Observa-se que nas UCSP à medida que existe um aumento na taxa de realização de RCCU, o número de óbitos por tumores malignos tende a diminuir ($\beta = -0,009$). Nas USF A/B, à medida que existe um aumento na taxa de realização de RCCU, o número de óbitos por tumores malignos tende a aumentar ($\beta = 0,005$), não sendo a interação entre as variáveis RCCU e tipologia estatisticamente significativa ($p = 0,861$).

O coeficiente de correlação de *Pearson* entre as variáveis, óbitos por tumores malignos e indicador de realização de RCCR nos CSP, é $r = 0,151$ ($p = 0,068$), pelo que não existe entre elas uma associação linear. No entanto, por observação do Gráfico 9, nas UCSP à medida que existe um aumento na taxa de realização de RCCR, o número de óbitos por tumores malignos tende a aumentar ($\beta = 0,039$). Nas USF A/B, à medida que existe um aumento na taxa de realização de RCCR, o número de óbitos por tumores

malignos tende a diminuir ($\beta = -0,016$), não sendo a interação entre as variáveis RCCR e tipologia estatisticamente significativa ($p = 0,458$).

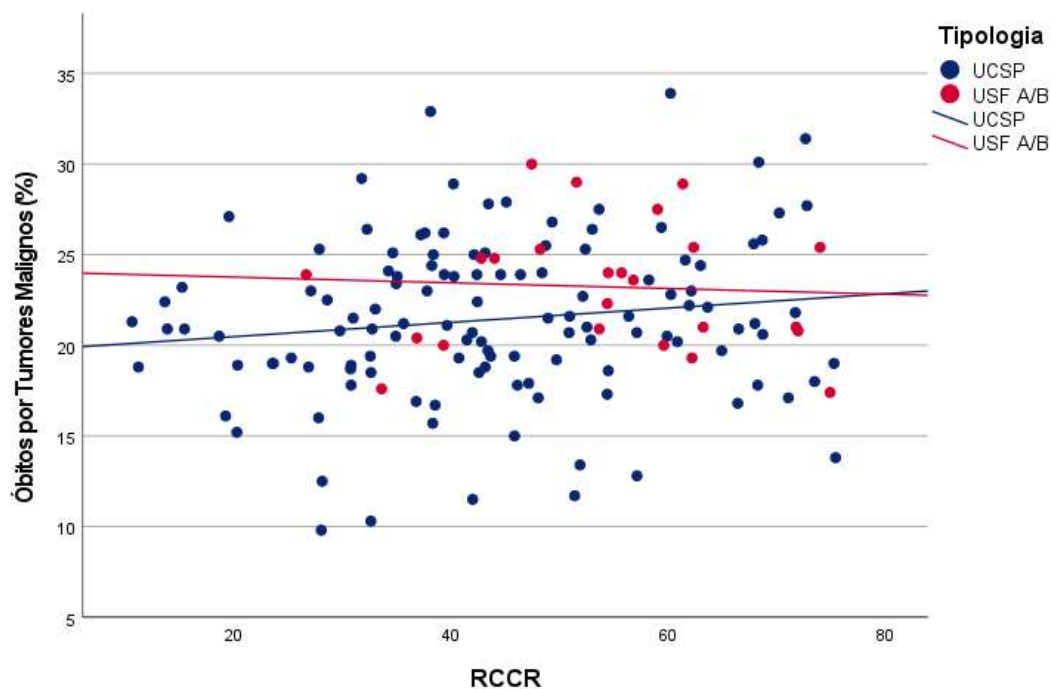


Gráfico 9 - Diagrama de dispersão dos óbitos por tumores malignos (%) pelo indicador de realização do RCCR nos CSP e por tipologia de UF (UCSP vs. USF A/B).

CAPÍTULO VIII – DISCUSSÃO

O estudo observacional realizado e apresentado neste trabalho pretendia perceber se o atual modelo gestor das UF de prestação de cuidados de saúde (UCSP e USF modelos A/B), baseado na avaliação do desempenho mediante um conjunto de indicadores, teria uma repercussão positiva na saúde das populações.

Este estudo englobou um total de 147 UF de prestação de cuidados de saúde de um total de 910 que existiam em Portugal Continental à data de dezembro de 2019 distribuídas pelos 278 concelhos. Considerando a possibilidade de que cada UF tem em média 5 mil utentes, pode-se assumir que se incluíram para análise cerca de 735 mil cidadãos de Portugal Continental.

As UF incluídas no estudo foram maioritariamente UCSP (n=123; 84%) e apenas 24 USF das quais apenas 3 eram modelo B. A ARS Centro foi a que apresentou um maior número de concelhos com uma única UF (n=48; 32,7%) em oposição à ARS do Algarve com apenas 8 UF (5,4%). Porém, verificou-se que entre as cinco ARS, a ARS Alentejo era a que tinha uma maior proporção de concelhos com uma única UF (85,1%).

No que diz respeito aos resultados sobre a avaliação de desempenho assistencial destas UF, a mediana do IDG foi 61,6 [44,9; 72,3] observando-se o valor máximo numa USF modelo B (97,1) e o mínimo numa UCSP (21,3). Conclui-se que o **valor de IDG** das UF e os seus anos de atividade são **diferentes segundo a tipologia da UF** (UCSP e USF A). De igual modo, o desempenho das UF (IDG) **também difere entre as várias ARS** de Portugal Continental, mais precisamente entre as ARS Centro e Norte e entre as ARS LVT e Norte.

Verifica-se que a tipologia de UF está associada com a avaliação do seu desempenho (IDG), mesmo quando ajustada para os seus anos de atividade e para a ARS a que pertence. Quando se consideram UF com os mesmos anos de atividade, ser USF modelo A aumenta, em média, o valor do IDG em 14,6 unidades, comparativamente com as UCSP. Igualmente, quando as UF pertencem à mesma ARS, ser USF modelo A/B aumenta, em média, o valor do IDG em 16,1 unidades, comparativamente com as UCSP. Ou seja, **independentemente dos anos de atividade e da ARS em causa, as USF têm uma melhor avaliação de desempenho global relativamente às UCSP.**

Um dos pontos importantes do estudo foi um olhar sobre a mortalidade nestes concelhos que tinham uma única UF. A mediana da taxa bruta de mortalidade foi de 15,9 mortes por mil habitantes, acima do valor registado em Portugal Continental para igual período (10,9‰, INE).

Constatou-se que existem diferenças significativas na taxa bruta de mortalidade por ARS, apesar de não ter sido possível apurar entre que ARS existem as diferenças. Além disso, observou-se uma relação entre a ARS e a taxa bruta de mortalidade. Para uma UF da mesma tipologia, ser das ARS Centro e Alentejo aumenta, em média, a taxa bruta de mortalidade em 2,2 e 2,4 unidades respetivamente, em comparação com a ARS Norte. Na prática significa que **nas ARS Centro e Alentejo, em cada mil habitantes, ocorrem, pelo menos, mais duas mortes do que na ARS Norte.**

Analisando a mesma **taxa bruta de mortalidade por tipologia de UF, não se obtiveram diferenças significativas.** Contudo, quando comparamos UF com igual tempo de atividade, **o modelo USF**, associado a maior maturidade organizacional, **registra aproximadamente menos 2,7 mortes em cada mil habitantes do concelho, comparativamente ao modelo UCSP.**

Já a avaliação do **desempenho das UF (IDG)** e da **taxa bruta de mortalidade não** demonstrou a existência de uma **associação linear.**

Das causas específicas de óbitos que se incluíram no presente estudo, verificou-se que a diabetes é a que menos frequentemente causa a morte com uma mediana de 3,4 por 100 mortes. Por outro lado, as doenças do aparelho circulatório são causa de grande mortalidade registando-se uma mediana de 30,7 óbitos por cada 100. Num plano intermédio encontram-se os tumores malignos como causa de mortalidade em que a mediana da proporção de óbitos é de 21,2%. Com este estudo, **não se constatou uma associação linear entre a proporção de óbitos por estas causas específicas e os respetivos indicadores de controlo** das patologias crónicas associadas a estas causas de morte nos CSP (HTA, diabetes e rastreios oncológicos), integrados no IDG das UF.

O estudo encarou algumas limitações para a obtenção de conclusões relevantes para a prática da medicina nos CSP em Portugal. De salientar que a análise realizada se resumiu a um número muito limitado de UF (n=147) uma vez que, existem muitas mais UF distribuídas por Portugal Continental, num total de 910 no momento do estudo.

A principal limitação do estudo foi a dificuldade sentida na recolha de dados, concretamente, em ligar e cruzar as bases de dados dos CSP disponibilizadas publicamente com os dados de morbimortalidade dos diferentes concelhos do país, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística. Por este motivo e para que se conseguissem obter resultados verdadeiros e justos, os investigadores viram-se forçados a incluir no estudo apenas os concelhos com uma única UF para assim poder realizar o cruzamento e efetuar uma análise comparativa dos dados da UF e dos valores de morbimortalidade do concelho correspondente.

Este número reduzido de UF compunha-se de 123 UCSP, 21 USF modelo A e apenas 3 USF modelo B. A escassez de USF modelo B no estudo impediu a realização de análises comparativas, estatisticamente significativas, das mesmas com as restantes tipologias de UF, nomeadamente com as USF modelo A. Assim, houve necessidade de agrupar os dois modelos organizativos de USF (A e B) para poder obter resultados válidos, dada a proximidade do seu modelo de gestão. Portanto, apenas foi possível comparar o modelo UCSP com o modelo USF (modelos A e B).

Outra dificuldade sentida foi a ausência de indicadores de avaliação de desempenho das UF, incluídos no IDG, voltados para o utente, ou seja, indicadores de morbimortalidade. Todos os indicadores de desempenho avaliados e incluídos no IDG que avalia as UF estão direcionados para a doença (exemplo: HbA1c, valores de HTA, rastreios atualizados), constituindo *outcomes* intermédios, em vez de marcadores de morbimortalidade voltados para o utente.

Após a análise e reflexão dos resultados obtidos verifica-se que o esforço adicional e árduo dos profissionais das USF na prestação de cuidados de saúde de uma forma mais organizada mediante diversos procedimentos por si elaborados e auditorias aos seus processos, reflete-se numa melhor avaliação de desempenho global relativamente às UCSP. De modo semelhante, ainda que não tendo sido possível comprová-lo neste estudo, é expectável que as USF modelo B sejam as UF com melhor IDG já que voltam todos os seus esforços nesse sentido e depois de alcançar esse nível organizacional e remuneração trabalham para evitar regressar ao modelo A, nível organizacional inferior.

Porém, quando analisada a mortalidade global segundo a tipologia de UF (UCSP vs. USF) não se obtiveram diferenças significativas.

Este esforço acrescido associado aos profissionais das USF e principalmente aos profissionais das USF modelo B consiste, essencialmente, em maior número de horas dedicadas aos serviços assistenciais e não assistenciais, para cumprir os objetivos a que se propõem, resultando muitas vezes em situações de exaustão laboral (“*burnout*”), não verificando traduzir-se propriamente em ganhos para a saúde dos seus utentes.

A melhor avaliação de desempenho observada na ARS Norte pode então explicar-se pelo facto de desde a criação das USF, estas sempre existirem em maior número no Norte relativamente ao resto do país, levantando assim questões de equidade. Contudo, o maior IDG da ARS Norte não se reflete em menor mortalidade por todas as causas, muito provavelmente pelo reduzido tamanho da amostra que origina valores/resultados não significativos pois detetam-se diferenças da mortalidade entre ARS, mas não se consegue apurar entre que ARS existem essas diferenças.

Assim, no sentido de responder à questão de se uma melhor avaliação de desempenho global das UF de Portugal Continental está associada a um real benefício na saúde dos seus utentes, apurou-se neste estudo que não existe uma relação entre o valor de IDG (desempenho) e a taxa bruta de mortalidade por todas as causas.

Do mesmo modo que não se verificou associação entre o cumprimento de determinados indicadores de controlo de patologias crónicas avaliadas nos CSP (diabetes, HTA e rastreios oncológicos) e a proporção de óbitos registados por essas mesmas patologias.

Em suma, a análise realizada no âmbito desta dissertação permite-nos tirar várias conclusões importantes. Acima de tudo, procurou ser um exercício para estudar o real impacto que os indicadores constituintes da avaliação de desempenho das UF (IDG) têm na morbimortalidade das populações que estas UF servem. A pertinência deste exercício assenta sobretudo na avaliação de indicadores de desempenho intermédio, direcionados para a doença, cuja real repercussão na morbimortalidade dos utentes não fora ainda objeto de estudo.

As conclusões obtidas com este trabalho têm potencial para sugerir possíveis melhorias para o futuro dos CSP em Portugal. Reveste-se de especial importância a decisão pela implementação e avaliação de indicadores de desempenho mais voltados para o utente (morbimortalidade) em detrimento da doença. Seria também interessante a criação de uma base de dados no SNS com informação proveniente de várias origens,

nomeadamente dos CSP, dos cuidados de saúde secundários (hospitais) e dados de morbimortalidade das respetivas zonas de influência. Deste modo, tornar-se-ia possível a correlação destes dados e a melhor e mais rápida análise da informação que poderia ser relevante para a prática clínica e gestão do tempo dos profissionais das UF, minimizando e direcionando os seus esforços para as tarefas que realmente se traduziriam em benefícios para a morbimortalidade da população. O processo de contratualização nos CSP é um meio e não um fim em si mesmo. O seu principal objetivo é o ganho em saúde para os utentes.

Sugere-se ainda, como hipótese de investigação futura, prosseguir o presente estudo recorrendo a uma amostra mais ampla de UF das diferentes tipologias, de forma a poder comparar USF modelos A e B e retirar conclusões mais aprofundadas.

CAPÍTULO IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a reforma dos CSP em Portugal, surgiu um novo modelo de gestão mais centrado nas pessoas e na eficiência do trabalho de equipas multiprofissionais, as USF, mediante um processo de compromisso de resultados em saúde, a contratualização.

O desenvolvimento de uma governação clínica e de saúde assegura a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela UF, com a participação e a responsabilização de todos os profissionais da equipa. Havendo, consequente, atribuição de incentivos financeiros e institucionais, como mecanismo de discriminação positiva e de reconhecimento de níveis de desempenhos mais elevados.

O modelo das USF orienta-se pelos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa. A sua criação foi um sucesso e mostrou gerar ganhos em acessibilidade e produtividade na prestação de cuidados de saúde aos utentes dos CSP em Portugal. Reconhecida a sua importância e mais-valia seria determinante continuar a trabalhar e a investir na sua otimização, procurando contribuir para uma melhor saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grande NR. Cuidados de saúde primários: pedra angular dos sistemas de saúde. Fórum de Economia da Saúde, 77-87. 2000;
2. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network Report. 2004;
3. Biscaia A, Martins JN, Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal – Reformar para novos sucessos. 2ª. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
4. WHO. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Development. 1978;47(2):159–61.
5. DGS. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários (Setembro de 2014). 2014.
6. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris,. 2015.
7. Pisco L, Biscaia JL. Qualidade de cuidados de saúde primários. Rev Port SAÚDE PÚBLICA. 2001;9.
8. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019. 2019.
9. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para o biénio 2020/2021. :88.
10. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022. 2022.

11. OECD. European Observatory on Health Systems and Policies, Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, OECD Publishing, Paris,. 2021.
12. Simões J. Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina; 2004.
13. Rodrigues APS. Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde (Doctoral dissertation). 1993;
14. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei nº 102/71, de 24 de Março: (cujo sumário refere «Determina que os centros de saúde previstos no artigo 88º do Decreto-Lei nº 35108 sejam criados em cada concelho do continente por portaria do ministro da Saúde e Assistência»). 1971.
15. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. Rev Port SAÚDE PÚBLICA. 2001;8.
16. Ministério da Saúde. HISTÓRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. 2022. Disponível em: <https://www.historico.portugal.gov.pt/>
17. Sousa JCD, Sardinha AM, Sanchez JPY, Melo M, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Rev Port SAÚDE PÚBLICA. 2001;12.
18. Ministério dos Assuntos Sociais - Gabinete do Ministro. Decreto-lei 580/76, de 21 de Julho. Sumário: «Determina que os médicos que hajam obtido a sua licenciatura depois de 1 de Janeiro de 1973 e que desejem seguir a carreira médica devem prestar um ano de serviço na periferia, após terem concluído o respectivo internato de policlínica.» 1976.
19. Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Decreto-lei 310/82, de 3 de Agosto. Sumário: «Regula as carreiras médicas». 1982.

20. Assembleia da República. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro «Serviço Nacional de Saúde» em Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15, páginas 2357 - 2363. 1979.
21. Varela R. Uma Revolução na Saúde: História do Serviço Médico à Periferia, 1974-1982. Húmus. 2020.
22. Arnaut A. Serviço Nacional de Saúde. SNS 30 anos de Resistência: 3ª edição. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press. 2020.
23. Pereira TLDS. Unidades de Saúde Familiar-A evolução na gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. 2012.
24. APMCG. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisbon: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Direcção Nacional. Lisbon; 1991.
25. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Lerberghe WV, Ferrinho P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório experimental. Rev Port Med Geral E Fam. 1 de janeiro de 2005;21(1):45–59.
26. Hespanhol AP. Um novo modelo de remuneração dos médicos em uso no Centro de Saúde São João (Porto). Rev Port Med Geral E Fam. 1 de janeiro de 2005;21(1):81–9.
27. Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Rev Port Med Geral E Fam. 1 de janeiro de 2006;22(1):67–79.
28. MCSP. Ministério da Saúde – Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: MCSP, 2006. 2006.
29. Pisco L. A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. 2007;7.

30. Biscaia. Unidades de Saúde Familiar: USF – modelo positivo do presente e para o futuro. Porto: USF- AN Para saber mais sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005. 2015.
31. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciênc Saúde Coletiva. março de 2017;22(3):701–12.
32. Miguel LS, Sá ABD. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 2010.
33. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto – Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, 2007. 2007.
34. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro – Criação dos agrupamentos de centros de saúde, 2008. 2008.
35. Santos I, Sá E. Erro médico: Estratégias de governação clínica. Rev Port Med Geral E Fam. 1 de novembro de 2010;26(6):606–12.
36. Serafim, A. P., Martins-Ferreira, A. L., Serafim, M. P., Oliveira, G., Pedro-Rocheta, E., & Pires, N. (2019). Prevalência da hipertensão arterial na população portuguesa em contexto de férias e abordagem multivariada dos fatores de risco através do método HJ-Biplot. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 35(6), 450-64.
37. ESC/ESH. Recomendações de 2018 da ESC/ESH para o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. Grupo de Trabalho para o tratamento da hipertensão arterial da European Society of Cardiology (ESC) e da European Society of Hypertension (ESH). 2018.
38. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números os anos 2016, 2017 e 2018 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2019. Lisboa. Letra Solúvel; 2019.

39. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
40. Cortez-Dias N, Robalo Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalence, management and control of diabetes mellitus and associated risk factors in primary health care in Portugal. *Rev Port Cardiol* *Orgão Of Soc Port Cardiol Port J Cardiol Off J Port Soc Cardiol*. 1 de abril de 2010;29:509–37.
41. Magalhães CF, Prudente M, Ribeiro RT, Raposo JF, Duarte R. Padrões Terapêuticos e Controlo Glicémico numa População com Diabetes do Tipo 2 Referenciados a uma Consulta Especializada – Estudo PATER 2. :9.
42. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. novembro de 2018;68(6):394–424.
43. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS 2022.
44. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 8254/2017, publicado em Diário da República. Sumário: «Estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS)». 2017.

ANEXOS

Anexo nº 1 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG (2019).

Anexo nº 2 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG (2022).

Anexo nº 3 – Indicadores: intervalos esperados e variação aceitável (2019).

Anexo nº 4 – Indicadores: intervalos esperados e variação aceitável (2022).

Anexo nº 1 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG (2019).

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enfermagem	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
410	Taxa ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20[h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's
389	Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

Anexo nº 2 – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG (2022).

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Personalização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
98	Proporção utentes ≥ 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
34	Proporção obesos ≥ 14 A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
395	Prop. uten. ≥ 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
53	Proporção utentes ≥ 14 A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA $\geq 140/90$ mmHg	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c $\leq 8,0\%$	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA $< 150/90$	Gestão da Doença Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
300	Nº médio prescr. consulta fisiatria, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança Segurança de Utentes
430	Score dimensão "participação do cidadão"	Centralidade no Cidadão Participação do Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

Anexo nº 3 – Indicadores: intervalos esperados e variação aceitável (2019).

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[78; 88]	[75; 90]
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	[70; 85]	[65; 90]
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	[18; 35]	[12; 40]
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	[65; 83]	[60; 86]
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[85; 95]	[80; 100]
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	[42; 75]	[30; 80]
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	[45; 55]	[35; 65]
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	[75; 100]	[70; 100]
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	[95; 100]	[85; 100]
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	[50; 100]	[30; 100]
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	[70; 100]	[65; 100]
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	[70; 100]	[65; 100]
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	[80; 100]	[70; 100]
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	[75; 100]	[65; 100]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[67; 100]	[50; 100]
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	[80; 100]	[70; 100]
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	[55; 100]	[50; 100]
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	[90; 100]	[85; 100]
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	[90; 100]	[85; 100]
33	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	[66; 88]	[60; 92]
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	[55; 100]	[45; 100]
35	Proporção DM com exame pés último ano	[85; 100]	[80; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[85; 100]	[80; 100]
38	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre	[75; 100]	[70; 100]
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	[60; 100]	[50; 100]
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	[60; 100]	[50; 100]
44	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	[57; 80]	[50; 85]
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	[52; 100]	[47; 100]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
46	Proporção utentes [50; 75] A, c/ rastreio cancro CR	[52; 100]	[47; 100]
47	Proporção utentes ≥ 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	[66; 100]	[60; 100]
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	[60; 100]	[40; 100]
53	Proporção utentes ≥ 14 A, c/ registo consumo álcool	[66; 100]	[60; 100]
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	[70; 100]	[55; 100]
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	[95; 100]	[90; 100]
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	[95; 100]	[90; 100]
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	[115; 155]	[115; 160]
91	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c $\leq 6,5$ %	[30; 55]	[25; 70]
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	[60; 100]	[50; 100]
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	[98; 100]	[95; 100]
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	[98; 100]	[95; 100]
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	[98; 100]	[95; 100]
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	[80; 100]	[75; 100]
98	Proporção utentes ≥ 25 A, c/ vacina tétano	[92; 100]	[85; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	[75; 85]	[70; 90]
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	[91; 97]	[86; 100]
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	[0; 8]	[0; 10]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	[0; 5]	[0; 7]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	[0; 12]	[0; 15]
261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	[80; 100]	[75; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	[22; 100]	[10; 100]
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	[60; 100]	[50; 100]
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	[0; 6]	[0; 9]
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	[0.6; 1]	[0.55; 1]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	[0.6; 1]	[0.55; 1]
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	[0.6; 1]	[0.55; 1]
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	[0.6; 1]	[0.55; 1]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	[0.6; 1]	[0.55; 1]
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	[85; 100]	[75; 100]
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	[70; 100]	[60; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	[0; 36]	[0; 40]
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	[25; 100]	[18; 100]
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	[60; 80]	[50; 90]
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	[6; 30]	[10; 30]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[60; 100]	[50; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[10; 31]	[8; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[15; 100]	[30; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[30; 100]	[15; 100]
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[70; 100]	[60; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[80; 100]	[90; 100]
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 9]	[0; 6]
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[50; 100]	[40; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[60; 100]	[50; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 15]	[0; 20]
292	Taxa de ocupação da ECCI	[80; 100]	[70; 100]
293	Tempo médio de permanência em ECCI	[30; 120]	[15; 140]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	[550; 1650]	[400; 1650]
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	[75; 100]	[70; 100]
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	[35; 100]	[20; 100]
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	[80; 100]	[77; 100]
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	[15; 50]	[10; 55]
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	[0; 12]	[0; 18]
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	[0; 0.1]	[0; 0.125]
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	[0.6; 1]	[0.55; 1]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	[10; 25]	[6; 30]
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	[75; 100]	[70; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	[75; 100]	[70; 100]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	[45; 100]	[40; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	[0.75; 1]	[0.7; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	[0.75; 1]	[0.7; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	[0.75; 1]	[0.7; 1]
313	Proporção DM < 75A c/ última HgbA1c > 8,0%	[0; 7.5]	[0; 9]
314	Proporção DM com PA $\geq$ 140/90 mmHg	[0; 15]	[0; 20]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	[45; 80]	[35; 90]
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	[40; 100]	[30; 100]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[35; 100]	[50; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	[0.85; 2]	[0.8; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	[0.75; 2]	[0.7; 2]
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	[85; 100]	[80; 100]
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	[0; 50]	[0; 70]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	[90; 130]	[90; 135]
342	Proporção consul. méd. inic. ut. $\leq$ 15 dias úteis	[65; 100]	[60; 100]
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	[100; 60]	[100; 70]
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	[20; 35]	[15; 45]
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	[20; 55]	[15; 65]
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	[20; 30]	[15; 35]
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	[22.5; 32.5]	[20; 35]
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	[22.5; 32.5]	[20; 35]
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	[15; 25]	[10; 35]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	[120; 300]	[120; 320]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	[120; 300]	[120; 320]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	[50; 90]	[50; 95]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	[50; 100]	[50; 105]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	[25; 45]	[25; 50]
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	[0; 2]	[0; 3.5]
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	[0; 140]	[0; 165]
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	[0; 20]	[0; 25]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Varição Aceitável
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	[0; 20]	[0; 25]
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	[0; 42]	[0; 47]
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	[0; 10]	[0; 13]
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	[0; 20]	[0; 26]
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	[0; 255]	[0; 265]
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	[0; 365]	[0; 400]
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	[0; 15]	[0; 23]
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	[0; 800]	[0; 900]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[35; 100]	[25; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[60; 100]	[45; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[15; 100]	[7; 100]
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	[10; 30]	[5; 30]
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	[20; 100]	[15; 100]
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 25]	[15; 30]
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	[0; 550]	[0; 810]
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[7; 100]	[10; 100]
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	[0; 1.6]	[0; 3.7]
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 1.5]	[0; 2.5]
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	[50; 100]	[20; 100]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	[50; 100]	[40; 100]
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	[0; 0.6]	[0; 1]
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	[0; 0.6]	[0; 1]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	[70; 100]	[70; 100]
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	[60; 100]	[60; 100]
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	[97; 100]	[95; 100]
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	[90; 100]	[85; 100]
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	[90; 100]	[85; 100]
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	[0; 3]	[0; 5]

Id Indicador	Indicador	Intervalo esperado	Variação Aceitável
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	[0; 7]	[0; 10]
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[60; 100]	[45; 100]
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	[50; 100]	[40; 100]
410	Taxa ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	[0; 3.3]	[0; 3.6]
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	[67.5; 85]	[60; 85]

Anexo nº 4 – Indicadores: intervalos esperados e variação aceitável (2022).

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[75; 92]	[78; 90]
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	[66; 90]	[73.5; 85]
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	[12; 40]	[18; 35]
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	[65; 92]	[70; 88]
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[75; 100]	[88; 100]
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	[38; 100]	[60; 100]
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	[25; 80]	[42; 75]
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	[25; 65]	[45; 55]
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	[85; 100]	[91; 100]
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	[90; 100]	[96.5; 100]
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	[10; 100]	[50; 100]
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	[50; 100]	[89; 100]
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	[60; 100]	[87; 100]
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	[65; 100]	[80; 100]
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	[40; 100]	[75; 100]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[45; 100]	[67; 100]
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	[65; 100]	[80; 100]
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	[45; 100]	[55; 100]
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	[70; 100]	[92; 100]
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	[50; 100]	[75; 100]
33	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	[60; 92]	[66; 88]
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	[60; 100]	[72; 100]
35	Proporção DM com exame pés último ano	[70; 100]	[89; 100]
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	[60; 100]	[75; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[70; 100]	[87; 100]
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	[50; 100]	[77; 100]
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	[55; 100]	[70; 100]
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	[50; 100]	[60; 100]
44	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	[50; 85]	[57; 80]
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	[41; 100]	[60; 100]
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	[45; 100]	[67; 100]
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	[60; 100]	[66; 100]
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	[30; 100]	[60; 100]
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	[46; 100]	[70; 100]
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	[40; 100]	[60; 100]
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	[83; 100]	[94; 100]
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	[80; 100]	[95.5; 100]
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	[50; 100]	[67; 100]
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	[65; 100]	[85; 100]
66	Proporção medicam. faturados, que são genéricos	[47.5; 100]	[50; 100]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	[115; 160]	[115; 155]
69	Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (p. conv. s/ TM)	[40; 57]	[40; 50]
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	[20; 70]	[33; 55]
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	[50; 100]	[60; 100]
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	[50; 100]	[80; 100]
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	[85; 100]	[93; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	[65; 100]	[76; 100]
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	[86; 100]	[91; 97]
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	[0; 10]	[0; 7]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	[0; 6.5]	[0; 4.5]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	[0; 9]	[0; 5.5]
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	[70; 100]	[87; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	[35; 100]	[58; 100]
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	[50; 100]	[60; 100]
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	[0; 9]	[0; 6]
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	[0.55; 1]	[0.6; 1]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	[0.7; 100]	[0.87; 100]
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	[0.55; 1]	[0.6; 1]
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	[0.55; 1]	[0.6; 1]
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	[0.55; 1]	[0.6; 1]
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	[65; 100]	[82; 100]
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	[55; 100]	[70; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	[0; 38]	[0; 28]
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	[14; 100]	[31; 100]
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	[60; 90]	[66; 80]
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	[6; 28]	[10; 21]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[65; 100]	[92; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[9; 31]	[12; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[28; 100]	[55; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[10; 100]	[40; 100]
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[62; 100]	[75; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[85; 100]	[95; 100]
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 13]	[0; 5]
289	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	[60; 100]	[80; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[45; 100]	[72; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 12]	[0; 5]
292	Taxa de ocupação da ECCI	[70; 100]	[86; 100]
293	Tempo médio de permanência em ECCI	[15; 150]	[30; 120]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	[300; 1500]	[570; 1500]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	[51; 100]	[77; 100]
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	[5; 100]	[45; 100]
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	[74; 100]	[82.5; 100]
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	[10; 55]	[15; 50]
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	[0; 18]	[0; 12]
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	[0; 0.16]	[0; 0.1]
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	[0.82; 1]	[0.93; 1]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	[3; 100]	[5; 100]
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	[60; 100]	[80; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	[60; 100]	[80; 100]
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	[47; 100]	[68; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	[0.62; 1]	[0.79; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	[0.4; 1]	[0.54; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	[0.3; 1]	[0.43; 1]
313	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	[0; 9]	[0; 7.5]
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	[0; 22]	[0; 12]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	[33; 100]	[48; 100]
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	[23; 100]	[40; 100]
328	Taxa de internam. evitáveis na população adulta	[200; 1000]	[200; 850]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[35; 100]	[72; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	[0.75; 2]	[0.82; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	[0.65; 2]	[0.76; 2]
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	[80; 100]	[85; 100]
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	[0; 63]	[0; 47]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	[0; 140]	[0; 130]
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	[70; 100]	[88; 100]
343	Proporção de chamadas telefónicas atendidas	[100; 80]	[100; 90]
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	[21; 46]	[26; 41]
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	[18; 45]	[23; 40]
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	[15; 37.5]	[20; 35]
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	[20; 35]	[22.5; 32.5]
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	[20; 35]	[22.5; 32.5]
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20[h (Q4)	[12; 35]	[17.5; 25]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	[60; 420]	[60; 350]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	[0; 420]	[0; 350]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	[40; 90]	[40; 80]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	[0; 100]	[0; 90]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	[0; 49]	[0; 42.5]
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	[0; 4.5]	[0; 2.5]
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	[0; 220]	[0; 155]
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	[0; 20]	[0; 12]
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	[0; 25]	[0; 17]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	[0; 40]	[0; 25]
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	[0; 16]	[0; 10]
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	[0; 17]	[0; 12]
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	[0; 230]	[0; 150]
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	[0; 350]	[0; 250]
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	[0; 25]	[0; 15]
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	[0; 950]	[0; 650]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[15; 100]	[49; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.	[50; 100]	[80; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[15; 100]	[45; 100]
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	[6; 30]	[10; 25]
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	[15; 100]	[40; 100]
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 40]	[15; 25]
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	[0; 1200]	[0; 820]
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[6; 100]	[18; 100]
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	[0; 3.5]	[0; 1.6]
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 5]	[0; 3]
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	[25; 100]	[70; 100]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	[20; 100]	[45; 100]
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	[0; 1]	[0; 0.4]
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	[0; 0.04]	[0; 0.01]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	[74; 100]	[81; 100]
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	[70; 100]	[78; 100]
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	[97; 100]	[98.7; 100]
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	[89; 100]	[94; 100]
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	[89; 100]	[94; 100]
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	[0; 5]	[0; 3]
386	Tempo médio resolução referenciações devolvidas	[0; 10]	[0; 7]
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[45; 100]	[70; 100]
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	[35; 100]	[80; 100]
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	[55; 100]	[71; 100]
396	Prop. ut. [10; 15[anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	[17.5; 100]	[25; 100]
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	[15; 100]	[22; 100]
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	[40; 100]	[60; 100]
399	Prop. fumad. c/ tentat. absti. após int. breve 1A	[10; 100]	[20; 100]
400	Prop. fumad. em abst. tabág. 3 meses após dia D	[6; 100]	[12; 100]
401	Prop. fumad. em abst. tabág. 6 meses após dia D	[5; 100]	[10; 100]
402	Prop. fumad. em abst. tabág. 12 meses após dia D	[4; 100]	[8; 100]
403	Prop. fumad. c/ interv. breve que foram medicados	[10; 100]	[40; 100]
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	[20; 10000]	[60; 10000]
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	[0; 2]	[0; 0.5]
406	Prop. fumad. em abst. tabág. 30 dias após dia D	[9; 100]	[18; 100]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável 2022	Int. Esperado 2022
407	Rácio despesa gliflozinas e antidiab. não insul.	[0; 14]	[0; 9]
408	Rácio despesa agon. GLP-1 e antidiab. não insul.	[0; 3]	[0; 2]
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	[89; 100]	[91.5; 100]
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	[0; 3.6]	[0; 2.7]
411	Taxa anual ajust. utiliz. muito freq. urg. hosp.	[0; 0.3]	[0; 0.2]
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	[40; 95]	[60; 85]
427	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 40]	[15; 25]